

## ПРОФИЛАКТИКА МЕЖПОЗВОНКОВОЙ ГРЫЖИ: ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Охунжонов Хожиакбар

Врач невролог семейной поликлиники. Фергана. Узбекистан.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18542090>

### Аннотация

Межпозвонковая грыжа формируется на фоне дегенеративных изменений межпозвонкового диска и неблагоприятных биомеханических факторов, усиливаемых поведенческими, метаболическими и психосоциальными детерминантами. Несмотря на вклад возраста и генетической предрасположенности, ключевая часть риска связана с модифицируемыми факторами: гиподинамией, избыточной массой тела, курением, повторяющимися подъёмами тяжестей в наклоне с ротацией, длительным статическим сидением, воздействием вибрации, а также стратегиями избегания движения и катастрофизацией боли.

**Ключевые слова:** межпозвонковая грыжа, дегенерация диска, профилактика, боль в пояснице, лечебная физкультура, эргономика, факторы риска, вторичная профилактика, самоуправление.

**Актуальность.** Межпозвонковая грыжа является частой причиной корешкового синдрома и временной нетрудоспособности. Важной особенностью является несоответствие между выраженностью МРТ-изменений и клиническими проявлениями, что требует смещения фокуса профилактики с «избежания находок» на снижение риска клинически значимых эпизодов боли, рецидивов и хронизации.

**Цель.** Систематизировать доказательные меры первичной и вторичной профилактики межпозвонковой грыжи на основе современных рекомендаций по ведению боли в пояснице.

**Материалы и методы.** Обобщение положений международных клинических рекомендаций (ВОЗ, NICE, ACP) и данных систематических обзоров/метаанализов по профилактике эпизодов и рецидивов боли в нижней части спины (как клинического эквивалента дискогенной перегрузки), с экстраполяцией на профилактику клинически значимой грыжи.

### Результаты и обсуждение.

1. Физические упражнения являются центральным профилактическим компонентом: регулярные программы, включающие силовую тренировку (мышцы кора, ягодичные, разгибатели спины) и аэробную нагрузку, ассоциированы со снижением риска эпизодов и рецидивов боли в пояснице и улучшением функциональных исходов. Наиболее целесообразен режим 2–3 силовые сессии в неделю в сочетании с 2–5 аэробными нагрузками и ежедневной краткой мобилизацией.
2. Образование и самоуправление: поддержание активности и минимизация неоправданной иммобилизации уменьшают риск хронизации, особенно при первом эпизоде лумбалгии. Пациент-ориентированное обучение включает объяснение доброкачественного характера большинства эпизодов, принципы дозирования нагрузки и критерии обращения при «красных флагах».

3. Эргономика и управление нагрузкой: профилактика профессионального риска включает обучение безопасному подъёму (избегание сгибательно-ротационных движений), микропаузы каждые 30–45 минут при сидячей работе, механизацию переносок, снижение вибрационного воздействия.

4. Модификация факторов риска: снижение массы тела, отказ от курения, нормализация сна и стресс-менеджмент рассматриваются как фоновые меры, повышающие устойчивость опорно-двигательного аппарата и качество восстановления.

5. Вторичная профилактика у пациентов с рецидивами/перенесённой грыжей: показаны структурированные 8–12-недельные программы постепенной прогрессии нагрузки, восстановление двигательного контроля и «градуированное» возвращение к труду. При выраженных психосоциальных факторах риска целесообразно включение когнитивно-поведенческого компонента в рамках мультидисциплинарной реабилитации.

Практический алгоритм. (1) Скрининг факторов риска (нагрузки/вибрация/сидение, активность, масса тела, курение, эпизоды боли). (2) Назначение базовой программы упражнений и рекомендаций по микропаузам/эргономике. (3) При рецидивах — расширенная реабилитация 8–12 недель с прогрессией и психообразованием. (4) Мониторинг: частота обострений, переносимость нагрузки, функциональные тесты, качество сна.

### **Выводы**

1. Профилактика межпозвонковой грыжи должна рассматриваться как комплекс мер по снижению клинически значимых эпизодов боли, рецидивов и хронизации, а не только как профилактика МРТ-находок.

2. Наиболее доказательным направлением является регулярная физическая активность с сочетанием силовых и аэробных нагрузок, дополняемая обучением самоуправлению.

3. Эргономика и управление нагрузкой критически важны для групп профессионального риска (подъёмы тяжестей, вибрация, длительное сидение).

4. Вторичная профилактика требует структурированной реабилитации с прогрессией нагрузки и, при необходимости, психообразовательных вмешательств.

### **Adabiyotlar, References, Литературы:**

1. World Health Organization. WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults. 2023.
2. NICE. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management (NG59). 2016 (updates).
3. Qaseem A, et al. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain. *Ann Intern Med*. 2017.
4. Hayden JA, et al. Exercise therapy for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021.
5. Shiri R, et al. Exercise for prevention of low back pain: systematic review/meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2018.
6. Zokiriv, M. (2021). Correction of cognitive impairments in patients with HIV-associated

encephalopathy. *J. Theor. Appl. Sci.*, 7, 62-66.

7. Muzaffar, Z. (2022). Psychological State in Patients with HIV Infection. *Amaliy va tibbiyot fanlari ilmiy jurnalı*, 1(6), 52-56.

8. Zokirov, M. M., & Madjidova, Y. N. (2020). Correction Of Cognitive Disorder In Patients With HIV-Associated Encephalopathy. *The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research*, 2(07), 117-122.