

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	4
Предисловие	5
Список сокращений и условных обозначений	6
Клинические рекомендации и доказательная медицина.....	8
Глава 1. Анемия железодефицитная	9
Глава 2. Анафилактический шок	16
Глава 3. Артериальная гипертензия.....	24
Глава 4. Боль в спине.....	50
Глава 5. Бронхиальная астма.....	60
Глава 6. Внебольничная пневмония у взрослых	79
Глава 7. Гипотиреоз.....	86
Глава 8. Гематурия	93
Глава 9. Инфекция мочевыводящих путей (пиелонефрит, цистит, бессимптомная бактериурия)	101
Глава 10. Ишемическая болезнь сердца	111
Глава 11. Миокардит.....	127
Глава 12. Остеопороз	135
Глава 13. Остеоартроз.....	148
Глава 14. Острый коронарный синдром	157
Глава 15. Острое нарушение мозгового кровообращения (ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых)	169
Глава 16. Отечный синдром	178
Глава 17. Подагра	188
Глава 18. Ревматоидный артрит.....	199
Глава 19. Сахарный диабет	213
Глава 20. Тромбоэмболия легочной артерии	234
Глава 21. Хроническая обструктивная болезнь легких	243
Глава 22. Хроническая болезнь почек.....	262
Глава 23. Хроническая сердечная недостаточность	275
Глава 24. Язвенная болезнь.....	286
Глава 25. Язвенный колит	296
Список литературы	307

УЧАСТНИКИ ИЗДАНИЯ

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Мартынов Анатолий Иванович — доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, президент Российского научного медицинского общества терапевтов

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Акатова Евгения Владимировна — доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной терапии № 1 ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Архипов Евгений Викторович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Балеева Лариса Васильевна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры кардиологии факультета повышения квалификации и профессиональной подготовки специалистов ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Васюк Юрий Александрович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии № 1, проректор по связям с регионами, ученый секретарь ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Галеева Зульфия Марсельевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры кардиологии факультета повышения квалификации и профессиональной подготовки специалистов ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Йылмаз Татьяна Сергеевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры эндокринологии ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Камалов Гадель Маратович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры кардиологии факультета повышения квалификации и профессиональной подготовки специалистов ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Камашева Гульнара Рашитовна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Касимова Любовь Николаевна — шеф-редактор ВШОУЗ-КМК (Высшая школа организации управления здравоохранением — комплексный медицинский консалтинг), ассистент кафедры общей гигиены ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Панченкова Людмила Александровна — доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Степанов Роберт Михайлович — врач-терапевт, врач-профпатолог, зав. отделением платных услуг АО «Городская клиническая больница № 12» г. Казани, аспирант кафедры общей гигиены ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Тимофеева Ксения Сергеевна — ассистент кафедры ФОКМ Института фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

Хамидова Хадижат Ахмедовна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии № 1 ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

ПРЕДИСЛОВИЕ

Уважаемые коллеги, в настоящее время основным документом, которым должен руководствоваться в повседневной практике врача, являются клинические рекомендации, подготовленные с учетом последних достижений зарубежной и отечественной медицины группами экспертов, представляющих различные профессиональные объединения специалистов. Проекты клинических рекомендаций размещаются на сайтах, затем обсуждаются на съездах профессиональных сообществ и после этого утверждаются Минздравом России. Однако практикующие врачи столкнулись с определенными трудностями при освоении информации, содержащейся в этих рекомендациях. Их объем составляет чаще всего от 60 до 160 страниц. Заболеваний много, появляются современные методы обследования и лечения, что обуславливает необходимость каждые 3 года обновлять клинические рекомендации по каждой нозологии. Врачу, особенно работающему в поликлинике в условиях дефицита времени, трудно в кратчайшие сроки осваивать такой большой объем информации. Поэтому наши зарубежные коллеги, в частности Европейское кардиологическое общество, понимая сложившуюся ситуацию, стали наряду с полными текстами рекомендаций выпускать краткие варианты, которые пользуются большой популярностью у специалистов.

Наши профессиональные сообщества переняли этот опыт и на основе полнотекстовых российских клинических рекомендаций стали создавать их краткие варианты. Минздрав России поддержал эту инициативу, такие алгоритмы рекомендаций стали широко использоваться в нашей стране. Они позволяют врачу оперативно сориентироваться в той или иной патологии и страхуют его от ошибок. Авторский коллектив провел большую работу, и ее результатом стало создание такой последовательности действий, которая может существенно облегчить быструю ориентацию врача на современном уровне в разных разделах внутренней патологии. Этую работу поддержали различные издательства. Одним из первых было издательство «ГЭОТАР-Медиа», которое представило серию руководств «Тактика ведения пациента».

Вы держите в руках очередное издание, которое подготовлено при поддержке Российского научного медицинского общества терапевтов. Оно включает определение заболевания и пошаговый вариант работы с пациентом. Предложены алгоритмы выявления предрасположенности к заболеваниям и факторов риска, методы диагностики и показания для госпитализации. Приведены также критерии для направления пациента на консультацию к узкому специалисту, реабилитацию, указаны меры профилактики рецидивов и прогрессирования заболевания.

Авторы издания надеются, что книга вызовет интерес у практикующих врачей. Успешной вам работы!

*Президент Российской научного
медицинского общества терапевтов,
академик Российской академии наук,
профессор А.И. Мартынов*

Глава 4

БОЛЬ В СПИНЕ

Боль в спине (дорсалгия) ассоциирована с широким спектром нарушений состояния костных и мышечно-связочных структур позвоночника, проявляющихся болевым синдромом.

Боль в нижней части спины — наиболее частая причина обращения больных к врачу, характеризуется возникновением боли между XII парой ребер и ягодичными складками.

Основные причины болей в спине:

- 1) неспецифическая боль (частота встречаемости — 85–90%) характеризуется отсутствием выявленной причины боли, такой как инфекция, травма, воспаление, опухоль, остеопороз, ревматоидный артрит (РА) и анкилозирующий спондилит, заболевание соединительной ткани и др., а также отсутствием специфических признаков вовлечения в процесс корешков спинномозговых нервов (радикулопатии и синдрома конского хвоста) и стеноза спинномозгового канала;
- 2) специфические причины: опухоли, в том числе метастатические, спондилоартрит, воспаление, переломы позвонков и заболевания внутренних органов (частота встречаемости — 4–7%);
- 3) боль, вызванная компрессионной радикулопатией, стенозом поясничного канала (частота встречаемости — 7%).

В зависимости от длительности боли она подразделяется на:

- 1) острую (до 4 нед);
- 2) подострую (от 4 до 12 нед);
- 3) хроническую (12 нед и более).

Коды по Международной классификации болезней 10-го пересмотра

- M54.
- M54.9.

ШАГ 1. ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ЗАБОЛЕВАНИЮ И ДИАГНОСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА. «КРАСНЫЕ ФЛАГИ» СПЕЦИФИЧЕСКИХ БОЛЕЙ В СПИНЕ

№	Чек-лист	Да	Нет
1	Профессиональные вредности (вибрация, подъем тяжестей и т.д.)		
2	Травмы в анамнезе (растяжение, перелом)		

№	Чек-лист	Да	Нет
3	Длительное статическое напряжение, длительное сидячее положение		
4	Избыточная масса тела или ожирение		
5	Нездоровое (нерациональное) питание		
6	Генетическая предрасположенность		
7	Возраст моложе 18 лет и старше 50 лет		
8	Женский пол		
9	Онкологические заболевания в анамнезе		
10	Лабильное психоэмоциональное состояние		
11	Текущее инфекционное или системное воспалительное заболевание		
12	Длительное использование ГК		
13	Верифицированный остеопороз		
14	Верифицированный остеоартроз (OA)		
15	Наркомания, инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)		
16	Необъяснимая потеря массы тела, лихорадка		
17	Прогрессирующая с течением времени боль, которая не облегчается в покое («немеханическая» боль)		
18	Распространение боли в грудную клетку и шею, в промежность, прямую кишку, живот или влагалище		
19	Связь боли с дефекацией и мочеиспусканием		
20	Наличие заболеваний ЖКТ, сердечно-сосудистой системы		

ШАГ 2. ДИАГНОСТИКА

Донозологическая диагностика	Нозологическая диагностика
Не проводится	<p>Клинические проявления</p> <p>Первый контакт с пациентом — установление причины боли (1A):</p> <p>1) специфическая причина — перелом позвоночника, наличие специфического заболевания (инфекционного, системного воспалительного или онкологического): онкологическое заболевание — появление боли или усиление ее в покое, в ночное время, боль сопровождается снижением массы тела; инфекционное поражение позвоночника — лихорадка, недавно перенесенное инфекционное заболевание, парентеральное употребление наркотиков; компрессионный перелом — недавняя травма спины; болезнь Бехтерева — утренняя скованность, молодой возраст, пробуждение во второй половине ночи из-за боли, улучшение после физических упражнений и при приеме НПВП; аневризма аорты — наличие пульсирующего образования в брюшной полости, сопровождающееся болью в спине и животе, груди. Поражение конского хвоста спинного мозга обычно сопровождается тазовыми расстройствами, парезами нижних конечностей, снижением чувствительности промежности;</p>

Донозологическая диагностика	Нозологическая диагностика
Не проводится	<p>2) радикулопатия (компрессия спинномозгового корешка) или поясничный стеноз — проявляется болью и/или чувствительными расстройствами в соответствующих дерматомах, слабостью в соответствующих миотомах (индикаторных мышцах), снижением или утратой рефлексов. Боли поверхностные, локализуются в зоне иннервации пораженного корешка. Чихание, кашель, нагрузка на позвоночник обычно способствуют усилению боли;</p> <p>3) неспецифическая (скелетно-мышечная) боль — появление после физической нагрузки, непроизвольного неловкого движения, длительного пребывания в вынужденном положении; боль носит ноющий характер различной степени интенсивности, усиливается при движении в конкретном отделе позвоночника, при определенных позах, ходьбе, ослабевает и проходит в покое. Нехарактерно распространение боли в живот, промежность, половые органы.</p> <p><i>Физикальное обследование (1A)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка внешнего вида пациента (физиологические изгибы позвоночника, сколиоз, напряжение мышц). • Оценка движений в позвоночнике (сгибание, разгибание, наклоны в сторону), их взаимосвязь с болью. • Пальпация проекции остистых отростков, грудины, межреберных промежутков, фасеточного сустава, крестцово-подвздошного сочленения. • Пальпаторное выявление триггерных точек, локальной боли, гипертонуса мышц. • Оценка высоты стояния мочевого пузыря (при наличии симптомов недержания мочи). • Пальпация лимфатических узлов, молочных желез, простаты (при подозрении на онкологическую патологию). <p>Неврологическое обследование (исключение поражения спинного мозга и его корешков) (2A): наличие симптомов натяжения нервных корешков (Ласега, Вассермана, Мацкевича).</p> <p>Симптом Ласега: появление или значительное усиление боли при подъеме прямой ноги под углом от 30° до 70° у лежащего на спине пациента и ее исчезновение или уменьшение при сгибании ноги в коленном суставе (радикулопатия V поясничного и I крестцового корешков); возникновение боли при подъеме ноги под углом от 30° до 70° и усиление ее при тыльном сгибании стопы (дискогенная радикулопатия).</p> <p>Перекрестный симптом Ласега: появление (усиление) боли на стороне поражения при подъеме «здоровой» ноги (дискогенная радикулопатия). Для радикулопатии II, III или IV поясничного корешка характерны:</p> <ul style="list-style-type: none"> • симптом Вассермана: появление или значительное усиление боли при разгибании бедра; • симптом Мацкевича: появление/усиление боли при сгибании ноги в коленном суставе у лежащего на животе пациента. • Неорганические симптомы: • симптом Ваделла: выраженная негативная реакция пациента на осмотр и возникновение боли в момент осмотра при психоневрологическом расстройстве, а также отмечается специфический неврологический дефицит, нарушение обычной активности (внезапные движения при осмотре, нарушение привычного одевания и т.д.). Проявления купируются при отвлечении пациента.

Донозологическая диагностика	Нозологическая диагностика
<p>Лабораторная диагностика</p> <ul style="list-style-type: none"> Специфические методы диагностики выявления скелетно-мышечной боли отсутствуют (1А). При наличии подозрения на радикулопатии, а также на специфические причины болей в спине (инфекции, новообразования): проведение клинического анализа крови, общего анализа мочи, исследование уровня С-реактивного белка (СРБ), амилазы, креатинкиназы, простат-специфического антигена, витамина D, кальция, фосфора, паратгормона, цереброспинальной жидкости и др. в зависимости от симптомов (изменения будут выявлены в зависимости от наличия воспаления и других заболеваний). <p>Инструментальная диагностика</p> <ul style="list-style-type: none"> Рентгенография: врожденные аномалии и деформации, переломы позвонков, спондилолистез, воспалительные заболевания (спондилиты), первичные и метастатические опухоли и т.д. Рентгеновская КТ или МРТ: грыжи межпозвонковых дисков, определение их размера и локализации, обнаружение стеноза поясничного канала, опухоли спинного мозга или конского хвоста и т.д. <ul style="list-style-type: none"> При типичной клинической картине острой (<4 нед) скелетно-мышечной боли, при отсутствии «красных флагов» специфической боли у пациентов в возрасте 18–50 лет проведение инструментальных методов исследования (рентгенографии, рентгеновской КТ или МРТ) не рекомендуется (1А). При отсутствии положительной динамики на фоне лечения в течение 4 нед рекомендуется провести верификацию диагноза, выполнив инструментальные методы исследования (рентгенографию, рентгеновскую КТ или МРТ позвоночника) (2А). При наличии признаков специфического поражения позвоночника целесообразно проведение рентгенографии, рентгеновской КТ или МРТ или других обследований (в зависимости от предполагаемого заболевания) либо направление пациента к соответствующим специалистам для дополнительного обследования (1А). подозрение на злокачественное образование: рентгенография, КТ или МРТ, в части случаев (по показаниям) сцинтиграфия позвоночника; инфекционное поражение позвонков или дисков: КТ или МРТ позвоночника; синдром поражения корешков конского хвоста: КТ или МРТ позвоночника; компрессионный перелом позвонка: КТ или МРТ позвоночника, рентгенография; аневризма аорты: КТ с контрастным усилением, УЗИ; грыжа диска и/или поясничный стеноз: КТ или МРТ позвоночника. <p>Иная диагностика</p> <ul style="list-style-type: none"> Оценка психологических и социальных факторов боли (1А). Вопросники Осверти, Роланда–Морриса. Госпитальная шкала тревоги и депрессии и др. 	

ШАГ 3. ФАРМАКОТЕРАПИЯ

БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ

Препараты первой линии — НПВП (1А)

- Нимесулид 100 мг 2 раза в сутки (максимальная суточная доза — 200 мг).



- Ибuproфен 200–400 мг 3–4 раза в сутки (максимальная суточная доза — 1200 мг).



- Диклофенак 75–150 мг в 2 приема (максимальная суточная доза — 150 мг).



- Мелоксикам 7,5 мг или 15 мг 1 раз в сутки (максимальная суточная доза — 15 мг) и др.



Препараты второй линии — НПВП + миорелаксант (1В)

- Тизанидин 2–6 мг 3–4 раза в сутки с повышением дозы до 12–24 мг в 3–4 приема (максимальная суточная доза — 24 мг).



- Толперизон 50 мг 2–3 раза в сутки; дозу постепенно увеличивают до 150 мг 2–3 раза в сутки. Внутrimышечно — по 100 мг 2 раза в сутки; внутривенно — 100 мг/сут однократно.



- Диклофенак+орфенадрин 250 мл 1 раз в сутки. В исключительных случаях — по 250 мл 2 раза в сутки с интервалом между инфузиями не менее 8 ч и др.



Препараты третьей линии — опиоидные анальгетики, ГК (1В)

- Трамадол 50 мг внутрь; внутривенно медленно или внутримышечно — 50–100 мг.



- Преднизолон 60–80 мг в сутки (курс 5–7 дней)



Другие препараты (2В)

Комплекс высокодозных витаминов группы В

Пиридоксин+тиамин+цианокобаламин+лидокайн.



Пиридоксин+тиамин+цианокобаламин.



Трициклические антидепрессанты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

- Флуоксетин 20 мг 1 раз в сутки в первой половине дня, независимо от приема пищи. При необходимости доза может быть увеличена до 40–60 мг/сут, разделенных на 2–3 приема (на 20 мг/сут еженедельно). Максимальная суточная доза — 80 мг в 2–3 приема.



- Пароксетин — схему лечения составляют индивидуально.



- Сертралин 50 мг 1 раз в сутки, при необходимости дозу можно увеличить до 200 мг/сут за несколько недель. Эффект проявляется через 7 дней после начала лечения, достигая максимума через 2–3 нед.



- Имипрамин: внутрь — по 25–50 мг 3–4 раза в сутки; внутримышечно — до 100 мг/сут в разделенных дозах и др.



УГЛУБЛЕННЫЙ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ

- НПВП рекомендуются пациентам с острой, подострой и хронической болью (1А) для облегчения боли и повышения активности пациентов. Для снижения риска развития побочных эффектов следует назначать НПВП в эффективных дозах на минимальное количество дней. Нет преимущества в отношении купирования болевого синдрома одного НПВП над другим. Предпочтительно использование пероральных форм.
- Необходимо принимать во внимание наличие факторов риска нежелательных явлений, а также сопутствующих заболеваний, взаимодействие с другими ЛС при выборе НПВП. НПВП не комбинируют друг с другом и не применяют длительно (не более 10–14 дней). У пациентов с риском осложнений со стороны ЖКТ рекомендовано использовать НПВП с минимальным риском осложнений (селективные и высокоселективные ингибиторы циклооксигеназы-2), а также рассмотреть возможность гастропротекции для профилактики таких осложнений.
- Парацетамол не рекомендуется пациентам ввиду его недоказанной эффективности в отношении снижения боли и улучшения состояния.
- Парацетамол можно использовать в случае наличия противопоказаний к НПВП или развития нежелательных явлений при приеме НПВП, а также в комбинации с НПВП для усиления эффекта, если нет противопоказаний к его применению (1В).
- Миорелаксанты центрального действия рекомендуются пациентам ввиду их эффективности в отношении лечения боли. Не установлено преимущество одного миорелаксанта над другим (1В).
- При острой высокointенсивной боли возможно кратковременное использование комбинированного препарата, содержащего фиксированную комбинацию НПВП и миорелаксанта орphenадрина.
- Комбинация миорелаксанта с НПВП усиливает противоболевое действие НПВП при острой боли (1В).
- Миорелаксанты не комбинируют друг с другом; должна быть проведена оценка возможного седативного эффекта от применения миорелаксантов.
- Содержащие опиоиды препараты оказывают кратковременный обезболивающий эффект и не рекомендованы пациентам со скелетно-мышечной болью, поскольку не улучшают функциональную активность пациента и могут вызвать лекарственную зависимость (1В).
- Препараты на основе опиоидов могут применяться для кратковременного купирования высокointенсивной боли при неэффективности других методов обезболивания.
- ГК не рекомендуются пациентам со скелетно-мышечной болью (1В), так как их системное применение не приводит к уменьшению боли и связано с риском осложнений.
- Комплекс высокодозных витаминов группы В используется в дополнение к НПВП при острой неспецифической боли (2В).

- Антидепрессанты можно использовать у пациентов с хронической скелетно-мышечной болью (2В).

ШАГ 4. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

- Купирование болевого синдрома (снижение интенсивности боли по визуальной аналоговой (ВАШ) или числовой рейтинговой шкале).
- Увеличение объема активных движений в позвоночнике.
- Исчезновение двигательных и сенсорных нарушений.
- Уменьшение степени инвалидности по вопроснику Роланда–Морриса или Овестри.

ШАГ 5. ПОКАЗАНИЯ И ЛАБОРАТОРНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА КОНСУЛЬТАЦИЮ К ВРАЧАМ-СПЕЦИАЛИСТАМ

Специалист	Критерии
Невролог/ревматолог	Наличие неврологической симптоматики при проведении обследования, подозрение на ревматологическое поражение
Уролог	Наличие дизурических проявлений (затрудненное мочеиспускание, нержание, половая дисфункция), сопровождающихся болями в пояснице
Нефролог	Боли в пояснице, а также боли при мочеиспускании
Акушер-гинеколог	Боли внизу живота и в пояснице
Онколог	Подозрение на новообразования
Фтизиатр	Подозрение на туберкулезное поражение позвоночника
Хирург/травматолог/нейрохирург	Прогрессирующее снижение двигательной активности, синдром конского хвоста, неэффективная консервативная терапия — резистентный болевой синдром
Кардиолог	Подозрение на ИБС (боли между лопатками, боли в груди с иррадиацией между лопаток, в плечо и т.д.)
Гастроэнтеролог	Подозрение на патологию ЖКТ (опоязывающие боли, боли между лопатками и т.д.)
Инфекционист	Подозрение на инфекционный процесс позвоночника

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА К ДРУГИМ СПЕЦИАЛИСТАМ

1. Развернутый ОАК с лейкоформулой.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимия крови [креатинин, мочевая кислота, глюкоза, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), липидограмма].

4. УЗИ почек, мочевого пузыря и органов брюшной полости.
5. УЗИ органов малого таза.
6. ЭКГ.
7. УЗИ сердца.
8. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС).
9. Рентген позвоночника.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, ОБСЛЕДОВАНИЕ, КОНСУЛЬТАЦИЮ



ШАГ 6. КРИТЕРИИ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕНИЕ В ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР

Медицинская помощь оказывается амбулаторно. Госпитализация в стационар проводится для проведения хирургических вмешательств, а также при необходимости верификации диагноза. При резистентном к пероральной терапии болевом синдроме, необходимости парентерального введения препаратов возможно направление пациента в дневной стационар.

ШАГ 7. КРИТЕРИИ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАР

Профиль отделения	Критерии	Лечение
Общетерапевтический/ неврологический	1. Отсутствие эффекта от консервативной амбулаторной терапии. 2. Хроническая боль в спине	См. «Фармакотерапия»
Хирургический/нейро- хирургический/травматологический	1. Подозрение на перелом позвоночника. 2. Подозрение на опухоль позвоночника или спинного мозга. 3. Подозрение на воспалительное заболевание позвоночника	Проведение хирургического вмешательства, исходя из клинической ситуации
Учреждения 3-го уровня	-	-

ШАГ 8. КРИТЕРИИ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА РЕАБИЛИТАЦИЮ

Реабилитация показана при хронической боли в спине и включает лечебную гимнастику, мануальную терапию, психологические методы работы с пациентом, низкочастотную импульсную магнитотерапию.

Санаторно-курортное лечение может включать бальнео- и пелоидотерапию (грязелечение) (3С).

Противопоказаниями к реабилитации и применению физиотерапевтических методов лечения являются онкологические заболевания, гипокоагуляция, ССЗ в стадии декомпенсации, а также состояние после острого ИМ, наличие доброкачественных новообразований, склонных к росту, и т.п.

ШАГ 9. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

1. Избегание чрезмерных физических нагрузок (подъема тяжестей, ношения тяжелой сумки в одной руке, длительных статических нагрузок и др.), переохлаждения (2А).
2. Регулярные занятия лечебной гимнастикой, плавание, пешие прогулки (2А).
3. Своевременное обращение к специалисту и, при наличии «красных флагов», — верификация диагноза, консультация смежных специалистов.
4. Ношение бандажей при необходимости.