

ГБУ РД «Городская клиническая больница»		
Вид документа	Клинический протокол	
ГБУ РД «ГКБ»	Версия	№ 1
	Запись в Едином реестре документации	№ 32
	Экземпляр	№ 1
	Введен в действие	01.11.21г.
Конфиденциально	Срок действия	3 года
Название документа	Клинический протокол «БОЛЬ С В СПИНЕ» <i>Коды МКБ (M54.6, M54.5, M54.8, M54.3, M54.4, G54.3, M51.1, G540, G54.4, G54.2, M54.1, M54.2,)</i> <i>Возрастная группа - взрослые</i> <i>Год утверждения - 2017</i>	

Дорсалгия. Боль в грудном отделе позвоночника (M54.6), Дорсалгия. Боль внизу спины (M54.5), Другая дорсалгия (M54.8), Ишиас (M54.3), Лямбаго с ишиасом (M54.4), Поражения грудных корешков, не классифицированные в других рубриках (G54.3), Поражения межпозвоночных дисков поясничного и других отделов с радикулопатией (M51.1), Поражения плечевого сплетения (G54.0), Поражения пояснично-крестцового сплетения (G54.1), Поражения пояснично-крестцовых корешков, не классифицированные в других рубриках (G54.4), Поражения шейных корешков, не классифицированные в других рубриках (G54.2), Радикулопатия (M54.1), Цервикалгия (M54.2)

Утверждено приказом № __
от «01» ноября 2021 г.

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	Заведующий отделением неврологии № 1	Мамайханов Г. Г. Альбориева Э.А.		
Согласовано:	Главный врач	Малаев Х. М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л. Х.		
	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	Адильханов Б. Г.		
	Заместитель главного врача по хирургической работе	Аабдулмеджидов Х. М.		
	Заведующий экспертными	Махмудов Ф. Б.		

I. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний):

Боль в спине — одна из самых частых причин обращения к врачу. В течение жизни хотя бы один эпизод боли в спине отмечается у 70-80% населения. По данным эпидемиологических исследований распространенность болей в нижней части спины достигает 40-80%, а ежегодная заболеваемость составляет 5%. При этом, у 10–20% пациентов трудоспособного возраста острая боль в спине трансформируется в хроническую. Именно эта группа больных характеризуется неблагоприятным прогнозом для выздоровления, и на нее приходится около 80% всех затрат здравоохранения на лечение болей в спине. Проблема боли в спине остается до сих пор мало понятной, а методов лечения, имеющих серьезную доказательную базу, очень мало.

Этиология: В соответствии с классификацией МКБ-10 боли в спине принято рассматривать в группе, обозначенной как дорсопатии. «Дорсопатии» - это болевые синдромы в области туловища и конечностей невисцеральной этиологии, связанные с дегенеративными заболеваниями позвоночника.

По МКБ-10 **вертеброгенные заболевания** обозначаются как **дорсопатии (M40–M54)** – группа заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, в клинике которых ведущий – болевой и/или функциональный синдром в области туловища и конечностей невисцеральной этиологии.

2. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний):

По локализации;

- цервикалгия;
- торакалгия;
- люмбалгия;
- смешанная локализация (цервикоторакалгия).

По продолжительности болевого синдрома:

- острая – менее 6 недель,
- подострая – 6-12 недель,
- хроническая – более 12 недель.

По этиологическим факторам (Bogduk N., 2002):

- травма (перерастяжение мышц, разрыв фасций, межпозвоночных дисков, суставов, растяжение связок, суставов, перелом костей);
- инфекционное поражение (абсцесс, остеомиелит, артрит, дисцит);
- воспалительное поражение (миозит, энтезопатия, артрит);
- опухоль (первичные опухоли и метастазы);
- биомеханические нарушения (формирование триггерных зон, туннельных синдромов, дисфункция суставов).

Диагностические критерии. Жалобы и анамнез:

Жалобы:

- на боль в зоне иннервации пораженных корешков и сплетений;
- на нарушение двигательных, чувствительных, рефлекторных и вегетативно-трофических функций в зоне иннервации пораженных корешков и сплетений.

Анамнез:

- длительная физическая статическая нагрузка на позвоночник (в положении сидя, стоя);
- гиподинамия;
- резкий подъем тяжестей;
- переразгибание позвоночника.

Физикальное обследование

- визуальный осмотр:
- оценка статики позвоночника – анталгическая поза, сколиоз, сглаженность физиологических лордозов и кифозов, дефанс паравертебральных мышц пораженного отдела позвоночника;
- оценка динамики – ограничение движений рук, головы, различных отделов позвоночника.

пальпация: болезненность при пальпации паравертебральных точек, остистых отростков позвоночника, точек Валле.

- **перкуссия** молоточком остистых отростков различных отделов позвоночника – положительный симптом Раздольского – симптом «остистого отростка».
- **положительные корешковые пробы:**
- симптом Лассега: боль появляется при сгибании выпрямленной ноги в тазобедренном суставе, измеряется в градусах. Наличие симптома Лассега указывает на компрессионный характер заболевания, но не уточняет его уровня.
- симптом Вассермана: появление боли при подъеме выпрямленной ноги назад в положении лежа на животе свидетельствует о поражении L3 корешка
- симптом Мацкевича: появление боли при сгибании ноги в коленном суставе в положении лежа на животе свидетельствует о поражении L1-4 корешков
- симптом Бехтерева (перекрестный симптом Лассега): появление боли в положении лежа на спине при сгибании выпрямленной здоровой ноги в тазобедренном суставе и исчезновение при ее сгибании в колене.
- симптом Нери: появление боли в пояснице и ноге при сгибании головы в положении лежа на спине свидетельствует о поражении L3-S1 корешков.
- симптом кашлевого толчка: боль при кашле в поясничном отделе на уровне поражения позвоночника.
- **оценка двигательной функции** по исследованию рефлексов: **снижение (выпадение) следующих сухожильных рефлексов.**
- сгибательно-локтевой рефлекс: снижение/отсутствие рефлекса может свидетельствовать о поражении CV - CVI корешков.
- разгибательно-локтевой рефлекс: снижение/отсутствие рефлекса может свидетельствовать о поражении CVII - CVIII корешков.
- карпо-радиальный рефлекс: снижение/отсутствие рефлекса может свидетельствовать о поражении CV - CVIII корешков.
- лопаточно-плечевой рефлекс: снижение/отсутствие рефлекса может свидетельствовать о поражении CV - CVI корешков.
- верхний брюшной рефлекс: снижение/отсутствие рефлекса может

свидетельствовать о поражении DVII - DVIII корешков.

- средний брюшной рефлекс: снижение/отсутствие рефлекса может свидетельствовать о поражении DIX - DX корешков.
- нижний брюшной рефлекс: снижение/отсутствие рефлекса может свидетельствовать о поражении DXI - DXII корешков.
- кремастерный рефлекс: снижение/отсутствие рефлекса может свидетельствовать о поражении LI - LII корешков.
- коленный рефлекс: снижение/отсутствие рефлекса может свидетельствовать о поражении как L3, так и L4 корешка.
- Ахиллов рефлекс: снижение/отсутствие рефлекса может свидетельствовать о поражении SI - SII корешков.
- Подошвенный рефлекс: снижение/отсутствие рефлекса может свидетельствовать о поражении L5-S1 корешков.
- Анальный рефлекс: снижение/отсутствие рефлекса может свидетельствовать о поражении SIV - SV корешков.

Схема экспресс диагностики поражения корешков:

- **поражение L3 корешка:**
 - положительный симптом Вассермана;
 - слабость в разгибателях голени;
 - нарушение чувствительности по передней поверхности бедра;
 - изменение коленного рефлекса.
- **поражение L4 корешка:**
 - нарушение сгибания и внутренней ротации голени, супинации стопы;
 - нарушение чувствительности на латеральной поверхности нижней трети бедра, колена и переднемедиальной поверхности голени и стопы;
 - изменение коленного рефлекса.
- **поражение L5 корешка:**
 - нарушение ходьбы на пятках и тыльного разгибания большого пальца;
 - нарушение чувствительности по переднелатеральной поверхности голени, тыльной поверхности стопы и I, II, III пальцев;
- **поражение S1 корешка:**
 - нарушение ходьбы на носках, подошвенного сгибания стопы и пальцев, пронации стопы;
 - нарушение чувствительности по наружной поверхности нижней трети голени в области латеральной лодыжки, наружной поверхности стопы, IV и V пальцев;
 - изменение ахиллова рефлекса.
- **оценка чувствительной функции** (исследование чувствительности по кожным дерматомам) – наличие чувствительных нарушений в зоне иннервации соответствующих корешков и сплетений.
-

Лабораторные исследования: Большая часть пациентов с болью в спине не нуждаются в лабораторных исследованиях. При подозрении на инфекцию или новообразование следует выполнить общий анализ крови, исследование С-реактивного белка, рентгенографию органов грудной клетки. Скорость оседания эритроцитов и Среактивный белок также служат показателями, которые могут указывать на наличие анкилозирующего спондилита

Инструментальные исследования:

Электромиография: уточнение уровня поражения корешков и сплетений. Выявление вторичного нейронального поражения мышц позволяет с достаточной точностью определить уровень сегментарного поражения.

Топическая диагностика поражения шейных корешков позвоночника базируется на тестировании следующих мышц:

- C4-C5 – надостная и подостная, малая круглая;
- C5-C6 – дельтовидная, надостная, двуглавая плеча;
- C6-C7 – круглый пронатор, трехглавая мышца, лучевой сгибатель кисти;
- C7-C8 – общий разгибатель кисти, трехглавая и длинная ладонная мышцы, локтевой сгибатель кисти, длинная мышца, отводящая первый палец;
- C8-T1 – локтевой сгибатель кисти, длинные сгибатели пальцев кисти, собственные мышцы кисти.

Топическая диагностика поражения пояснично-крестцовых корешков базируется на исследовании следующих мышц:

- L1 – подвздошно-поясничная;
- L2-L3 – подвздошно-поясничная, изящная, четырехглавая, короткие и длинные приводящие мышцы бедра;
- L4 – подвздошно-поясничная, передняя большеберцовая, четырехглавая, большая, малая и короткая приводящие мышцы бедра;
- L5-S1 – двуглавая мышца бедра, длинный разгибатель пальцев стопы, задняя большеберцовая, икроножная, камбаловидная, ягодичные мышцы;
- S1-S2 – собственные мышцы стопы, длинный сгибатель пальцев, икроножная, двуглавая мышца бедра.

Магнитно-резонансная томография:

МР-признаки:

- взбухание фиброзного кольца за пределы задних поверхностей тел позвонков, сочетающееся с дегенеративными изменениями ткани диска;
- протрузия (пролапс) диска – выпячивание пульпозного ядра вследствие истончения фиброзного кольца (без его разрыва) за пределы заднего края тел позвонков;
- выпадение диска (или грыжа диска), выхождение содержимого пульпозного ядра за пределы фиброзного кольца вследствие его разрыва; грыжа диска с его секвестрацией (выпавшая часть диска в виде свободного фрагмента располагается в эпидуральном пространстве).

Немедленное выполнение МРТ требуется при острой боли в спине и:

- синдроме конского хвоста (вновь появившаяся задержка мочеиспускания, недержание кала или седловидная анестезия);
- выраженном неврологическом дефиците (прогрессирующая слабость, значительный двигательный дефицит, не локализованный в зоне иннервации одного нерва);
- наличии онкологического анамнеза;
- подозрении на инфекционный процесс (начало боли после появления температуры, применения внутривенных наркотиков, недавно перенесенных инфекций).

МРТ рекомендована после безуспешного курса терапии для пациентов с симптомами радикулопатии или при симптомах стеноза позвоночного

канала (боль, иррадиирующая в ногу, пожилой возраст, хромота), которые являются

кандидатами на хирургическое лечение.

Рентгенография:

Рекомендована для пациентов с факторами риска:

- новообразования (необъяснимая потеря массы тела, возраст более 50 лет);
- анкилозирующего спондилита (утренняя скованность, уменьшающаяся после упражнений, боль в области ягодицы, ночные боли);
- компрессионного перелома позвоночника (остеопороз, применение глюкокортикоидов, травма, пожилой возраст — более 65 лет для мужчин, более 75 лет для женщин).

Консультация специалистов:

- консультация травматолога и/или нейрохирурга – при наличии травмы в анамнезе;
- консультация реабилитолога – с целью разработки алгоритма групповой/индивидуальной программы ЛФК;
- консультация физиотерапевта – с целью решения вопроса о физиотерапии;
- консультация психиатра – при наличии депрессии (более 18 баллов по шкале Бека).

Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований.

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
манифестация Ландри	<ul style="list-style-type: none">• начало параличей с мускулатуры ног;• неуклонное прогрессирование параличей с распространением на вышележащую мускулатуру туловища, грудной клетки, глотки, языка, лица, шеи, рук;• симметричная выраженность параличей;• гипотония мускулатуры;• арефлексия;• объективные нарушения чувствительности минимальны.	ЛП, ЭМГ	ЛП: увеличение содержания белка, иногда значительное (>10 г/л), начинается через неделю после манифестации заболевания, максимум на 4–6 нед, Электромиография — значительное снижение амплитуды мышечного ответа при стимуляции дистальных отделов периферического нерва. Проведение нервного импульса замедлено
манифестация рассеянного склероза	Нарушение чувствительных и двигательных функций	БАК, МРТ/КТ	Повышение в сыворотке крови иммуноглобулинов G, наличие специфических рассеянных бляшек на МРТ/КТ

лакунарный корковый инсульт	Нарушение чувствительных и/или двигательных функций	МРТ/КТ	Наличие на МРТ очага церебрального инсульта
отраженные боли при заболеваниях внутренних органов	Выраженные боли	ОАК, ОАМ, БАК	Наличие изменений в анализах со стороны внутренних органов
остеохондроз позвоночника	Выраженные боли, синдромы: рефлекторные и корешковые (двигательные и чувствительные).	КТ/МРТ, рентгенография	Уменьшение высоты межпозвоночных дисков, остеофиты, склероз замыкательных пластинок, смещение тел смежных позвонков, симптом «распорки», отсутствие протрузий и грыж дисков
экстрamedулярная опухоль спинного мозга	Прогрессирующее развитие синдрома поперечного поражения спинного мозга. Три стадии: корешковая стадия, стадия половинчатого поражения спинного мозга. Боли сначала односторонние, затем двусторонние, усиливаются в ночное время. Распространение проводниковой гипестезии снизу вверх. Имеются признаки блокады субарахноидального пространства, кахексия. Субфебрильная температура. Неуклонно прогрессирующее течение, отсутствие эффекта от консервативного лечения.	Возможно повышение СОЭ, анемия. Изменения анализов крови неспецифичны.	Расширение межпозвоночного отверстия, атрофия корней дуг и увеличение расстояния между ними (симптом Элсберга-Дайка).
болезнь Бехтерева	Боли в позвоночнике постоянные, преимущественно в ночное время состояние мышц спины: напряжение и атрофия, ограничение движений в позвоночнике постоянно. Боли в области крестцово-подвздошных суставов. Начало заболевания в возрасте от 15 лет до 30 лет. Течение медленно-про-	Положительная проба СРБ. Повышение СОЭ до 60 мм/час.	Признаки двустороннего сакроилита. Сужение щелей межпозвоночных суставов и анкилоз.

	грессирующее. Эффективность препаратов пиразолонового ряда.		
--	---	--	--

III. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.

Консервативное лечение:

При острой боли :

- НПВС – устраняют действие воспалительных факторов при развитии патобиохимических процессов;
- миорелаксанты – снижают тонус мышц в миофасциальном сегменте;
- ненаркотические анальгетики – оказывают выраженное анальгетическое действие.
- опиоидный наркотический анальгетик оказывает выраженное анальгезирующее действие.

При хронической боли :

- НПВС – устраняют действие воспалительных факторов при развитии патобиохимических процессов;
- миорелаксанты – снижают тонус мышц в миофасциальном сегменте;
- ненаркотические анальгетики – оказывают выраженное анальгетическое действие;
- опиоидный наркотический анальгетик оказывает выраженное анальгезирующее действие;
- ингибиторы холинэстеразы – при наличии двигательных и чувствительных расстройств улучшает нейро-мышечную передачу.

Схемы лечения:

- НПВС – 2,0 в/м №7 е/дн;
- флупиртина малеат внутрь по 500 мг 2 раза в сутки.

Дополнительные препараты: при наличии ноцицептивной боли – опиоидные наркотические анальгетики (в трансдермальной и в/мышечной форме), при наличии нейропатической боли – противоспазмолитические препараты, при наличии двигательных и чувствительных расстройств – ингибиторы холинэстеразы.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:

- нивелирование болевого синдрома;
- восстановление чувствительности и двигательных нарушений;
- использование периферических вазодилататоров, препаратов нейропротективного действия, НПВС, ненаркотических анальгетиков, миорелаксантов, антихолинэстеразных препаратов.

Немедикаментозное лечение:

- режим III,
- диета №15,
- физиотерапия (тепловые процедуры, электрофорез, парафинолечение, иглорефлексотерапия, магнито-, лазеро-, УВЧ-терапия, массаж), ЛФК (индивидуальная и групповая), кинезиотейпирование

Медикаментозные блокады по спектру действия:

- анальгезирующие;
- миорелаксирующие;
- ангиоспазмолитические;
- трофостимулирующие;
- рассасывающие;
- деструктивные.

Показания:

- выраженный болевой синдром.

Противопоказания:

- индивидуальная непереносимость препаратов, используемых в лекарственной смеси;
- наличие острых инфекционных заболеваний, почечной, сердечно-сосудистой и печеночной недостаточности или заболеваний центральной нервной системы;
- низкое артериальное давление;
- эпилепсия;
- беременность в любом триместре;
- наличие повреждений кожного покрова и локальных инфекционных процессов до полного выздоровления.

Традиционно терапия боли в спине в большинстве случаев сводится к применению фармакологических средств и методов нелекарственного лечения, таких как:

- массаж,
- мануальная терапия,
- чрескожная электронейростимуляция,
- акупунктура,
- лазеротерапия и других.

Дальнейшее ведение:

- наблюдение участкового терапевта. Последующая госпитализация в плановом порядке **при отсутствии эффективности амбулаторного лечения.**

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

- снижение болевого синдрома (оценка по шкалам ВАШ, шкала кинезиофобии ГТампа, Мак-Гилловский болевой опросник, опросник Освестри);
- увеличение двигательных, чувствительных, рефлекторных и вегетативно-трофических функций в зоне иннервации пораженных нервов (оценка без шкалы - по неврологическому статусу);
- восстановление трудоспособности (оценка по индексу Бартел).

IV. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации:

Физическая реабилитация

- комплекс физических упражнений
- кинезиотерапия
- мануальная терапия, массаж
- рефлексотерапия, физиотерапия
- йога, релаксационные техники
- диета, снижение веса

Психологическая реабилитация

- поведенческая терапия
 - когнитивная терапия
 - аутогенная тренировка
 - коррекция аффективных нарушений
- Социальная адаптация пациента

VI. Порядок информирования и передачи информации в Роспотребнадзор в случае инфекционной патологии: порядок информирования не требуется

VII. Показания для госпитализации:

Показания для плановой госпитализации:

- неэффективность амбулаторного лечения.

Показания для экстренной госпитализации:

- выраженный болевой синдром с признаками радикулопатии.

VIII. Критерии оценки качества медицинской помощи

1. Прием (осмотр, консультация) врача- невролога первичный:

К (частота предоставления)	Критерии качества	Выполнение	Уровень достоверности доказательств (при наличии)	Уровень убедительности рекомендаций (при наличии)
К 1	1. Осмотр врача- невролога первичный. 2. прием врача по лечебной физкультуре	1 1	1 1	А А
К 0.9				
К 0.8				
К 0.7	Прием врача рефлексотерапевта	1	2	с
К 0.6	Прием врача мануальной терапии первичный		2	с

К 0.5	Прием врача нейрохирурга		2	в
-------	--------------------------	--	---	---

2. Лабораторные методы исследования:

К (частота предоста вления)	Критерии качества	Выпол нение	Уровень достоверно сти доказательс тва (при наличии)	Уровень убедитель ности рекоменда ций (при наличии)
К 1	1. Исследование уровня лекарственных препаратов в крови	1	1	A
	2. Определение основных групп крови (A, B, 0)	1	1	A
	3. Определение резус принадлежности	1		
	4. Проведение реакции Вассермана (RW)	1	1	A
	5. Определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови	1	1	A
	6. Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови		1	A
	7. Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV в крови		1	A
	8. Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови		1	A
	9. Общий (клинический) анализ крови развернутый		1	A
	10. Анализ крови биохимический общетерапевтический		1	A
	11. Анализ мочи общий		1	A
К 0.9				
К 0.8				
К 0.7				
К 0.6				
К 0.5				

3. Инструментальные методы исследования:

К (частота предоста вления)	Критерии качества	Выпол нение	Уровень достоверно сти	Уровень убедитель ности
--------------------------------------	-------------------	----------------	------------------------------	-------------------------------

вления)			доказательств (при наличии)	рекомендаций (при наличии)
К 1	1. ОПИСАНИЕ И ИНТЕРПРИТАЦИЯ РЕНТГЕНОВСКИХ ИЗОБРАЖЕНИЙ	1	1	А
К 0.9				
К 0.8	ЭКГ	1	2	В
К 0.7	МРТ	1	2	В
К 0.6	ЭНМГ	1	2	С
К 0.5	1. РЕНТГЕНОГРАФИЯ ШОП 2. Р-Я ПОП	1	2	В

IX. Регламентирующие документы:

Нозологическая форма (<i>БОЛЬ В СПИНЕ</i>)			
Диагностика, лечение	Стандарт (номер, наименование, дата)	Клинические протоколы (наименование, кем разработан, номер, дата)	Другое (национальные клинические руководства)
	<p>Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 653н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при дегенеративных заболеваниях позвоночника и спинного мозга.</p> <p>Приказ Минздрава России от 24.12.2012N 1547 н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи</p>		Клинические рекомендации «Боль в спине» от «10» ноября 2017 года

	при поражениях МПД и других отделов позвоночника с радикулопатией		
--	---	--	--

X. Информация для пациента (кратко о заболевании).

Для хронической боли, независимо от длительности или тяжести, пациент должен быть проинструктирован о способах самопомощи.

1. Поддерживайте повседневную активность на максимально переносимом уровне.
2. Выберите хороший матрас средней жесткости. Препочтительно, если он будет ортопедическим. Применение жесткого матраса не рекомендовано.
3. Эргономичное рабочее место, поддержка поясницы при сидении. Необходимо выбрать для работы удобные, эргономичные кресла с регулируемой высотой сидения и спинки.
4. Уменьшение рычага при поднимании тяжестей с пола и их переносе.

XI. Алгоритмы действий врача (схема):

Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при болях в спине (коды по МКБ-10 M54.6, M54.5, M54.8, M54.3, M54.4, G54.3, M51.1, G540, G54.4, G54.2, M54.1, M54.2,)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-неврологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнен осмотр врачом-мануальным терапевтом	Да/Нет
3.	Выполнена рентгенография	Да/Нет
4.	Выполнена кт или магнитно-резонансная томография	Да/Нет
5.	Терапия соответствует национальным клиническим рекомендациям по лечению болей в спине.	Да/Нет

ЧЕК-ЛИСТ ПРОВЕРКИ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПРИ ДОРСОПАТИЯХ
Коды МКБ (M53.0, M53.1, M53.3, M53.8, M54.1, M54.2, M54.3,
M54.4, M-54.6, M54.5, M54.8)

№	N истории болезни:	ФИО	Возраст:	Да - 1 Нет - 0
1.	Титульный лист. 1. Дата поступления, время поступления; 2. Дата выписки, время выписки; 3. Указание температуры при поступлении; 4. Указание непереносимости лекарственных средств; 5. Указание номера истории болезни; 6. Выставление клинического, заключительного диагноза, при поступлении, с указанием даты, кода заболевания; 7. Указание вида транспортировки больного; 8. Вес, рост больного.			
2.	Оформление 2-й страницы титульного листа 1. Отметка о выдаче л/н с указанием номера и с подписи нетрудоспособного; 2. Указание исхода заболевания; 4. Подписи заведующего, лечащего врача.			
3.	Лист назначений 1. Подпись пациента, лечащего врача, палатной медсестры на листе назначений; 2. Дата назначения препаратов, с датой отмены препаратов, с указанием дозировки и формы, с указанием пути введения препарата; 3. Указание даты назначения, даты выполнения диагностических назначений; 4. Указание лечебного стола.			
4.	Выполнен осмотр врачом-неврологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар			
5.	Общий (клинический) анализ крови развернутый			
6.	Анализ мочи общий			
7.	Анализ крови биохимический общетерапевтический			
8.	Кровь на RW, ВИЧ, HBSag			
9.	Выполнена рентгенография			
10.	Выполнена КТ или Магнитно-резонансная томография			
11.	Консультация специалистов (при необходимости)			
12.	Терапия соответствует национальным клиническим рекомендациям по лечению болей в спине.			
13.	Этапный эпикриз: 1. каждые 10 й день пребывания в стационаре; 2. имеется указание динамики состояния пациента; 3. имеется указание динамики лабораторно – диагностических данных.			
14.	Выписной эпикриз 1. Персональные данные пациента; 2. Дата и время выписки; 3. Заключительный диагноз согласно классификации заболевания; 4. Данные всех выполненных лабораторно - инструментальных исследований; 5. Указание объективного статуса пациента при выписке и при поступлении; 6. Указание подробных рекомендаций для следующего этапа лечения.			

--	--	--	--	--