

## Глава 9

# **ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ДОРСАЛГИЕЙ**

### **9.1 Состояние первичной медицинской помощи пациентов с болью в спине до организации альгологического отделения (история)**

Период в практическом здравоохранении с 1985 по 1990 гг. характеризуется прежде всего интенсивной методической работой по внедрению принятой Всесоюзной проблемной комиссией в 1985 году синдромальной классификации «Заболеваний периферической нервной системы», первом разделе которой представлены «вертеброгенные заболевания периферической нервной системы. Выпускаются многочисленные методические рекомендации по разъяснению основных положений классификации. Вместе с тем болевые синдромы в области спины (цервикалгия, торакалгия, люмбагия и др., а также вторичные дискогенные радикулиты) отнесены в XIII класс «Заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани» МКБ-10. Причины такого несоответствия непонятны подавляющему большинству врачей, ориентированных на универсальный «неврологический» фактор патогенеза.

В практическое здравоохранение внедряется такой высокоинформативный диагностический метод как компьютерная томография, с большой точностью визуализирующий изменения в межпозвоночных дисках и степень компрессии корешка. Показания к его назначению окончательно не определены, его могли назначать как при простой люмбалгии, так и при тяжелой радикулопатии. Динамическое наблюдение обнаруживает стабильность дистрофических морфологических изменений в позвоночнике как в период клинических проявлений, так и после окончания заболевания.

Среди методов лечения видное место начинает занимать мануальная терапия, официально разрешенная для применения у нас в стране в 1987 году. В отечественной литературе объяснение механизма действия этого метода тесно увязывается с концепцией «неврологических проявлений остеохондроза» Я.Ю. Попелянского. Это приводит к тому, что не четко выделяются состояния, при которых наиболее показан этот вид лечения.

Однако важность системы мануальной диагностики мышечно-скелетных дисфункций неопределима, так как позволяет, наконец, абстрагироваться только от дистрофических изменений в дисках и сосредоточиться на выявлении источников боли в мышечно-скелетных тканях спины и конечностей. С

1988 года в Поликлинике Медицинского центра управления делами Президента Российской Федерации начинает работать мануальный терапевт.

Специалистами осознается важность привлечения пациента к совместной работе по преодолению заболевания и профилактике. В Поликлинике, а также в Центральной клинической больнице, Реабилитационном центре и профильных санаториях Медицинского центра внедряются разработанные нами программы обучения пациентов «Школа для больных с поясничными болями». С помощью специально подготовленного медперсонала больные обучаются двигательным навыкам в момент острой боли, отрабатывают модифицированные безболезненные позы для использования в быту, комплексы необходимых физических упражнений, получают информацию о приемах безопасной интенсивной физической тренировки и при занятиях спортом. Разработана памятка для больных.

Понимая, что боль в спине является неотъемлемым компонентом болезни и может сама выступать как психотравмирующий фактор к работе с этими пациентами в поликлинике шире привлекаются медицинские психологи и психотерапевты.

Комплексы лечебной физкультуры, рекомендуемые пациентам, ориентированы на то, что «остеохондроз» является системным заболеванием позвоночника и носят стандартный чрезмерно щадящий характер.

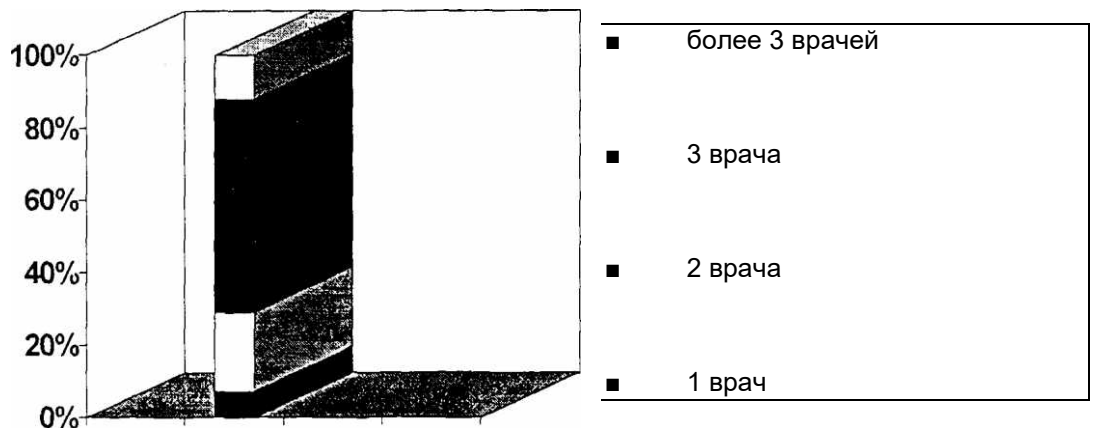
В период начала исследования невролог, терапевт, травматолог-ортопед или ревматолог поликлиники после обследования пациента с «неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника» обычно назначали медикаментозное лечение и, как правило, рекомендовали один из немедикаментозных видов лечения. Немедикаментозное лечение было возложено на физиотерапевта, иглорефлексотерапевта, мануального терапевта, психотерапевта, врача ЛФК (Рис. 1, А). После курса лечения у одного из этих специалистов в случае недостаточного эффекта пациент вновь возвращался к врачу-диагносту, который обычно советовал другой вид немедикаментозной терапии (последовательная терапия). В том случае, когда пациент полностью завершал круг лечебных мероприятий в поликлинике без эффекта, рекомендовалось стационарное лечение.

Изучение анамнеза показало, что только 7,6% пациентов могли завершить лечение у одного врача, 23,8% пациентов - у 2 врачей, один из которых проводил немедикаментозное лечение, подавляющее большинство пациентов (70, 5%) наблюдались и лечились более чем у 3 врачей (Рис. 1, Б).



А.

А



Б.

Рис. 1. Традиционная схема ведения в поликлинике пациентов с «неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника»:

А. Последовательная терапия; Б. Многоврачебность

Таким образом, в период 1985- 1990 гг. ведение пациентов в поликлинике сопровождалось отсутствием четких алгоритмов диагностики и лечения, что часто приводило к вынужденной «многоврачебности», возможности хронизации заболевания. Все это вызвало необходимость совершенствования организации лечебной помощи пациентам с болью в спине и конечностях в условиях поликлиники.

## **9.2 Цель и задачи работы альгологического отделения. Программа подготовки медицинского персонала.**

Изучение причин обращаемости к неврологу, терапевту, ортопеду и ревматологу поликлиники обнаружило, что жалобы на боль в спине (и конечностях) предъявляют от 25 до 40% пациентов. Для лечения этих пациентов в многопрофильной поликлинике в 1990 году было образовано альгологическое (т.н. «вертеброневрологическое») отделение – Главный врач «Поликлиники №1» Медицинского центра Управления делами Президента Российской Федерации Г.Н. Ушаков, Главный невролог Минздрава России профессор Н.Н. Яхно, заведующая отделением Л.А. Богачева.



Разработаны положение о специализированном отделении, положения о враче и медсестре, должностные обязанности медицинского персонала, которые определяют направление и содержание работы отделения (Приложение).



**Снеткова Е.П., Седова Т.Н., Богачева Л.А.,  
Главный врач «Поликлиники №1» Ушаков Г.Н., 1995 г.**

Перед отделением нами были поставлены следующие задачи:

1. дифференциальная диагностика болевых синдромов, локализованных в спине и конечностях;
2. синдромальная диагностика;
3. экспертиза временной нетрудоспособности;
4. активная комплексная терапия острых и хронических дорсалгий;
5. выбор программы долечивания хронических дорсалгий и профилактики повторных случаев заболевания;
6. методическая работа с врачами общей практики по диагностике и ведению пациентов с болью в спине.

Нами была разработана программа подготовки специалистов отделения, которая включает обучение теоретическим знаниям и практическим навыкам, которые необходимы для ведения пациентов с болью в спине.

## **ПРОГРАММА ПОДГОТОВКИ ВРАЧА ОТДЕЛЕНИЯ АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ**

- А. Голова и лицо, включая глаза, уши, нос и горло
- Б. Грудная клетка (легкие, сердце, кровеносные сосуды)
- В. Желудочно-кишечный тракт и мочеполовая система
- Г. Позвоночник
- Д. Суставы
- Е. Мышцы, их сухожилия и фасции, связки
- Ж. Периферическая нервная система
- З. Центральная нервная система (головной и спинной мозг)
- И. Вегетативная нервная система

## **ПАТОФИЗИОЛОГИЯ БОЛИ**

- А. Определение боли и основные компоненты системы боли
- В. Острая и хроническая боль
- Г. Локализованная, отраженная и проекционная боль
- Д. Количественные и качественные характеристики боли
- Е. Психологические аспекты боли
- Ж. Социо-культуральные факторы

## **ТИПЫ БОЛИ**

- А. Мышечная боль: мышечный спазм, миофасциальный синдром, фибромиалгия, энтезопатия, миогелез
- Б. Поражения позвоночника: функциональное блокирование суставов, нестабильность позвоночного сегмента, артроз
- В. Суставные и околоуставные поражения
- Г. Вертеброгенные радикулопатии и туннельные невропатии
- Д. Головная боль
- Е. Висцеральная боль
- Ж. Опухолевые и воспалительные поражения спинного мозга и периферической нервной системы: опоясывающий лишай, постгерпетическая невралгия

## **МЕТОДЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ**

- А. Методы визуализации (рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография)
- Е. Функциональная диагностика (ЭКГ, ЭЭГ, ЭМГ)
- В. Психологическая диагностика (СМОЛ, тест Люшера, ММРІ)

- Г. Сосудистые исследования (УЗДГ сосудов конечностей, РЭГ, РВГ)
- Е. Лабораторные исследования

## МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

- А. Мышечно-скелетная терапия
- Б. Массаж
- В. Метод Тревелл и Саймонса
- Г. Иглорефлексотерапия
- Д. Аппаратная физиотерапия (амплипульстерапия, ультразвук, серотерапия)
- Е. Обучение больных («Школа для пациентов с болью в спине»)
- Ж. Индивидуальная лечебная гимнастика
- З. Механотерапия, тракционная терапия
- И. Инфильтрационная терапия
- К. Медикаментозное лечение (механизм действия, показания, противопоказания, побочные эффекты и взаимодействие): анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства, миоспазмолитики, опиоиды, антиконвульсанты, антидепрессанты, бензодиазепины, стероиды, локальные анестетики, отвлекающие средства, производные эрготамина).



**Сотрудники альгологического («вертеброневрологического») отделения**

Базовым образованием врача являлась ординатура по специальности «Неврология». «Травматология и ортопедия» дополнительно проводится усовершенствование по основам альгологии, мануальной терапии, ортопедии, рентгенологии, КТ и МРТ, лечебной физкультуре.

Обучение мануальной терапии (остеопатии) проводилось в Российской медицинской академии постдипломного образования у замечательных специалистов-педагогов – проф. В.С. Гойденко, д.м.н. А.А. Барвинченко, д.м.н. А.И. Небожин. Осваиваются навыки мышечно - скелетной диагностики и терапии, иглорефлексотерапии, массажа, лечебных блокад.



**Регулярные учебные курсы мануальной терапии врачей альгологического (вертеброневрологического) отделения в Москве**



**Ознакомительная поездка в Китай сотрудников Медицинского центра Управления делами Президента РФ 1991 г.**

В 1980-1990 годы для российских неврологов и ортопедов необходимо было понять, что «Остеохондроз - это суеверие, вся проблема заключается функциональной патологии суставов позвоночника и мышц. Грыжи диска – лишь существенные сопутствующие находки.» - К. Левит, профессор.



**Профессор Карел Левит, Л.А. Богачева и коллеги.** Симпозиум PMRF «Клинические подходы к лечению заболеваний позвоночника», Прага, 15 – 18 октября, 1997 г.

**Bogacheva L.A.**

Rehabilitation system in general practice for patients with chronic nonspecific musculoskeletal disorders. // **Abstracts 1997 PMRF International Symposium «Clinical Approaches to Spinal Disorders».** - **Prague:** Seabord Life Insurance Company, 1997. - P. 10 (e.a. I. Makarova, S. Kruglov, T. Bakalova, E. Girtchenko, I. Moiseeva).

**Bogacheva L.A.**

Back-pain school educational system at different stages: polyclinic-hospital-sanatorium. 12 years experience. // **Abstracts 1997 PMRF International Symposium «Clinical Approaches to Spinal Disorders».** - **Prague:** Seabord Life Insurance Company, 1997. - P. 40 (e.a. I. Makarova, V. Vasiljeva, An. Romanov, I. Moiseeva, N. Petuchova).

Медсестры отделения были обучены различным видам и приемам массажа, получили специализацию по физиотерапии, лазерной терапии, помогают врачу в проведении практически любой процедуры.

Разработанная программа обучения врачей и медицинских сестер альгологического («вертеброневрологического») отделения по многим аспектам соответствует международным программам подготовки и сертификации специалистов – альгологов и реабилитологов.

Учитывая задачи работы отделения, объем теоретических знаний практических навыков, работающих в нем специалистов, а также некорректность концепции «неврологических вертеброгенных заболеваний» Я.Ю. Попелянского, в дальнейшем в названии отделения вместо определения «вертеброневрологическое» будет использоваться термин «альгологическое», как понятие с большей точностью отражающее содержание его работы. По необходимости водится новая медицинская морфема «спина».

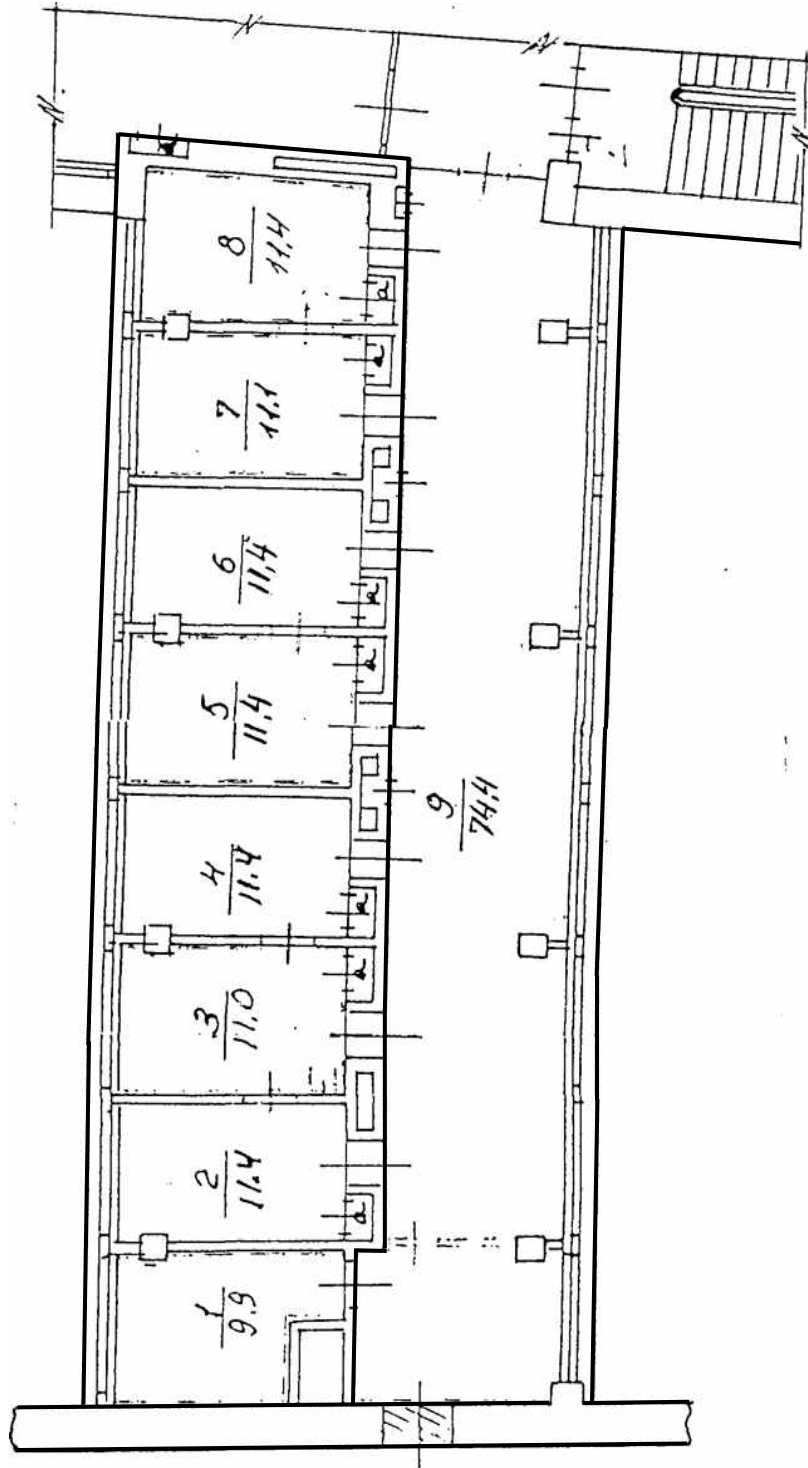
В 1990 гг. в России выбор подходящего термина для «безопасной» боли в спине был затруднителен. В 1992-1996 гг. нами использовался рабочий термин – «болевого невисцеральный синдром». Уже на основе шестилетнего опыта работы в 1995 году нами описываются болевые невисцеральные синдромы в спине, обусловленные локальными мышечно-скелетными поражениями (90%) и вертеброгенными радикулопатиями (10%) [journals.eco-vector.com](http://journals.eco-vector.com) Затем этот термин потерял свою значимость, т.к. нами было найдено более точное определение – «неспецифическая боли в спине». **Был также найден адекватный термин для неспецифической боли в спине – «дорсалгия».**



**Сотрудники альгологического («вертеброневрологического») отделения**

9.3 Штатное расписание. Техническое оснащение отделения.  
Обследование пациентов. Организация работы в отделении.

План-схема альгологического отделения



Штатное расписание альгологического отделения включает следующие должности: заведующий отделением (1 единица), врач (8), старшая медсестра (1), сестра по массажу (12), медсестра-диспетчер (2), санитарка (2).

Отделение располагает 6 рабочими, оснащенными необходимой лечебной аппаратурой (№№ 3-8), одной процедурной комнатой (№ 2), кабинетом заведующего отделением (№ 1), кабинетом старшей медсестры и холлом для отдыха (см. План-схема).

Диагностический процесс в отделении включает изучение характера болевого синдрома, разработаны клинические синдромы и дифференциальная диагностика боли спине и конечностях различной природы.

### **Болевые синдромы в области спины и конечностей**

(обследование 7253 пациентов, 1990-1998 гг.)

Клинический синдром	Количество наблюдений (абс.)	%
Цервикалгия	1033	14,2
Цервикокраниалгия	623	8,6
Цервикобрахиалгия	539	7,4
Торакалгия	935	12,9
Люмбалгия	2080	28,7
Люмбоишиалгия	971	13,4
Периартроз крупных суставов	531	7,3
Вертеброгенная радикулопатия	282	3,9
Туннельная невропатия	77	1,1
Прочие	182	2,5
<b>ВСЕГО</b>	<b>7253</b>	<b>100,0</b>

После исключения заболеваний внутренних органов, воспалительных и онкологических заболеваний мышечно-скелетной системы и ПНС проводится клиническая диагностика функциональных мышечно-скелетных и невралгических поражений, оценка морфологических изменений в позвоночнике и суставах по данным рентгенографии, КТ, МРТ. При необходимости в отделении осуществляется скрининг психических и эмоциональных нарушений.

### Спецификация рабочего кабинета

1. Мобилизационный стол с автоматическим изменением высоты и профиля рабочей поверхности для проведения приемов мышечно-скелетной терапии и массажа;
2. Аппарат для короткоимпульсной электроаналгезии;
3. Аппарат для терапии импульсными токами;
4. Аппарат для терапии ультразвуком;
5. Аппарат для лазерной терапии;
6. Набор игл для акупунктуры;
7. Аппарат электро-тепло-вибро-пунктуры по акупунктурным точкам;
8. Прибор миообратной связи (Myofeedback) для снижения или повышения мышечного тонуса;
9. Массажер вакуумный с аппликаторами различных диаметров;
10. Ручной аппарат для вибрационного массажа (с инфракрасным излучением);
11. Физиотерапевтическая кровать для массажа и вибромассажа;
12. Экстензионный вибромассажер-кресло;
13. Аппарат для скрининга психологического статуса (СМОЛ);
14. Негатоскоп для просматривания рентгеновских снимков;
15. Тонометр и стетоскоп;
16. Мобильные столы для размещения приборов;
17. Стол и стул для врача;
18. Персональный компьютер для диагностических и лечебных программ с принтером и столом;
19. Шкаф для медицинской аппаратуры;
20. Шкаф для медикаментов и наборов для акупунктуры;
21. Стол для медикаментов и наборов акупунктуры;
22. Аудиомагнитофон;
23. Часы с таймером для контроля длительности физиопроцедур.

### Арсенал возможных лечебных воздействий в отделении

Лечебные воздействия	Краткая характеристика метода и лечебной аппаратуры
<p>Современная мануальная терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- мобилизация</li> <li>- миофасциальный релизинг</li> <li>- мышечно-энергетическая техника</li> <li>- постизометрическая релаксация</li> <li>- краниосакральная остеопатия</li> <li>- классические длиннорычаговые манипуляции</li> </ul>	<p>Ручной метод устранения функциональных блокад суставов, триггерных мышечных точек и увеличения подвижности различных отделов туловища и конечностей (шея, поясница, плечевой, и тазобедренный суставы)</p> <p>Сочетаются новые «мягкие» техники работы и классические манипуляции терапии, potenziрующие эффективность лечения</p>
<p>Массаж:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ручной (баночный, точечный, сегментарный);</li> <li>аппаратный (вакуумный, вибрационный)</li> </ul>	<p>Используются преимущественно ручные техники работы в релаксирующем режиме мускулатуры спины; применяются также различные аппараты вакуумного массажа, вибромассажеры</p>
<p>Аппаратная физиотерапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- короткоимпульсная электроаналгезия</li> <li>- амплипульс-терапия</li> <li>- лазерная терапия</li> <li>ультразвук и лекарственный фонофорез</li> </ul>	<p>Различные аппараты короткоимпульсной электроаналгезии, прибор для лечения синусоидально-модулированными токами, аппарат лазерной терапии, аппарат ультразвуковой терапии</p>
<p>Лечебные воздействия</p>	<p>Краткая характеристика метода и лечебной аппаратуры</p>
<p>Механотерапия</p>	<p>Массаж и тепловибромассаж паравертебральной области спины на кресле и физиотерапевтической кровати</p>
<p>Лечебные блокады (мягкотканая инфильтрация)</p>	<p>Используется обкатывание мягких тканей области спины и периартикулярных тканей 0,5% раствором новокаина иногда в сочетании с глюкокортикостероидными препаратами</p>

Гирудотерапия	Воздействие медицинской пиявкой на различные неспецифические болевые синдромы: быстрая ликвидация острых и хронических болевых синдромов опорно-двигательного аппарата. Используется гирудотерапия с использованием, микродоз фармакологических препаратов
Акупунктура	Используются корпоральный и аурикулярный методы для купирования болевых ощущений; электроakupunktura с помощью приборов короткоимпульсной электроаналгезии
Методика Тревелл и Саймонса	Направлена на устранение триггерных точек и увеличение подвижности пораженной мышцы. Проводится поверхностный массаж льдом с последующим прогреванием влажными компрессами и растяжением мышцы
Обучение больных	Пациенты обучаются поведенческим навыкам в период острой боли, «безопасным» движениям для профилактики повторного заболевания; упражнениям, направленным на уменьшение мышечного спазма и интенсивности болевых ощущений
Ортезирование	Подбор корсета, обучение приемам его надевания и ношения
Лечебные воздействия	Краткая характеристика метода и лечебной аппаратуры
Медикаментозное лечение	При болях слабой или средней интенсивности рекомендуются неопиоидные анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты с учетом индивидуальной переносимости; при сильной боли и значительном ограничении двигательной функции обычно используется комбинация нестероидных противовоспалительных препаратов и миоспазмолитика, могут использоваться также слабые опиоиды

Пациент на лечение в отделение направляют преимущественно неврологи и терапевты. Пациенты с острой болью принимаются в день обращения. Для приема этих больных у каждого врача в рабочем журнале ежедневно выделяется 40 минут условно свободного времени. Пациент с хронической болью обычно принимаются по записи в течение 1 недели после обращения. После первичного осмотра и обследования больного или изучения динамики заболевания при повторном посещения врач определяет необходимый комплекс методов лечения, который выполняется им и медицинской сестрой.

Лечение дорсалгий в подавляющем большинстве случаев сочетает различные виды воздействий одновременно на различные источники боли, поэтому за одно посещение пациент получает, в среднем, 3 вида воздействий.

Методы выбора для каждого источника боли (в соответствии с современными научными данными) приведены в таблицах (1990 – 2008 гг.)

### **Выбор методов лечения пациентов с острой дорсалгией без признаков радикуло или невропатии**

*Таблица*

Источник боли	Метод воздействия
Мышечный спазм	Обучение больных Ортезирование Отвлекающие средства Релаксирующий массаж Постизометрическая релаксация Амплипульстерапия Тракционная терапия Дыхательные и релаксирующие упражнения
Миофасциальная дисфункция (активные триггерные точки)	Метод Тревелл и Саймонса Иглорефлексотерапия Короткоимпульсная электроаналгезия Ультразвук Инfiltrация новокаином
Функциональная суставная блокада	Мобилизация Мышечно-энергетическая техника Классические манипуляции
Растяжение (надрыв) связки	Инfiltrация новокаином
Острая грыжа диска	Ортезирование

**Выбор методов лечения пациентов с хронической дорсалгией  
без признаков радикуло или невропатии**

*Таблица*

Источник боли	Метод воздействия
Миогелоз Латентные триггерные точки Энтезопатия	Массаж Метод Тревелл и Саймонса Постизометрическая релаксация Иглорефлексотерапия Короткоимпульсная электроаналгезия Ультразвук и фонофорез Лазерная терапия Инfiltrация новокаином Инfiltrация новокаином-с гидрокортизоном (кеналогом) Индивидуальная лечебная гимнастика
Функциональная суставная блокада	Мобилизация Мышечно-энергетическая техника Классические манипуляции
Нестабильность позвоночного сегмента	Ортезирование Инfiltrация новокаином-с гидрокортизоном (кеналогом) периартикулярно
Лигаментоз связок тазового дна	Мобилизация

Для пациентов с острой мышечно-скелетной дорсалгией планируется 5-6 посещений ежедневно или с интервалом 1-2 дня. Как правило, проводится один курс лечения. Для пациентов с хронической мышечно-скелетной дорсалгией планируется 8 посещений с интервалом 3-4 дня; 1-2, иногда 3 курса лечения через 2-3 недели каждый. После окончания сеанса процедур пациент записывается на очередное посещение.

Для расчета средних затрат времени на одно посещение у пациентов с различными синдромами совместно с сотрудниками Научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением Российской АМН (к.м.н. В. М. Шипова, к.м.н. Ю.Н. Мисник) проведены

фотохронометражные наблюдения за деятельностью врача отделения в течение 8 дней. Результаты статистической обработки полученных данных, дифференцированных по видам заболеваний и характеру посещения (первичное или повторное) представлены в Приложении.

Средние затраты времени на одно посещение составили 46,8 минут. Практика нормирования труда показывает, что ежедневно на работы, не связанные с оказанием лечебно-диагностической помощи, врач затрачивает около 30 минут. Поэтому продолжительность работы в день при шестидневной рабочей неделе принимается в расчет равной 300 минутам ( $330-30=300$ ). Кроме того, в альгологическом отделении, как установлено хронометражными наблюдениями, ежедневно затрачивается 16,5 минут на решение организационных и методических вопросов, связанных с осуществлением преемственности в ведении больных (поликлиника, стационар, вспомогательные подраздел-поликлиники и т. д.). Расчетная норма нагрузки (обслуживания) врача альгологического отделения составила 157 посещений в день ( $330-30-16,5$ ): 46,8, округленно, 6 посещения в день. Если врач ведет прием в 2 смежных кабинетах и на приеме врачу помогает специально подготовленная медицинская сестра, то после осмотра и проведения необходимых процедур врач обычно может начать прием другого пациента в смежном кабинете, а медицинская сестра отпускает процедуры первому пациенту. При организации лечебно-диагностического процесса число принятых пациентов в день может быть увеличено до 9-10.

Пропускная способность отделения по приему постепенно увеличивалась и в 2007 г. составила в среднем 60 посещений в день. Объем лечебной помощи в течение 18 лет также постепенно увеличивался. В течение 2007 г. сотрудниками отделения была оказана диагностическая и лечебная помощь 1725 больным с дорсалгией, количество посещений в 2007 г. составило 12 721, а число проведенных процедур - 29 091. Многолетние клинические наблюдения за лечением пациентов в отделении показывают, что мышечно-скелетные нарушения при дорсалгии имеют преимущественно обратимый характер изменений. Выздоровление (65%) или улучшение состояния (35%) отмечено у всех пациентов с острой дорсалгией, у пациентов с хронической дорсалгией выздоровление составляло 18% случаев, улучшение - 80% случаев, без перемен состояние оставалось у 2% пациентов. Сопутствующая депрессия снижала эффективность лечения этих пациентов. У пациентов с вертеброгенной радикулопатией выздоровление отмечалось в 10%, улучшение - в 69% случаев. Если в течение 1-2 нед. состояние пациентов не улучшалось, им предлагалась госпитализация в неврологический стационар.

Неоднократное исследование эффективности лечения в отделении боли в спине показало, что продолжительность временной нетрудоспособности у пациентов с острой мышечно-скелетной дорсалгией, которые с первых дней получали лечение в отделении боли в спине, меньше, чем у пациентов, которые лечились в других отделениях.

При ведении пациентов с острой мышечно-скелетной дорсалгией в отделении практически не наблюдаются переходы в хроническую форму, о чем свидетельствуют катамнестические наблюдения. Повторные случаи заболевания прежнего уровня поражения в течение 6 мес. возникли только у 3,9% пациентов.

Таким образом, лечение пациентов с дорсалгией в альгологическом отделении оказалось более эффективным, чем традиционное. Потенциал отделения боли в спине позволяет также при увеличении штатного расписания принимать на лечение пациентов с такими мышечно-скелетными заболеваниями, как периартроз крупных суставов, хронических головных болей, фибромиалгия.



**Главный невролог Минздрава России академик РАН Н.Н. Яхно  
Заведующая отделением д.м.н. Л.А. Богачева  
1998 г.**

*Спасибо сотрудникам «Поликлиники № 1» и особенно,  
сотрудникам альгологического отделения,  
за ежедневную поддержку в работе*

*Благодарю руководство «Поликлиники № 1» за оказанную  
возможность организовать новое отделение*

*Заведующая отделением Л.А. Богачева*

#### 9.4 Алгоритмы диагностики и лечения пациентов с болью в спине

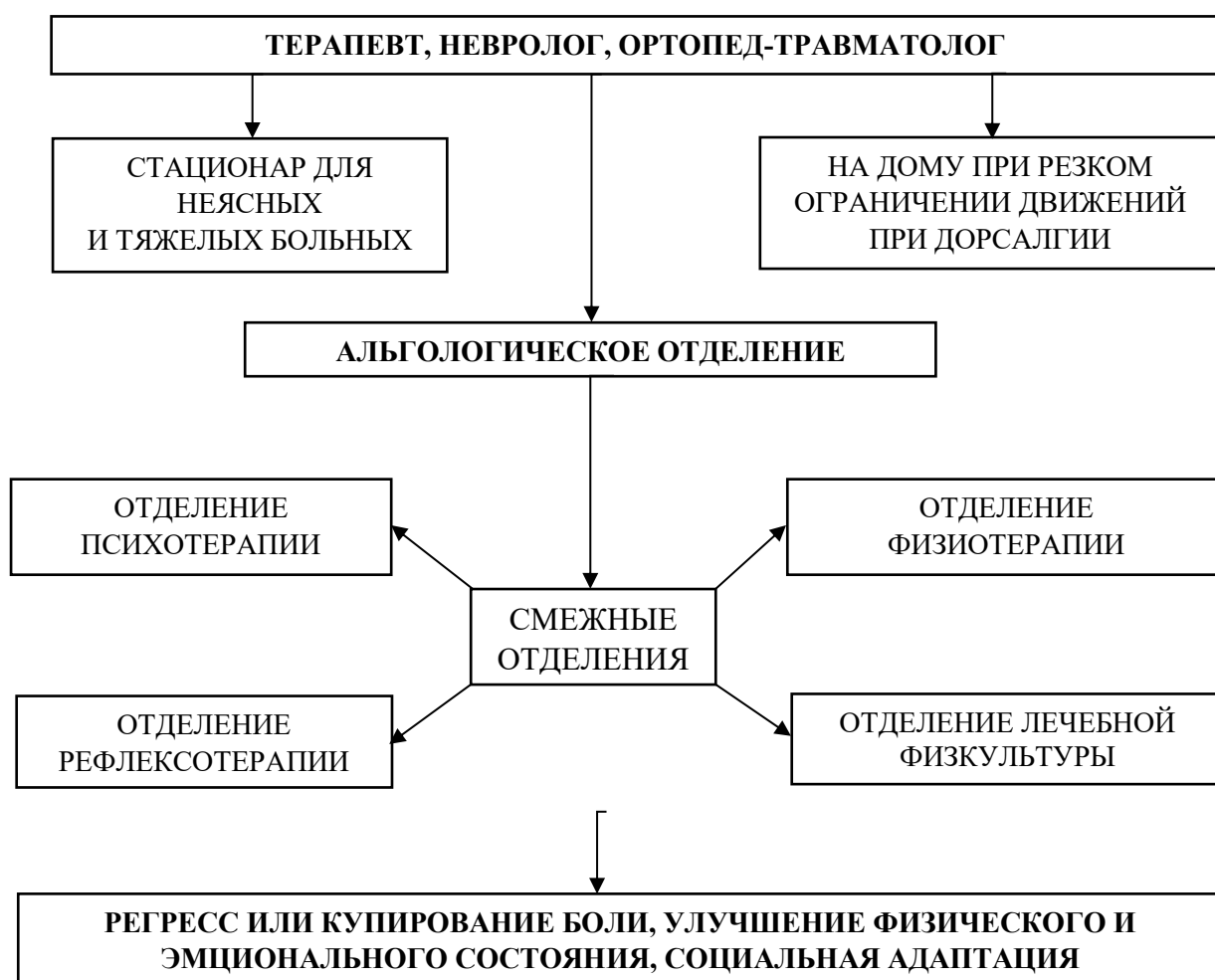
В многопрофильной поликлинике сложились следующие алгоритмы диагностики и лечения пациентов с болью в спине. Начальная оценка пациента с болью в спине и дифференциальная диагностика обычно дифференциальная диагностика обычно проводится терапевтом, неврологом или ортопедом-травматологом – Алгоритм 1.



**Алгоритм 1: первичная оценка пациента с болью в спине**

Изучение анамнеза и данных физикального обследования направлено на выявление признаков потенциально серьезных, порой опасных для жизни состояний, к которым относятся переломы позвонков и ребер, онкологические и воспалительные поражения позвоночника и мягких тканей спины, «отраженные» боли в связи с поражениями висцеральных органов (сердце, почки, легкие, желудочно-кишечный тракт, органы малого таза), радикуломиелоишемия. После исключения указанных заболеваний диагностируется дорсалгия.

Нами выработан Алгоритм 2 ведения пациентов с дорсалгией.



### **Алгоритм 2: ведение и лечение пациентов с дорсалгией в поликлинике**

Прежде всего необходимо выявление признаков поражения корешка или нерва, сочетающегося с мышечно-скелетным поражением, что подкрепляется данными КТ или МРТ. Необходимо лишь напомнить об отсутствии во многих случаях строгой корреляции между выявленными при рентгенографии и нейровизуализации изменений в позвоночнике и клинической картиной. Для

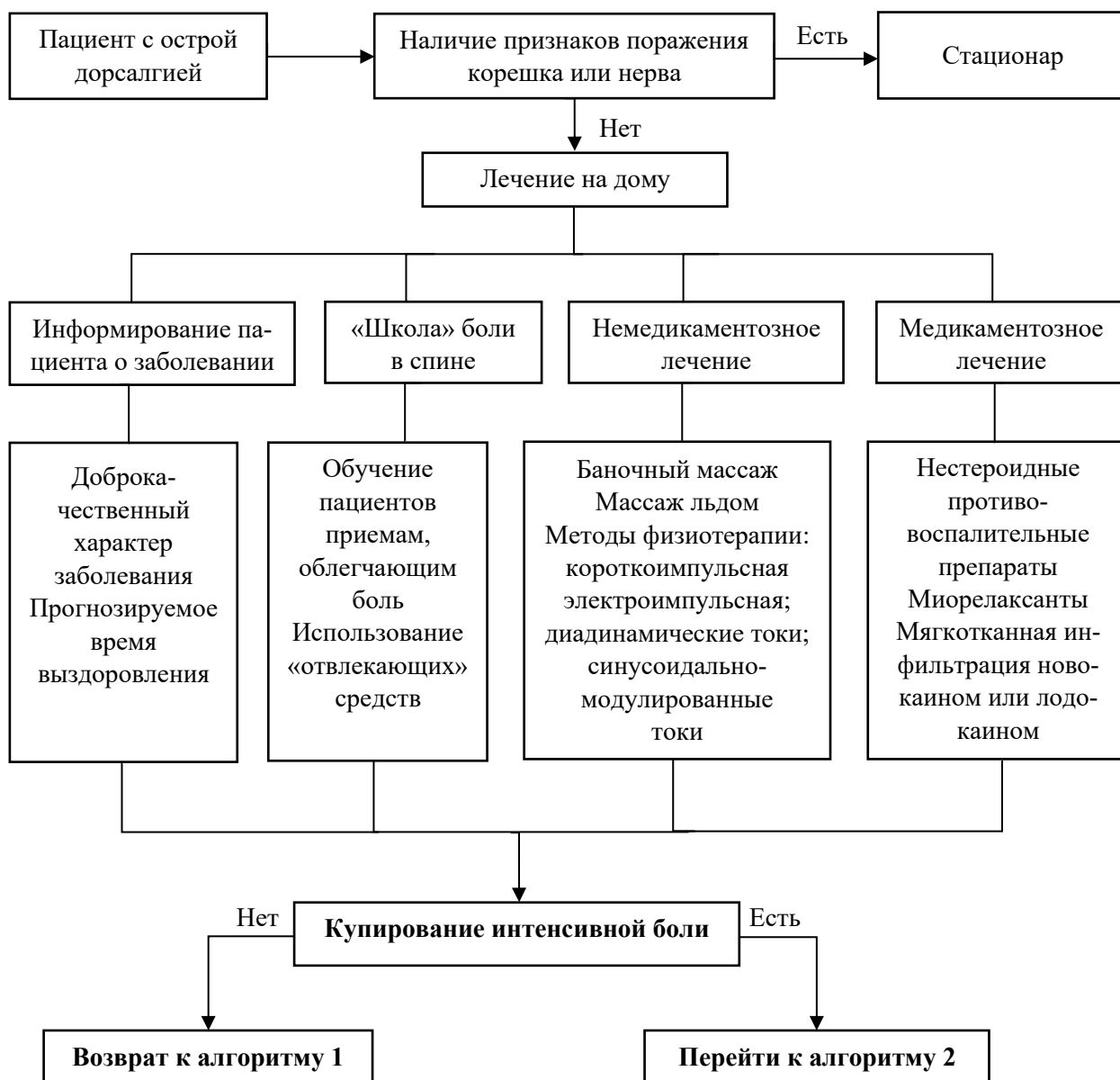
пациентов с интенсивной радикулярной болью следует сразу планировать стационарное лечение, так как этот вид боли плохо поддается контролю анальгетиками и немедикаментозными средствами. По нашим данным, госпитализируется около 35-45% пациентов с радикулопатией.

После обследования терапевты, неврологи, ортопеды-травматологи направляли пациентов с острой и хронической дорсалгией с интенсивными и умеренными болевыми ощущениями в отделение боли в спине. Вместе с тем врач отделения боли в спине может самостоятельно принять первичного больного с болью в спине для его обследования и лечения. В течение 2007 г. сотрудниками отделения была оказана диагностическая и лечебная помощь 1725 больным с дорсалгией, что составило 61,5% от общего количества пациентов с дорсалгией в поликлиническом отделении. После уменьшения интенсивности болевых ощущений и снижения выраженности мышечного спазма лечение в альгологическом отделении может сочетаться в других отделениях.

Альгологическое отделение является методическим центром по организации медицинской помощи больным с дорсалгией в амбулаторных условиях. Методическая работа проводится на конференциях в различных отделениях поликлиники, а также дистанционно. Нами созданы интернет-сайты противоболевого направления [dorsalgia.ru](http://dorsalgia.ru), [backbook.ru](http://backbook.ru) содержащие необходимую оперативную информацию, касающуюся пациента с болью в спине. Смежные отделения - физиотерапии, рефлексотерапии, лечебной физкультуры - проводят лечение пациентов с дорсалгией при неполной ремиссии и профилактику дорсалгии.

подавляющее большинство пациентов с острыми мышечно-скелетными поражениями после уменьшения интенсивности болевых ощущений и снижения выраженности мышечно-тонического синдрома сочетают лечение в отделении боли в спине и отделении ЛФК. Выбор физических упражнений, величина нагрузки определяются клиническими симптомами и функциональными изменениями опорно-двигательного аппарата. Методика лечебной гимнастики у пациентов с острой дорсалгией без признаков поражения периферической нервной системы состоит из трех этапов соответственно трем двигательным режимам. Задачами щадящего режима являются релаксация мышц и восстановление подвижности позвоночника. Задачами следующего, щадяще-тренирующего, режима являются устранение дисбаланса между различными мышечными группами, увеличение силы мышц, наиболее подверженных патологическим изменениями при острой дорсалгии. Тренирующий режим предполагает коррекцию двигательного стереотипа и дальнейшее наращивание эластичности и силы миофасциальных образований для профилактики повторных случаев заболевания.

Пациенты с острой болью в спине составляют около 10% от общего числа вызовов на дом. Обычно это пациенты, которые испытывают сильную боль и значительное ограничение двигательных функций. При первичном осмотре пациента врачом скорой и неотложной помощи используется Алгоритм 1. После исключения потенциально серьезных заболеваний для ведения пациентов с дорсалгией применяется Алгоритм 3.



### Алгоритм 3: ведение пациентов с острой дорсалгией на дому

Пациенты с радикулопатиями подлежат возможно ранней госпитализации, для остальных используются медикаментозные и немедикаментозные методы для уменьшения интенсивности болевых ощущений и восстановления функциональных возможностей. Обычно улучшение состояния с уменьшением интенсивности боли и увеличением объема движений наступает уже на

3—5-й день, и лечение в дальнейшем может быть продолжено в условиях поликлиники. Если состояние пациента не улучшается в течение 3—5 дней, диагноз или тактика ведения нуждаются в пересмотре.

Особое внимание уделяется лечению пациентов с поздней хронической дорсалгией длительностью свыше 2 лет. Необходимо совместное ведение пациентов со специалистами ЛФК и психотерапевтами по специальным программам социально-бытовой адаптации, задачами которых являются обучение пациентов щадящему двигательному режиму, повышение толерантности к физической нагрузке и коррекция психических и эмоциональных нарушений с учетом индивидуальных особенностей пациента.

**В отделении ЛФК** исследуются сила, растяжимость и выносливость мышц, амплитуды движений в суставах, функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем и проводятся занятия лечебной гимнастикой. В процессе выполнения программы устраняются болевые мышечно-скелетные дисфункции, патологические мышечные синергии, совершенствуются физиологические синергии мышц, тренируется сила и выносливость мышц, увеличивается амплитуда движений в суставах позвоночника и конечностей, пациенты обучаются «безопасным» движениям.

**В психотерапевтическом отделении** проводится диагностика и коррекция эмоциональных и когнитивных расстройств.

Эффективность разработанной системы реабилитационных мероприятий оценивается по динамике болевого синдрома, функционального состояния опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой и дыхательной системы, психического и эмоционального состояния в начале, в процессе и после окончания реабилитационной программы дифференцированно для пациентов с острой и хронической дорсалгией.

С 1991 по 1997 г. в поликлинике удалось сократить длительность временной нетрудоспособности при неспецифических болевых синдромах: при острой цервикалгии — на 4,8 дня, цервикобрахиалгии - на 3,4 дня, торакалгии — на 3,1 дня, люмбоишиалгии - на 6,3 дня ( $p < 0,05$ ) [ ]. Это обусловлено более адекватной диагностикой и прежде всего — ранним выделением вертеброгенных радикулопатий. Большое значение имеют четкие алгоритмы ведения пациентов с дорсалгией, поликлинике и на дому. Кроме того, лечение в условиях отделения боли в спине, через которое проходит около 60% пациентов с дорсалгией существенно повышает качество лечения. Эффективность лечения пациентов с хронической дорсалгией достигается совместными усилиями врачей отделения боли в спине, а также отделений ЛФК и психотерапии. Улучшение состояния с купированием или значительным уменьшением интенсивности боли наступает у 94,9% пациентов. С целью улучшения физического и

психологического состояния пациентов с поздней хронической дорсалгией необходимы длительные индивидуальные программы социально-бытовой адаптации.

Неоднократное исследование эффективности лечения в Поликлинике №1 показало, что продолжительность временной нетрудоспособности у пациентов с острой мышечно-скелетной дорсалгией, которые получали лечение в альгологическом отделении, меньше, чем у пациентов, которые лечились в других отделениях. Средняя длительность больничного листа у пациентов с цервикалгией, которые прошли отделение, составила  $7,1+0,18$  дня (другие отделения поликлиники –  $10,0+0,026$ ); у пациентов с люмбалгией –  $7,4+0,21$  дня (другие отделения –  $10,8+0,28$  дня). Обнаруженные различия были статистически достоверны. Для болевых синдромов других локализаций прослеживается отчетливая положительная тенденция.

Таким образом, проведенное исследование показало, что четкие диагностические и лечебные алгоритмы, а также работа отделения боли в спине способны существенно улучшить качество лечения пациентов с болью в спине в условиях первичной медицинской помощи. Это позволяет рекомендовать организацию подобных отделений в крупных многопрофильных поликлиниках.

**Сотрудники «Поликлиники №1» Медицинского центра  
Управления делами Президента Российской Федерации (1990 – 2008)**

**Главный врач «Поликлиники №1» Медицинского центра  
Управления делами Президента Российской Федерации д.м.н. Г.Н. Ушаков**

**Альгологическое отделение**

Заведующая отделением – д.м.н. Богачева Лариса Анатольевна

Старшая медицинская сестра – Михайлова Валентина Ивановна

**ВРАЧИ:**

Андреева Татьяна Евгеньевна, к.м.н.

Бувальцева Галина Владимировна

Козлова Екатерина Георгиевна

Круглов Сергей Иванович

Пегова Лидия Алексеевна

Степанищева Светлана Алексеевна

## 9.5 Диагностика, тактика и лечение хронических головных болей в альгологическом отделении

Головная боль (ГБ) - одна из наиболее частых жалоб пациентов на амбулаторном приеме. За период с 1996 по 1999 год проведены обследование и комплексное лечение 196 пациентов с различными видами головной боли (таблица 1). Использованы диагностические критерии различных видов ГБ, разработанные международной ассоциацией изучения ГБ в соответствии с Международной классификацией болезней десятого пересмотра.

### Различные типы головной боли

Таблица 1

Виды головной боли	Число больных	%
Головные боли напряжения: эпизодические (от нескольких минут до 7-15 дней) хронические (15 раз в месяц на протяжении 6 последних месяцев - 180 дней в году)	67 -	34,2 -
Цервикокраниалгии: цервикокраниалгия без вовлечения позвоночной артерии задний шейный симпатический синдром	85 22	43,4 11,2
Мигрень: простая менструальная	3 1	1,5 0,5
Посттравматические ГБ (не более 6 мес. от момента травмы)	8	4,1
Симптоматические ГБ: патология верхнечелюстного сустава ревматоидный артрит хронический синусит миеломная болезнь	7 1 1 1	3,6 0,5 0,5 0,5
Всего	196	100

Для более полного сбора анамнеза проведено анкетирование пациентов, при котором учтены:  
- причины, впервые вызвавшие ГБ;

- возраст пациента, в котором впервые появились ГБ;
- провоцирующие факторы;
- основные характеристики ГБ (частота возникновения, средняя продолжительность и средняя интенсивность головной боли по шкале ВАШ, преимущественная локализация, характер головной боли, связь со временем суток);
- связь с болями в шее и лице или проводимым протезированием;
- изменение характера ГБ за последнее время.

Наиболее часто отмечены стрессовые ситуации, длительные постуральные нагрузки (в том числе и ночной сон), травма головы и шеи, включающая хлыстовое повреждение, стоматологические, ортопедические вмешательства (протезирование зубов). При прицельном опросе незначительные повреждения головы (удары, ушибы, сотрясения легкой степени) и шеи, а также детскую и родовую травмы отмечали 62% опрошенных пациентов.

При осмотре оценивали:

- неврологический статус,
- деформации шейного и грудного отделов позвоночника,
- миофасциальную дисфункцию и триггерные точки,
- функциональное блокирование дугоотростчатых суставов шейного отдела позвоночника и краниальные биомеханические нарушения,
- патологию верхнечелюстного сустава (ВЧС).

При пальпации черепа определяли наличие участков локальной болезненности, уплотнений, что позволило заподозрить злокачественную миелому у одного из пациентов.

При хронических болевых синдромах, в том числе у лиц с головными болями напряжения (ГБН), выраженность миофиксации, особенно подзатылочных мышц, не приводит к заметному ограничению объема движений головы. При тестировании пациентов с хронической ГБН наличие миофасциальной дисфункции и латентных триггерных точек определили у 25,5% пациентов, хронической цервикокраниалгии - у 35,7%, преимущественно с заинтересованной стороны. При поражении медиальной головки грудино-ключично-сосцевидной мышцы появляются стягивающие боли в лобно-височных областях. При травмах, включающих хлыстовое повреждение шеи, определяется перерастяжение цервикальных связок и мышц, что приводит к преходящей затылочной или лобной боли. При мигренях наиболее часто поражаются подзатылочные, височная и глубокие мышцы шеи заинтересованной стороны. Дисфункция ВЧС в сочетании с дисфункцией жевательных и височных мышц выявлена у 6 пациентов.

Признаки энтезопатии трапециевидной мышцы (прикрепление к затылочному отверстию), латеральной головки грудино-ключично-сосцевидной

мышцы в месте ее прикрепления к сосцевидному отростку, миогелез наружной косой мышцы головы и лигаментоз выйной связки встретили у 2% пациентов.

Наиболее частой неспецифической патологией суставов позвоночника для пациентов с ГБ являлось функциональное блокирование, а также биомеханические нарушения костей свода черепа. Функциональное блокирование чаще всего происходит в верхнешейных дугоотростчатых суставах С<sub>0</sub>-С<sub>1</sub>, С<sub>1</sub>-С<sub>2</sub>, С<sub>2</sub>-С<sub>3</sub> и составляет 80,1% для пациентов различных групп. У пациентов с задним шейным симпатическим синдромом преобладают артрозы унковертебральных сочленений, нестабильность двигательных сегментов шейного отдела и краниовертебральные аномалии. У пациентов с ГБН функциональное блокирование С<sub>0</sub>-С<sub>1</sub> сочетается с краниальными патобиомеханическими нарушениями (компрессия затылочно-сосцевидного шва, сфенобазиллярного синхондроза и др.). Это справедливо и для посттравматических ГБ, где изменение краниального ритма отмечено у всех пациентов. Швы черепа испытывают в разных участках компрессионные и декомпрессионные влияния. Это зависит от распределения нагрузки на кости черепа, жевательный аппарат и верхнешейный отдел позвоночника. Поэтому при патологии ВЧС отмечают корригирующие изменения биомеханики черепа и верхнешейного отдела позвоночника. Артроз ВЧС и сопутствующая дисфункция жевательной и латеральной крыловидной мышц встречались у 0,5% пациентов.

У больных с мигренями наряду с блокированием С<sub>0</sub>-С<sub>1</sub> чаще имеется блокирование сегмента С<sub>2</sub>-С<sub>3</sub>, причем при пальпации и выведении в экстензию удается спровоцировать боли, похожие на привычные для больного, но меньшей интенсивности. Это позволяло в отдельных случаях пересматривать диагноз.

Из дополнительных методов исследования проводят:

- рентгенограмму шейного отдела позвоночника с функциональными пробами,

- рентгенограмму черепа и краниовертебрального перехода,
- рентгенограмму атланта-окципитального сочленения по Отанелло.

Это позволяло выявить:

1. Шейно-затылочные дисплазии: базилярную импрессию (1%), дисплазию боковой массы атланта (1%), синдром Клиппеля-Вейля (1%), аномалию Киммерли (2%);

2. Патологию костей черепа и атланта-окципитального сустава специфической природы: миеломную болезнь (1%), ревматоидный артрит (1%).

Лечение ГБ в подавляющем большинстве случаев является комплексным. Оно сочетает различные виды воздействия одновременно на различные источники боли и при необходимости коррекцию медикаментозной терапии.

Лечебное воздействие включает различные виды мышечно-скелетной терапии, массаж шейно-воротниковой зоны и головы, лечебные блокады (мягкотканная инфильтрация), лазеротерапию и акупунктуру.

Течение цервикокраниалгий (ЦК) без вовлечения позвоночной артерии носит, как правило, регрессирующий характер, при котором максимум болевых ощущений приходится на первые дни заболевания. Для лечения острых и хронических ЦК используют лечебный комплекс, состоящий из приемов мышечно-скелетной терапии (постизометрическая релаксация мышц, классическая манипуляция, мышечно-энергетическая техника, миофасциальный релиз), ручной аппаратно-вакуумный массаж. При обнаружении коррелирующей краниальной дисфункции (C<sub>0</sub>-C<sub>1</sub> - затылочно-височный шов) добавляют приемы краниосакральной терапии. У пациентов с синдромом позвоночной артерии в комплекс лечебных мероприятий включается легкая тракция шейного отдела позвоночника, мышечно-энергетическая техника, блокада местными анестетиками области выхода окципитального нерва и зон унковертебральных экзостозов, миофасциальный релиз подзатылочной области, краниосакральная терапия. Блокада местными анестетиками приводит к уменьшению головокружения на 40%, зрительных нарушений на 30%. Ортезирование рекомендуется у 2% пациентов, при необходимости в лечение добавляют вегетотропные и сосудистые препараты. Из пациентов с хронической формой ГБН только у двух отмечались выраженные проявления вегетативной дисфункции, эмоциональные нарушения, преимущественно тревожно-депрессивного типа, которые потребовали дополнительной психокоррекции. У остальных пациентов устранение имеющихся патобиомеханических нарушений краниальной системы, функционального блокирования суставов верхнешейного отдела позвоночника, миофиксации подзатылочной области, миофасциальной дисфункции мышц позволило обходиться без дополнительных психотерапевтических методов лечения, применения антидепрессантов.

При имеющихся признаках затрудненного оттока из полости черепа использованы циркуляторные методики краниосакральной терапии, при необходимости подключают аппаратно-вакуумный массаж, ручной массаж головы и шеи. Применение венотоников ограничено у всех пациентов. У пациентов с посттравматическими ГБ выбор методов зависит от вида травмы. При хлыстовой травме используют весь набор методов мышечно-скелетной терапии и массажа в соответствии с источниками боли, при легкой травме головы - приемы КСТ, направленные на устранение краниальных патобиомеханических

нарушений и восстановление краниального ритма. После устранения патологии шейного отдела и КСТ у пациентов с мигренью частота приступов стала реже, а их интенсивность слабее. Возможно, это основано на тесных функциональных взаимоотношениях между тригеминальной системой и верхними отделами спинного мозга, благодаря позиции нисходящего ядра тройничного нерва, который достигает 1-го шейного сегмента спинного мозга. В качестве препарата выбора для купирования приступа с успехом используют дигидергот (назальный спрей). Превентивная терапия мигрени не назначается. У одной пациентки с менструальной мигренью отмечено отсутствие приступов ГБ в течение полугода.

После проведения одного курса лечения улучшение отмечено практически у всех пациентов с ЦК, у 50% пациентов с ГБН и посттравматической ГБ, что выразалось в уменьшении частоты и длительности приступов, увеличении «светлых промежутков», уменьшении ощущения тяжести и дискомфорта в голове. Диагностированные при обращении источники боли в мышечно-скелетных тканях устранялись.

Анализ данных динамического наблюдения за пациентами с головными болями напряжения, посттравматическими головными болями, цервикокраниалгиями дает основание говорить о клинической значимости патобиомеханических нарушений позвоночника и черепа в их патогенезе. Комплексное обследование и лечение пациентов с хроническими головными болями обязательно должно включать методы, направленные на выявление и дифференцирование возможных источников боли, что позволяет значительно уменьшить, а иногда и отказаться от медикаментозного лечения. Принципиально важно для выработки оптимальной тактики ведения, прогноза длительности заболевания наблюдение пациента в условиях специализированного отделения поликлиники.



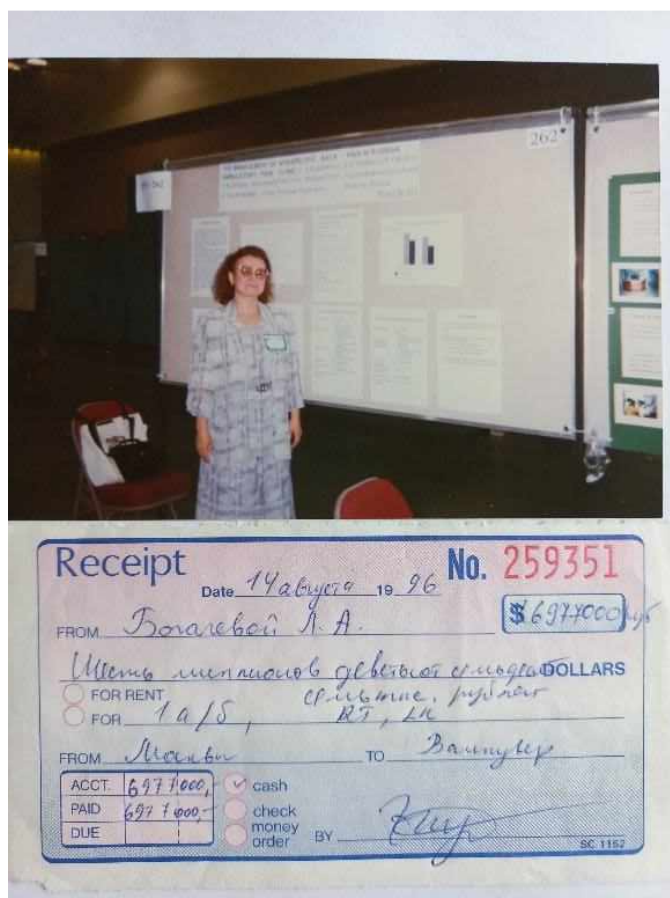
**Сотрудники отделения: д.м.н. Л.А. Богачева, к.м.н. Т.Е. Андреева**

## 9.6 Путь к оптимальному решению проблемы «боль в спине» в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях

Альгологическое отделение осуществляло свою деятельность с другими отделениями поликлиники и структурными подразделениями Управления делами Президента РФ. Бессменным консультантом отделения явился проф. Н.Н. Яхно. Это позволило сотрудникам лично участвовать в конгрессах по боли и российских съездах, подготовить две диссертации, несколько методических рекомендаций для врачей и медицинских сестер, статей и учебное пособие:

Яхно Н.Н., Богачева Л.А., Снеткова Е.П. и др. «Болевые невисцеральные синдромы в амбулаторной практике», материалы 7 Всероссийского съезда неврологов. Нижний Новгород, 1995, с.517

Богачева Л.А., Снеткова Е.П., Яхно Н.Н. и др. «Лечение неспецифической боли в спине в Российской амбулаторной клинике», 8 Всемирный конгресс по боли, Британская Колумбия, Канада, 17-22 августа, 1996 г., с. 296. Средства на поездку для участия в Конгрессе изыскала семья Богачевой Л.А.

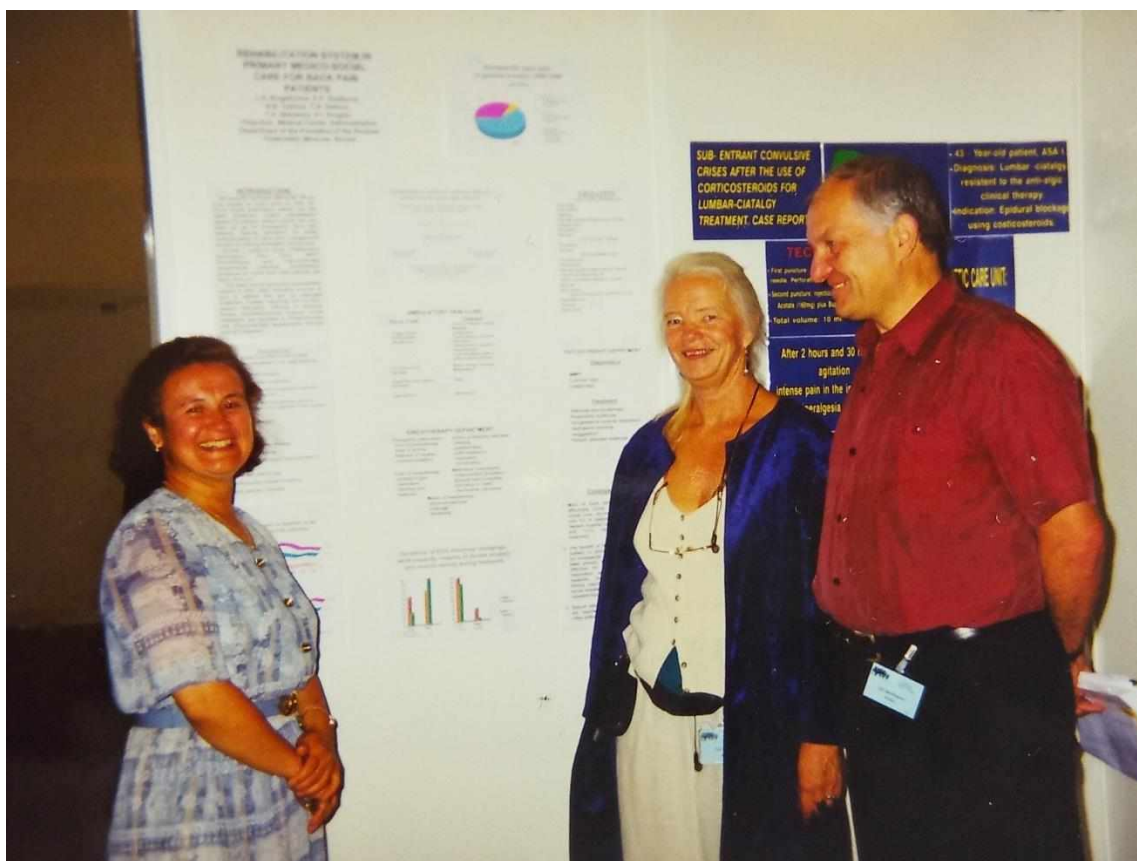


*В 1990 г. в России выбор подходящего термина для «безопасной» боли в спине был затруднителен после неправильного значения «остеохондроз*

позвоночника». В 1992-1996 гг. нами использовался рабочий термин – «боле-вой невисцеральный синдром». Затем этот термин потерял свою значи-мость, т.к. нами было найдено более точное определение – «неспецифиче-ская боль в спине». Позднее был найден адекватный термин для неспецифи-ческой боли в спине – «ДОРСАЛГИЯ».

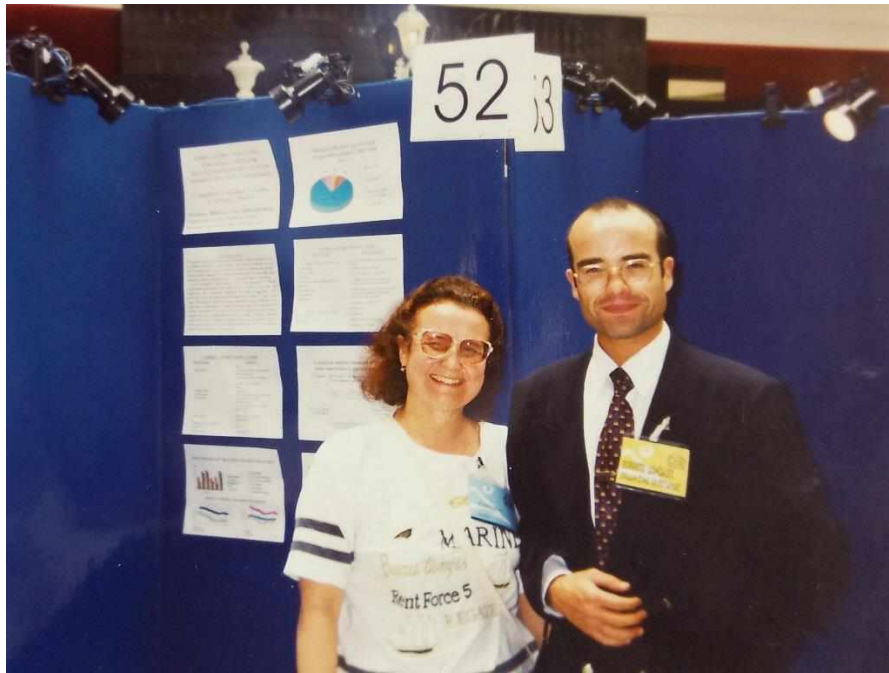
Богачева Л.А., Бакалова Т.А., Круглов С.И. и др. «Междисциплинарное аль-гологическое отделение – модель оказания лечебной помощи с дорсалгиями в поликлинике», Российская науч.-практич. конф. «Организация медицин-ской помощи больным с болевыми синдромами», Новосибирск, 1997 г., с.242-243

Богачева Л.А., Снеткова Е.П., Яхно Н.Н., Ушаков Г.Н., и др. «Реабилитаци-онная система в первичной медицинской помощи для пациентов боли в спине», Второй конгресс Европейской федерации IASP «Боль в Европе», Бар-селона, 1997 г., с.246-247



**Второй Конгресс Европейской федерации IASP «Боль в Европе», Барселона, 1997 г. Организаторы Конгресса**

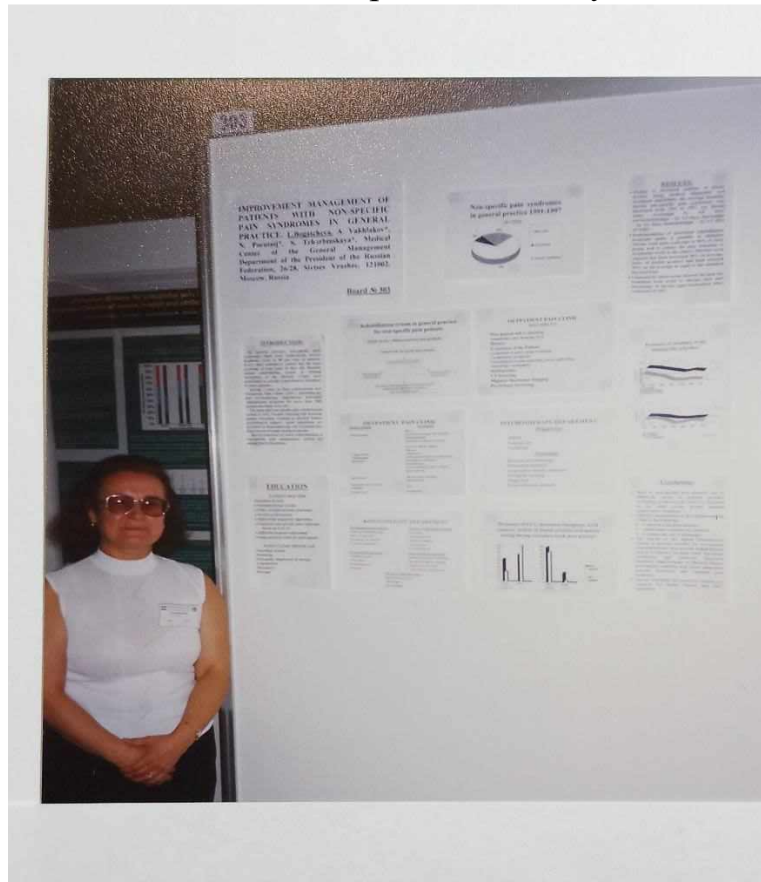
Богачева Л.А., Вахлаков А.Н., Яхно Н.Н. и др. «Амбулаторная клиника боли – оптимальный путь лечения пациентов с неспецифическими болевыми син-дромами», 8 Всемирный конгресс «Клиники боли», Майо, Испания, 1998 г., с.138-139



**8 Всемирный конгресс «Клиники боли», Майо, Испания, 1998 г.**

**Д.м.н. Л.А. Богачева и организатор Конгресса**

Богачева Л.А., Вахлаков А.Н., Покутний Н.Ф. и др. «Улучшение лечения пациентов с неспецифическими синдромами в амбулаторной практике», 9 Всемирный конгресс по боли, Вена, Австрия, 22-27 августа, 1999 г., с. 466- 467



**9 Всемирный конгресс по боли, Вена, Австрия, 22-27 августа, 1999 г.**

**Богачева Л.А. «Боль в спине: клиника, патогенез, организация первичной медицинской помощи», докторская диссертация. Москва, 1998 г.**

14.00.13 – Нервные болезни

14.00.33 – Социальная гигиена и организация здравоохранения

Работа выполнена в Медицинском центре Управления делами Президента Российской Федерации

Научные консультанты:

Доктор медицинских наук, профессор Н.Н. Яхно

Доктор медицинских наук, профессор Г.Н. Ушаков

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор А.И. Федин

Доктор медицинских наук, профессор В.Л. Голубев

Доктор медицинских наук, профессор Г.З. Демченкова

Ведущее учреждение – Московский медицинский стоматологический институт им. Н.А. Семашко

«Ведение на дому пациентов с болью в спине», методические рекомендации. Богачева Л.А., Гусак А.В., Вахлаков А.Н., Снеткова Е.П. Под редакцией проф. Н.Н. Яхно, 1998 г.

«Как избежать болей в спине», методические рекомендации. Богачева Л.А., Куликова Л.Ю., Кулиш Ю.С., Рубайлов О.Б., Москва, 1998 г.

Программа обучения семейных врачей и неврологов по теме «Болевые синдромы» Л.А. Богачевой разработана и апробирована в системе Медицинского центра УД Президента РФ, 1998 г.

«Программа лечения и реабилитации пациентов с дорсалгиями», методические рекомендации. Г.И. Резков, Л.А. Богачева и др. Программа под редакцией проф. В.И. Шмырева утверждена академиком С.П. Мироновым, 1999 г.

«Школа для пациентов с болями в спине», методические рекомендации. Богачева Л.А., Макарова И.Н., Моисеева И.В., Москва, 1999 г.

«Принципы диагностики и лечения хронических непрогрессивных головных болей различной этиологии в условиях специализированного поликлинического отделения», Т.Е. Андреева, Л.А. Богачева, Т.Н. Седова, «Кремлевская медицина. Клинический вестник», №3, с.35-36, 2000 г.



**Рабочая поездка д.м.н. Л.А. Богачевой в Реабилитационный центр  
Медицинского центра Управления делами Президента РФ**

Богачева Л.А., Вахлаков А.Н., Арутюнов А.Г. и др., «Пути облегчения боли в спине». «Боль и ее лечение», [www.painstudy.ru](http://www.painstudy.ru), 2001 г.

Богачева Л.А., Вахлаков А.Н., Арутюнов А.Г. и др., «К вопросу организации альгологических отделений. Медицинский Центр УД Президента РФ», «Боль и ее лечение», [www.painstudy.ru](http://www.painstudy.ru), 2001 г.

«Остеопороз (профилактика, лечение, реабилитация). Пособие для врачей под редакцией академика РАН и РАМН С.П. Миронова, проф. В.Ф. Казакова. Составители: И.Н. Макарова, С.С. Родионова, Л.А. Богачева и др. Москва, 2006 г.

Андреева Т.Е. «Значение коррекции неспецифических мышечно-скелетных нарушений в комплексном лечении хронических головных болей», кандидатская диссертация, Москва, 2006 г.

Богачева Л.А., Дубровина Е.В., Алексеева Л.А. «Опыт ведения и лечения больных с дорсалгиями в условиях поликлиники», ФГУ «Поликлиника №1»

Управления делами Президента РФ. Третий Национальный конгресс терапевтов, Москва, 2008, с.25

Богачева Л.А. «Современное амбулаторное лечение боли в спине», ФГУ «Поликлиника №1» Управления делами Президента РФ «Российский журнал боли», № 1, с.23-28, 2010 г., elibrary.ru

Изучение опыта альгологического отделения в «Поликлинике №1», позволило открыть противоболевое отделение в «Поликлинике №3» (Главный врач А.Г.(Т.) Арутюнов). Для этого в 1994 году необходимые материалы были переданы Л.А. Богачевой. Проводилось обучение специалистов: Богачева Л.А., Снеткова Е.П., Бакалова Т.А. и др. «Дорсалгии: этиология, патогенез, основные клинические проявления», Клинический вестник, 1995, №4, с. 29-31.

Это отделение «Поликлиники №3» 13 лет работало с успехом - заведующая отделением Бакалова Татьяна Александровна. В 2000 г. получила почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации»!

Сведения	Основание	Награда	Дата
Заведующая отделением поликлиники N 1 Медицинского центра Управления делами Президента Российской Федерации	За заслуги в области здравоохранения и социальной защиты населения, большой вклад в укрепление дружбы и сотрудничества между народами	Почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации»	17 мая 2000

Современная «Модель медицинской помощи» повторно описана в Первом Национальном конгрессе терапевтов, 2006 г. – Т.А. Бакалова, М.А. Петровиченко ФГУ «Поликлиника №3» УД делами Президента РФ, Москва - см. Докторскую диссертацию «Боль в спине: клиника, патогенез, организация первичной медицинской помощи» Л.А. Богачевой, 1998 г.

В 2007 г. написана книга «Искусство движений без боли» для людей, страдающих болями в спине и для врачей различных специальностей (Авторы: Д.В. Быков, А.Г.(Т.) Арутюнов, Ю.П. Макаров).

**За все эти годы работы отделений в «Поликлиниках №1 и №3» не было ни одного мышечно-скелетного повреждения в процессе лечения, усиления боли в спине.** Это было связано с внимательным осмотром больного, точным диагнозом, правильным выбором методов лечения, мягкой технике мануальной терапии. Многолетний практический опыт, несомненно, подтверждает целесообразность организации аналогических отделений для оказания доступной и эффективной медицинской помощи людям с болью в спине в первичном звене. Экономические затраты на многопрофильную подготовку медперсонала несравнимы с целью здоровья и улучшением качества жизни людей.

Практическая и научная деятельность в указанных противоболевых отделениях позволила д.м.н. Л.А. Богачевой создать новое ортопедическое заболевание – «ДОРСАЛГИЯ».

Научно-практическую работу д.м.н. Л.А. Богачевой активно поддерживали (см. статьи, методические рекомендации):

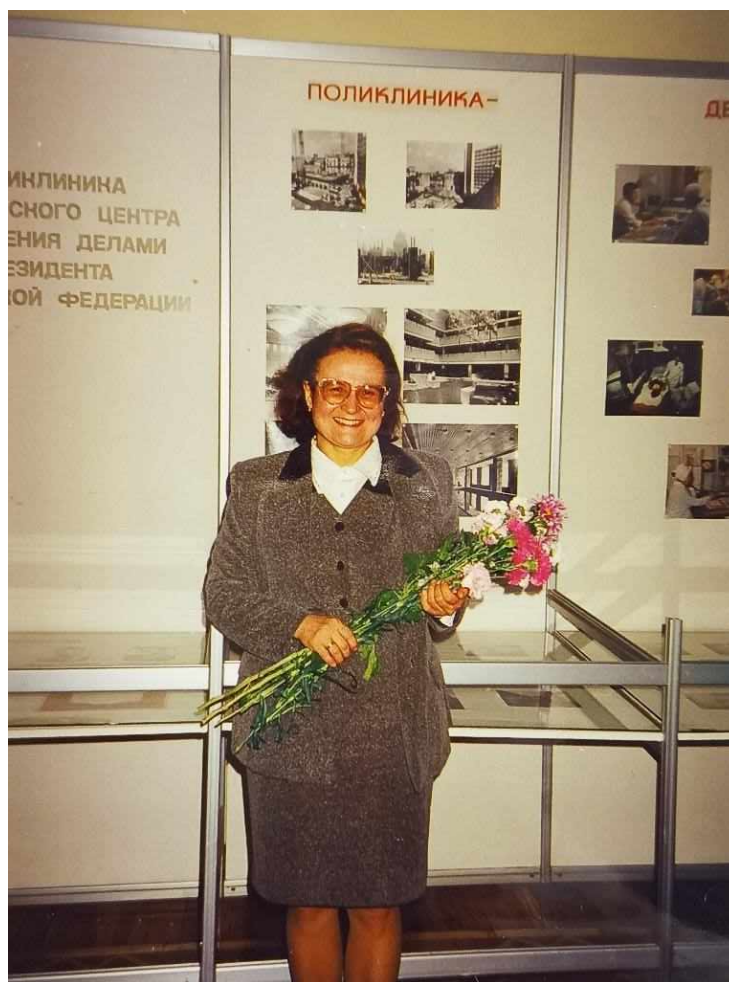
**Главный невролог Минздрава России, Академик Н.Н. Яхно,**

**Главный травматолог-ортопед Минздрава России, Генеральный директор Медицинского центра УД Президента РФ, Академик С.П. Миронов,**

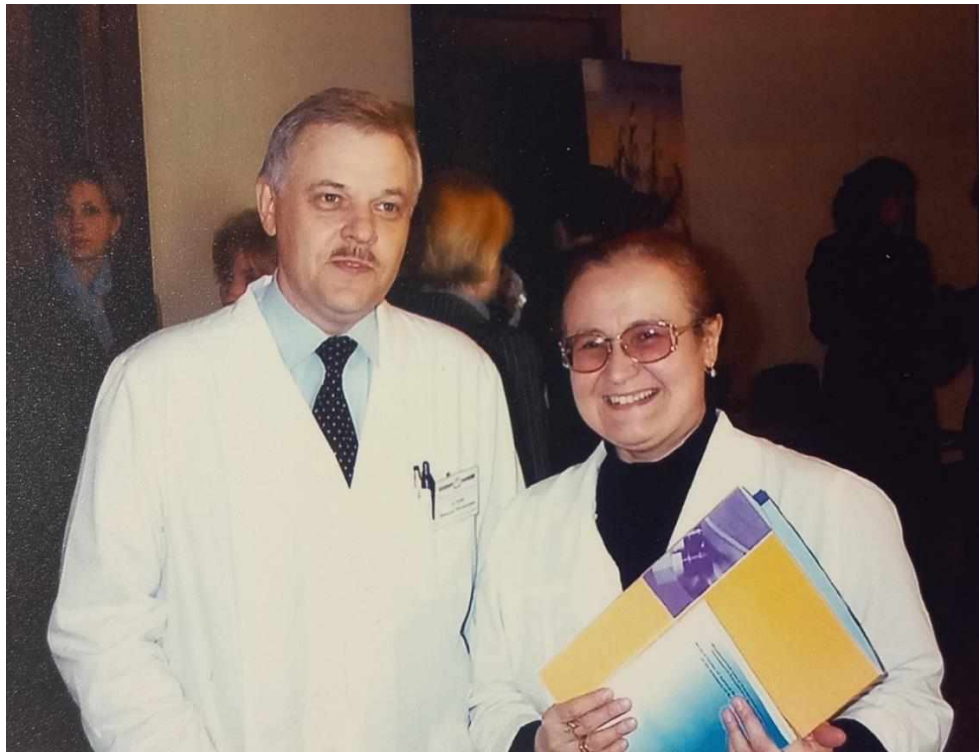
**Главный невролог УД Президента РФ проф. В.И. Шмырев.**



Ко мне, как заведующей отделения, за все годы работы ни разу не было значимых замечаний, только слова благодарности от руководства и пациентов.



**Главный врач Вахлаков А.Н., заместитель Главного врача Желтухина Т.Н., заведующие отделениями «Поликлиники №1»**



**Главный врач «Поликлиники №1» Бунин В.М.  
Заведующая альгологическим (вертеброневрологическим)  
отделением д.м.н. Л.А. Богачева**



**Уважение и любовь сотрудников Учебно-научного Медицинского центра УД Президента РФ – 1998 г.: проф. Г.А. Барышников, проф. С.А. Чорбинская, психолог В. И. Проценко и др. коллеги.**

**Сотрудники проф. В.И. Шмырева – к.м.н. А.С. Васильев, к.м.н. В.В. Васильева, проф. Н.В. Бабенков.**



**Д.м.н. Л.А. Богачева, Главный невролог УД Президента РФ  
проф. В.И. Шмырев и коллеги.**

К сожалению, Л.А. Богачевой приходится напоминать, что без указания источника заимствования клинического материала – это нарушение научно-практической работы. Существуют правила прямого и непрямого цитирования материала.

18-19 апреля 2002 года в «Поликлинике №1» ФГУ Управления делами Президента РФ проводилась конференция на тему "Семейная медицина России на рубеже веков: опыт и перспективы развития" (сопредседатели оргкомитета академик С.П. Миронов, проф. И.Н. Денисов, проф. Р.А. Хальфин). В докладе заведующего кафедрой неврологии ФГУ "УНМЦ" УД Президента РФ **проф. В.И. Шмырева "Острые и хронические дорсалгии (вопросы диагностики, тактики ведения и лечения)"** его сотрудник **проф. Н.В. Бабенков** озвучивал материал клинического исследования д.м.н. Л.А. Богачевой без авторской ссылки. На мой вопрос "Почему?" ответили - "Ведь это учебник...". Но материал учебника обязан иметь имя автора. Авторское право на публичное произношение также распространяется!

Находится статья профессоров В.И. Шмырева, Ю.О. Новикова и Н.В. Бабенкова «**Этиология и патогенез дорсалгий**» в журнале "Кремлевская

медицина. Клинический вестник", 2002, № 1, с. 68 - 71. Ссылки на материал Л.А. Богачевой нет!

**«Программа лечения и реабилитации пациентов с дорсалгиями»** под редакцией проф. В.И. Шмырева в литературной ссылке **превращается в первого (иногда единственного) автора - В.И. Шмырева** (проф. Л.Г. Турбина "Клиника, диагностика и лечение вертеброгенных болевых синдромов", "Дорсалгия, боль в спине, клинический синдром", "Дорсалгия", 2007 [www.lvrach.ru/2007/05/4535163/](http://www.lvrach.ru/2007/05/4535163/); проф. Н.В. Бабенков [www.kremlin-neurology.ru/babenkov.htm](http://www.kremlin-neurology.ru/babenkov.htm)).

Цитата из статьи **"Комплексный подход к ведению пациентов с болями в нижней части спины"** А.С. Васильева и В.В. Васильевой, ФГУ "Учебно-научный медицинский центр" УД Президента РФ, ФГУ "ЦКБ с поликлиникой" УД Президента РФ из журнала "Кремлевская медицина. Кремлевский вестник", 2009, 4, стр. 50 – **«...дорсалгия, болевой синдром в спине (с возможной иррадиацией в конечности), обусловленный неспецифическими изменениями (функциональными, деструктивными, дистрофическими) в тканях опорно-двигательного аппарата с возможным вовлечением смежных структур периферической нервной системы (корешок, нерв). В это понятие не входят болевые синдромы, связанные с заболеваниями внутренних органов, онкологическими процессами и воспалительными мышечно-скелетными поражениями»** безусловно, должна иметь ссылку на д.м.н. Л.А. Богачеву. Авторы к.м.н. А.С. Васильев и к.м.н. В.В. Васильева ведут себя недостойно. Это неприличный «вклад молодых ученых и специалистов в развитие методологии и практики Кремлевской медицины».

После 20-летней успешной работы, противоболевые отделения были закрыты. Мне так и не объяснили, почему меня, заведующую отделения, переводят на работу врачом-неврологом до 2008 г., а затем увольняют с работы. Вся мышечно-скелетная патология – неспецифические болевые синдромы, боли в спине, острые и хронические боли в спине (дорсопатии, дорсалгии) передается в НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ «Поликлиника №1» [vir-med.ru](http://vir-med.ru) - Главный невролог УД Президента РФ проф. В.И. Шмырев.

**Нет данных о 18-летней работе альгологического («вертеброневрологического») отделения (!?) См. также: федеральный-справочник.рф «Кремлевская медицина: история, современность, перспективы», 2008 г., стр. 35-36.**

**Сергей Павлович Миронов**

Заместитель управляющего делами Президента РФ – начальник главного медицинского

управления д . м . н . , профессор , академик Р А Н и Р А М Н , заслуженный врач и заслуженный деятель науки Р Ф

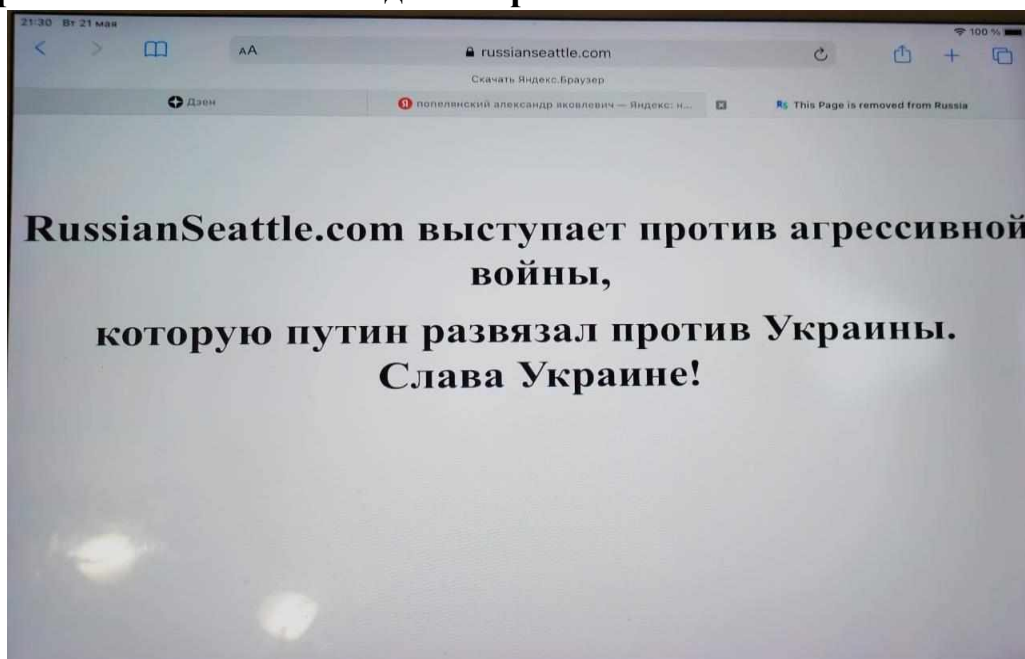
Основные многопрофильные лечебно-профилактические, санаторно-курортные и другие медицинские учреждения, подведомственные Главному медицинскому управлению Поликлиники ФГУ.

**«Поликлиника №1»** Поликлиника основана в 1925 году и является одной из крупнейших в стране. Официальное название поликлиники за многие годы несколько раз менялось, но среди пациентов ее всегда называли «Кремлевской». Главный врач – кандидат медицинских наук Вячеслав Михайлович Бунин. В центре столицы (переулок Сивцев Вражек) на территории площадью 3 тыс. кв. м расположено 4 лечебных корпуса. Обслуживается на постоянной основе около 30 тыс. пациентов, которые представляют политическую, финансово-экономическую, научную и культурную элиту страны. Ежедневно около 3 тыс. человек посещают 62 медицинских подразделения, а также медицинские пункты, расположенные в Кремле, Совете Федерации, Государственной Думе, Доме Правительства и других государственных учреждениях. **В поликлинике бережно сохраняются лучшие традиции отечественной медицины и постоянно внедряются все современные достижения отечественного и зарубежного здравоохранения.** (?)

На протяжении многих лет в поликлинике используется программа ежегодного диспансерного обследования, которая позволяет выявлять заболевания на ранних стадиях и назначать эффективное лечение, а также определять лиц с высоким риском сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний для последующего активного наблюдения. Врачами накоплен уникальный опыт диагностики сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний на начальных стадиях. Активная профилактическая работа позволила добиться значительного снижения распространенности у лиц трудоспособного возраста таких осложнений, как инфаркт миокарда, инсульт и сердечная недостаточность. Подтверждением изложенному является активное творческое долголетие пациентов, наблюдаемых в поликлинике №1. Наряду с диспансеризацией для оказания эффективной квалифицированной амбулаторной помощи используются такие организационные модели, как «Семейная медицина», «Стационар на дому», «Стационар одного дня», «Скорая медицинская помощь». В поликлинике осуществляется стоматологическая помощь, включая протезирование зубов, а также косметологические услуги. Поликлиника располагает современными методами восстановительной медицины для проведения реабилитационных программ у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, центральной и периферической нервной системы. С этой целью широко используются занятия лечебной физкультурой по индивидуальным программам в тренажерных залах и бассейне, бальнеотерапия, различные виды физиотерапии и массажа, психотерапии, иглорефлексотерапии, диетотерапия. Врачебный прием по 54 медицинским специальностям ведут 7 докторов медицинских наук, 45 кандидатов медицинских наук, 17 заслуженных врачей РФ, 225 врачей высшей квалификационной категории. В поликлинике консультируют 27 академиков и членов-корреспондентов РАМН.

Далее Л.А. Богачева продолжает работу в личном сайте **dorsalgia.ru** (был открыт в 2000 г.). В 2012 г. подготовлено учебное пособие «Дорсалгия - неспецифическая боль в спине» (средства на издание учебного пособия изыскала семья Л.А. Богачевой).

Это пособие являлось необходимостью для современных медиков, так как на долгие годы в российской медицине было извращено понимание проблемы боли в спине, введено в заблуждение несколько поколений российских врачей (прежде всего - неврологов, ортопедов). **Безграмотное «теоретическое» наследие Я.Ю. Попелянского - «неврологические проявления остеохондроза позвоночника» надо искоренять!**



Откуда такая ненависть к России, Попелянский Александр Яковлевич? Долгие годы вы сохраняли неправильные медицинские данные о боли в спине и мануальной терапии.

Пишет профессор В.А. Карлов в 1985 г.: «Яков Юрьевич фактически **первым в нашей стране понял и оценил значение и перспективность мануальной терапии**, познакомился, а затем подружился с главой европейской школы мануальной терапии Карелом Левитом.». [nevrol-nvkz.narod.ru](http://nevrol-nvkz.narod.ru). Однако ни Попелянский Я.Ю., ни сын его Попелянский А.Я. не рассказали российской медицине правду, **что мануальная терапия - мышечно-скелетный, ортопедический вид лечения!** Более того, для практической и научной работы проф. Попелянский Я.Ю. и Попелянский-младший подготовили для российских врачей **неверные медицинские данные:**

- концепция «неврологических проявлений остеохондроза»,
- «неврологический фактор патогенеза синдромов боли в спине»,
- «вертеброгенные заболевания периферической нервной системы»,
- «классификацию заболеваний периферической нервной системы»,
- «неврология, мануальная терапия»,

**вместо синдромов мышечно-скелетной боли!**

Более 40 лет ортопедическая боль в спине считалась неврологическим заболеванием.

Несерьезно рассматривать весь медицинский материал Попелянских после известных специалистов по мануальной терапии - В.С. Гойденко, А.А. Барвинченко, Г.А. Иваничев, Карел Левит, А.И. Небожин, Т.Е. Андреева, Л.А. Богачева. Хорошо сказал профессор Ф.А. Хабиров «...так называемый в народе «остеохондроз» следствие диагностической фантазии, покинутой разумом, ушедшей за пределы объективности.» ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА, Том 16, №10, 2018, С. 14-20. cyberleninka.ru

Требуется современный клинический диагноз, который имеет важное значение не только в процессе оказания медицинской помощи и лечения, но и при направлении больного на медико-социальную экспертизу (Яхно Н.Н., Богачева Л.А. - клинические материалы с 1990 по 2022 гг.; Пузин С.Н., Шургая М.А., Богова О.Т. и др., 2017).

Полностью создана новая ортопедическая нозологическая форма – **ДОРСАЛГИЯ**, позволяющая решать важную задачу клинической медицины в России и других странах. Подготовлены соответствующие диагнозы по МКБ-11.

В 2022 г. написано учебное пособие (последнее обновление 2024 г.):  
**«Дорсалгия– современная ортопедическая болезнь» © Богачева Л.А.  
Москва, ru-science.com**

Издательская группа «КНОРУС» knorus.ru, ООО «РУСАЙНС»,  
ЛитРес litres.ru, Озон ozon.ru, rus.logobook.ru, rus.logobook.kz,  
libromed.by, fenzin.com, aldebaran.ru, litprichal.ru, fictionbook.ru, book.ru,  
livelib.ru, readrate.com, и другие компании.

**ЭТО РОССИЙСКИЙ ПРИОРИТЕТ!**  
**Подобных иностранных работ по этой теме нет.**