



**ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА
№Г/248/04/21 от 12.04.2021
в отношении [REDACTED], 15.11.1955 г.р.,**

исследование начато: 12.04.2021г.
исследование окончено: 22.04.2021г.

Специалист:

[REDACTED]

г. Москва, 2021г.

Заключение специалиста №Г/248/04/21 от 12.04.2021 в отношении [REDACTED], 15.11.1955 г.р., выполнено на основании договора №Г/248/04/21 от 12.04.2021 между [REDACTED]-, 15.11.1955 г.р.

Проведение исследования поручено Генеральным директором [REDACTED] специалисту: Яковлевой Юлии Викторовне, имеющей высшее образование по специальности лечебное дело диплом 106324 0456939 от 22.06.2015г., г. Самара, регистрационный № 478, диплом о послевузовском профессиональном образовании (интернатура) 016318043240 от 29.07.2016г., г. Самара, регистрационный № 477, сертификат 0163180612908 по специальности «Судебно-медицинская экспертиза» от 29.07.2016г., г. Самара, регистрационный № 3065, стаж работы по специальности с 2016 г.

На исследование специалиста предоставлены следующие документы:

- заверенная копия электронной медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № 50181 на имя [REDACTED] из поликлиники ООО «МЦ «Релаксмедика» на 24 листах;
- фотокопии приложений к договору между [REDACTED] и поликлиникой ООО «МЦ «Релаксмедика» на 2 листах;
- отрывной корешок к направлению на УЗИ на имя [REDACTED] из поликлиники ООО «МЦ «Релаксмедика» на 1 листе;
- осмотр неврологом в СПб ГБУЗ «ГП №44» (номер карты 971466) на 1 листе.

На разрешение специалиста поставлены следующие вопросы:

1. Допущены ли какие-либо дефекты медицинской помощи при оказании медицинских услуг [REDACTED] в ООО «МЦ «РЕЛАКСМЕДИКА» в период 17.10.2020г. по 24.10.2020г.?
2. Если да, то повлекли ли за собой указанные дефекты ухудшение состояния здоровья [REDACTED]?

Используемые нормативно-правовые акты и специализированная литература:

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- Федеральный Закон №73-ФЗ от 31.05.2001 г. «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ».
- Федеральный закон РФ «О защите прав потребителей (в редакции Федерального закона от 9 января 1996 года N 2-ФЗ) (с изменениями на 8 декабря 2020 года)» от 7 февраля 1992 г. N 2300-1

- Приказ Минздравсоцразвития России от 12 мая 2010 г. № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации»;

- Постановление Правительства РФ от 17.08.2007 г. N 522 "Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека".

- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 г. N 194н "Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека".

- "Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях" от 30.12.2001 N 195-ФЗ.

- "Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации" от 14.11.2002 N 138-ФЗ.

- Приказ от 21 июля 2006 года N 561 министерство здравоохранения и социального развития российской федерации «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с поражениями межпозвоночных дисков шейного отдела, поражениями межпозвоночных дисков других отделов».

- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 ноября 2012 г. N 653н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при дегенеративных заболеваниях позвоночника и спинного мозга".

- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. N 1547н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при поражении межпозвоночного диска и других отделов позвоночника с радикулопатией (консервативное лечение)".

- Клинические рекомендации «Остеохондроз позвоночника», утверждённые в 2016 г. общероссийской общественной организацией Ассоциация травматологов-ортопедов России (АТОР), Москва.

- Клинические рекомендации «Хроническая боль в спине», утверждённые в 2014 г. Общероссийской общественной организацией «Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации», Москва–Санкт-Петербург–Ростов-на-Дону.

- Клинические рекомендации «хирургическое лечение грыж межпозвоночных дисков шейного отдела позвоночника», утверждённые в 2015г. Ассоциацией нейрохирургов России, Москва.

- Федеральные клинические рекомендации «Реабилитация при периартикулярной патологии плечевого сустава», утверждённые в 2015г. МЗ РФ.

- Неврология: национальное руководство / Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 1040с.

- Ранние клинические формы сосудистых заболеваний головного мозга / под ред. Л.С. Манвелова, А.С. Кадыкова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 344с.

- Неврологические осложнения остеохондроза позвоночника / А.С. Никифоров, Г.Н. Авакян, О.И. Мендель - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 272с.

- Рациональная фармакотерапия в неврологии / Г.Н. Авакян, А.Б. Гехт, А.С. Никифоров; под общ. ред. Е. И. Гусева. - М.: Литтерра, 2014. - (Серия "Рациональная фармакотерапия")." – 744с.

- В.А. Клевно. Судебно-медицинская экспертиза: сборник нормативных правовых актов. - М.: ГЕОТАР-МЕДИА, 2012.

- Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза: национальное руководство / под ред. Ю. И. Пиголкина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

- Анатомия человека. М.Р. Сапин, 1993г. 17. Анатомия и физиология человека: Учебное пособие Н. И. Федюкович 2003 г.

- Лекция «Плечелопаточный периартроз» Исайкин А.И., Иванова М.А. Кафедра нервных болезней и нейрохирургии и 2Клиника нервных болезней им. А.Я. Кожевникова ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва.

- Никифоров А.С, Мендель О.И. Плечело-паточный болевой синдром: современные подходы к диагностике и лечению. Русский медицинский журнал. 2008;16(12):1700-4.

- Никифоров А.С, Мендель О.И. Дегенеративные заболевания позвоночника, их осложнения и лечение. Русский медицинский журнал. 2006; (4): 247.

- Гутянский О.Г. Клинические рекомендации по ведению пациентов с болевым синдромом в нижней части спины. Русский медицинский журнал. 2013; (9): 417.

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ

Исследование представленной медицинской документации было проведено по общепринятой в судебной медицине методике исследования такого рода объектов экспертизы, опубликованной в соответствующих научно-практических руководствах, методических рекомендациях и информационных письмах, с учётом требований нормативных правовых документов, определяющих порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и содержание заключения специалиста (эксперта). Оценка полученной совокупности данных проведена с позиции относимости их к предмету исследования, достоверности и допустимости их использования с позиции объективной достаточности для ответов на поставленные перед специалистом вопросы и обоснования в рамках своей компетенции выводов заключения специалиста.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Визуальный – ознакомление с документацией.
2. Механический – выписки из представленной документации, оформление исследования.
3. Аналитический – формирование ответов на поставленные вопросы.

Анализ медицинской документации, по результату которого вынесено заключение:

Согласно медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № 50181 на имя [REDACTED] известно, что медицинская карта оформлена 17.10.2020г. в поликлинике министерства здравоохранения и социального развития российской федерации ООО «МЦ «Релаксмедика».

Первичный прием врача невролога.

Дата проведения приема: 17 октября 2020г.

Пациент: [REDACTED], 1955 года рождения.

Специалист: [REDACTED]

Жалобы пациента: шум в ушах, ощущение сдавления височной области, боли в шейном отделе позвоночника, с иррадиацией в верхнюю конечность, ограничение подвижности в левом плечевом суставе, болевой синдром. Больным считает себя 2 месяца

За медицинской помощью ранее лор- б/п

Анамнез жизни: рос и развивался нормально; от сверстников в физическом и умственном развитии не отставал;

Перенесенные заболевания: сахарный диабет 2-ого типа;

Туберкулез нет;

Вирусный гепатит нет;

Венерические заболевания нет;

Онкоанамнез: неотягощен;

Эпиданамнез: контакта с инфекционными больными не было; в последнее время в эндемичные районы не выезжал;

Перенесенные оперативные вмешательства: липома шеи. Фиброма матки
аллергологический анамнез: неотягощен;

Гемотрансфузионный анамнез: переливаний крови и ее компонентов не производилось;

Вредные привычки: отсутствуют;

Объективное исследование пациента (объективный соматический статус):

Общее состояние - сознание - ясное;

Положение - активное;

Кожные покровы обычной окраски; сухие; чистые;

Тип телосложения - нормостенический;

Периферические лимфатические узлы не увеличены; безболезненны;

Щитовидная железа визуально не увеличена;

Пульс -64;

Артериальное давление 100/60;

Число дыханий в 1 минуту 27;

Дыхание везикулярное;

Хрипы нет;

Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон;

Костно-мышечная система: развита удовлетворительно; соответствует типу телосложения и возрасту пациента;

Мышечный тонус и физическая сила симметричны; равномерны;

Позвоночник болезненность паравертебральных точек в шейном отделе; ограничение в повороте сустава частичный импиджмент левого плечевого сустава с ограничением движений назад и вверх.

Локальный статус: болезненность при пальпации мышц шейного отдела позвоночника, ограничение ротационной подвижности шейного отдела на фоне болевого синдрома, болезненность в области лопатки слева, ограничение подвижности левого плечевого сустава, назад и вверх.

Особенности поведения и неврологический статус:

Поведение адекватное;

Судороги нет;

Тремор нет;

Память и внимание не изменены;

Двигательные, чувствительные и координационные нарушения не выявлены;

В позе ромберга 1 и 2 не устойчив;

Зрачки $d = s$; фотореакции живые;

Нистагма, диплопии не установлено;

Конвергенция, аккомодация не нарушены;

Лицо симметричное;

Расположение языка по средней линии;

Пальпация точек выхода тройничного нерва безболезненная; речь не нарушена;

Сухожильные рефлексы верхних конечностей живые; симметричны ($d=s$);

Сухожильные рефлексы нижних конечностей живые; симметричны ($d=s$);

Брюшные рефлексы живые; симметричны ($d=s$);

Гиперэстезии не выявлено;

Вестибулярные функции не выявлено;

Патологические рефлексы не выявлены;

Противопоказания и медицинский отвод: не выявлены дополнительно

План обследования-

Консультации специалистов нет;

Рекомендации: курс восстановительного лечения, купирование болевого синдрома. обследование: консультация эндокринолога. После лечения устранение импиджмента, коррекция шума в ушах.

Значение по шкале боли 7;

Рост 173

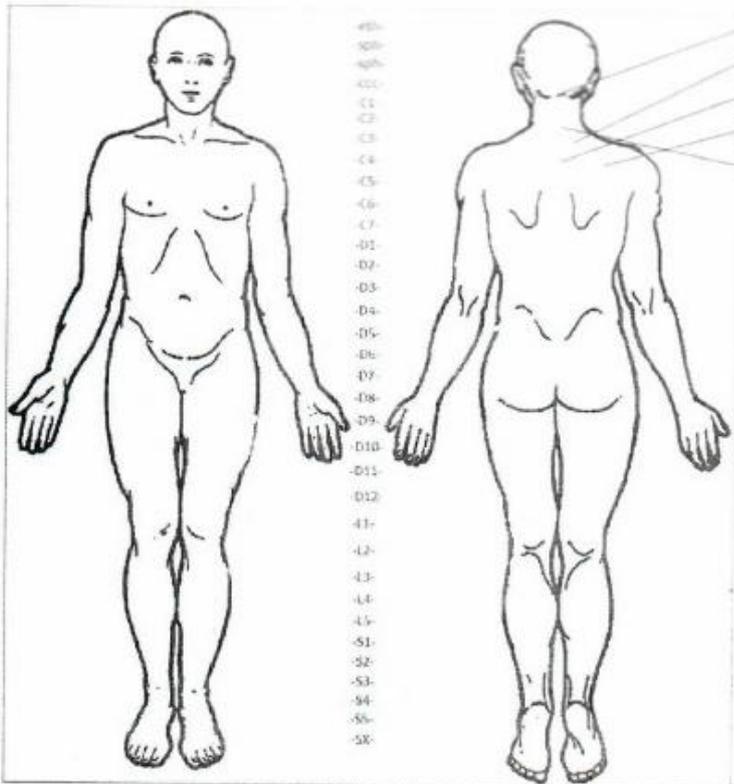
Вес 55 кг

Индекс массы тела: 18.4

Диагноз основной: M42-Остеохондроз позвоночника с поражением шейного отдела.

Осложнение основного: М53.1-Шейно-плечевой синдром плече-лопаточный периартрит.

План лечения и обследования:



План лечения и обследования

Название	Количество	
Первичный прием врача невролога	2	Удалено
Фармакопунктура №9 Обкалывание внутримышечно или паравертебрально или параартикулярно: Алфлутол - 1.0мл, Лидокаин 2% - 2.0мл и/или Вода для инъекций - 2.0мл.	4	Добавлено
Внутрикваневая электростимуляция.	4	Добавлено
Арт-озон Внутрисуставная инъекция озono-кислородной смеси	2	Добавлено
Мануальная терапия (мягкие техники) - 30 мин	4	Добавлено
Кислород-баланс Внутривенная инфузия раствора озono-кислородной смеси	2	Добавлено
Дуплексное сканирование магистральных артерий головы и шеи с транскраниальным исследованием	1	Добавлено
MPT шейного отдела позвоночника (слец.)	1	Добавлено
MPT головного мозга-	1	Добавлено
Капельница №9 Внутривенная инфузия: Физ.раствор - 200 мл, Милдронат 10% - 5.0 мл, Актoвeггин - 5.0 мл, Цераксон 500 мг - 4.0мл	3	Добавлено

Консультативное заключение

Пациент: ██████████ 15.11 1955 года рождения Дата обращения: 17 октября 2020

Жалобы: Шум в ушах, ощущение сдавления височной области, боли в шейном отделе позвоночника, с иррадиацией в левую верхнюю конечность, ограничение подвижности в левом плечевом суставе, болевой синдром.

Предварительный диагноз: М42-Остеохондроз позвоночника с поражением шейного отдела.

Осложнение основного: М53.1-Шейно-плечевой синдром; плече-лопаточный периартрит М75.0-Адгезивный капсулит левого плеча;

Сопутствующий: -

Рекомендованное обследование и лечение:

Фармакопунктура №9 Обкалывание внутримышечно или паравертебрально или параартикулярно: Алфлутоп - 1.0мл, Лидокаин 2% - 2.0мл и/или Вода для инъекций - 2.0мл. Внутритканевая электростимуляция.

Арт-озон Внутрисуставная инъекция озono-кислородной смеси
Мануальная терапия (мягкие техники) - 30 мин.

Кислород-баланс Внутривенная инфузия раствора озono-кислородной смеси.

Дуплексное сканирование магистральных артерий головы и шеи с транскраниальным исследованием.

МРТ шейного отдела позвоночника (спец.)

МРТ головного мозга

Капельница №9 Внутривенная инфузия: Физ.раствор - 200 мл. Милдронат 10% 5 мл -

Актовегин - 5.0 мл, Цераксон 500 мг - 4.0мл

Рекомендации:

Курс восстановительного лечения, купирование болевого консультация эндокринолога.

Кислород-баланс внутривенная инфузия озонкислородной смеси.

Дата проведения приема: 17 октября 2020г.

Пациент: [REDACTED] Дата рождения: 1955-11-15 Номер карты: 50181

Специалист: [REDACTED]

Описание проведения процедуры и мест воздействия: ВВ Время выполнения процедуры: 15 Общее состояние - удовлетворительное;

Артериальное давление 100/60;

Значение по шкале боли 7;

Жалобы пациента: левое плечо при заведении за спину и резких движениях

Общее состояние после процедуры - удовлетворительное; Артериальное давление после процедуры: - Оценка боли после процедуры: 5;

Жалобы пациента после процедуры: прежние;

Переносимость процедуры: удовлетворительно;

Динамика: без динамики;

Рекомендации: - лечение, обследование

Внутритканевая электростимуляция

Дата проведения приема: 17 октября 2020г.

Пациент: [REDACTED] Дата рождения: 1955.11.15 Номер карты: 50181

Специалист: [REDACTED]

Описание проведения процедуры и мест воздействия: втэс на С-7 левая кисть 12 мА

Время выполнения процедуры: 15
Общее состояние - удовлетворительное
Артериальное давление 100/60;

Значение по шкале боли 7;

Жалобы пациента: шум в ушах, свист, боли в левой руке, боли в шейном отделе позвоночника: сдавленность с височной части. Общее состояние после процедуры - удовлетворительное:

Артериальное давление после процедуры: - Оценка боли после процедуры: 5;

Жалобы пациента после процедуры: боли уменьшились;

Переносимость процедуры: хорошо;

Динамика: положительная;

Рекомендации: - лечение, обследование

Фармакопунктура №9. Обкалывание внутримышечно и паравerteбрально и параартикулярно: алфлутоп 10 мл, лидокаин 2% 2 мл и/или вода для инъекций 2,0 мл.

Дата проведения приема: 17 октября 2020г.

Пациент: [REDACTED] Дата рождения: 1955.11.15 Номер карты: 50181

Специалист: [REDACTED]

Описание проведения процедуры и мест воздействия: 6 мл с лид шоп швз и плеч суст
Время выполнения процедуры: 15
Общее состояние - удовлетворительное;

Артериальное давление 100/60;

Значение по шкале боли 7;

Жалобы пациента: левое плечо при заведении за спину и резких движ

Общее состояние после процедуры - удовлетворительное;

Артериальное давление после процедуры: - Оценка боли после процедуры: 5;

Жалобы пациента после процедуры: прежние;

Переносимость процедуры: удовлетворительно;

Динамика: без динамики;

Рекомендации: - лечение, обследование

Капельница № 9 внутривенная инфузия физраствора 200 мл Милдронат 10% 5 мл -

Актовегин - 5.0 мл, Цераксон 500 мг - 4.0мл

Дата проведения приема: 19 октября 2020г.

Пациент: [REDACTED]. Дата рождения: 1955.11.15 Номер карты: 50181

Специалист: [REDACTED]

Описание проведения процедуры и мест воздействия: ВВ КАПЕЛЬНО

Время выполнения процедуры: 40;

Общее состояние - удовлетворительное;
Артериальное давление 100/60;
Значение по шкале боли 7;
Жалобы пациента: левое плечо при заведении за спину и резких движ
Общее состояние после процедуры - удовлетворительное;
артериальное давление после процедуры: -
Оценка боли после процедуры: 5;
Жалобы пациента после процедуры: прежние;
Переносимость процедуры: удовлетворительно;
Динамика: без динамики; рекомендации: - лечение, обследование

Арт озон внутрисуставная инъекция озонкислородной смеси: в условиях хирургического кабинета после двукратной обработки антисептиком в полость левого ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА РАСТВОРОМ АНТИСЕПТИКА, ПОД РАСТВОРОМ ЛИДОКАИНА 1%-2.0 ВВЕДЕНО 40 МГ в направлении клювовидного отростка на глубину 4 см, кислородно – озоновой смеси 5000 мкг/л. Асептическая повязка. Выполнен миофасциальный релиз.
выполнения процедуры: 40;
состояние - удовлетворительное;
Артериальное давление 100/60;
Оценка ПО ШКАЛЕ БОЛИ 7;
Жалобы пациента: левое плечо при заведении за спину и резких движ
Состояние после процедуры - удовлетворительное;
Жалобы пациента после процедуры: прежние;
Переносимость процедуры: удовлетворительно;
Динамика положительная увеличение объема движения.

Повторный прием
Дата проведения приема: 21 октября 2020г.
Пациент: [REDACTED] Дата рождения: 1955.11.15 номер карты: 50181
Специалист: [REDACTED]
Самочувствие: улучшение, увеличение объема движения левого плечевого сустава.

ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА: ТЯНУЩИЕ БОЛИ в ОБЛАСТИ ЛЕВОГО ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА на фоне увеличения объема движения.

Общее состояние - удовлетворительное.
Гемодинамика стабильна;
Пульс - 64;
Свойства пульса: удовлетворительных свойств:
Артериальное давление 100/60;
Число дыханий в 1 минуту 27;
Дыхание везикулярное;
Хрипы нет;
Язык влажный; чистый;

Живот: обычной формы; симметричен; не вздут; мягкий; безболезнен;
Стул и диурез в норме;
Пальпация позвоночника безболезненная;
Суставы частичный импиджмент левого плечевого сустава с ограничением движений назад и вверх. Пальпация мышц безболезненная; чувствительность не нарушена;
Симптомы натяжения нервных корешков отрицательные;
Координаторные и статические пробы выполняет правильно;
Мышечный тонус и физическая сила симметричны; равномерны;
Рефлексы живые; патологические рефлексы отрицательны;
Дополнительно
Аллергологический анамнез: не отягощен;
Курс консервативного лечения продолжает;
Рекомендации: - лечение , обследование
Цель лечения устранение импиджмента, коррекция шума в ушах.
Значение по шкале боли 7;
Диагноз основной: М42-Остеохондроз позвоночника с поражением шейного отдела;

Осложнение основного: М53.1-Шейно-плечевой синдром; плечелопаточный периартрит М75.0-Адгезивный капсулит левого плеча.

Консультативное заключение

Пациент: [REDACTED] 15.11.1955 года рождения Лата обращения: 21 октября 2020

Жалобы: тянущие боли в области левого плечевого сустава на фоне увеличения объема движения.

Предварительный диагноз: М42-Остеохондроз позвоночника с поражением шейного отдела.

Осложнение основного: М53.1-Шейно-плечевой синдром; плечелопаточный периартрит. Адгезивный капсулит левого плеча;

Рекомендации: - лечение, обследование

Процедурный лист.Внутритканевая электростимуляция.

Дата проведения приема: 21 октября 2020г.

Пациент: [REDACTED] Дата рождения: 1955.11.15 Номер карты: 50181

Специалист: [REDACTED]

Описание проведения процедуры и мест воздействия: втэс на С7-левая кисть 9 мА Время выполнения процедуры: 15 Общее состояние - удовлетворительное;

Артериальное давление 100/60;

Значение по шкале боли 7;

Жалобы пациента: левое плечо при заведении за спину и резких движений

Общее состояние после процедуры - удовлетворительное;

Артериальное давление после процедуры: - Оценка боли после процедуры: 4;

Жалобы пациента после процедуры: боли уменьшились;
Переносимость процедуры: хорошо;
Динамика: положительная;
Рекомендации: - лечение, обследование

Кислород-баланс внутривенная инфузия озонкислородной смеси.

Дата проведения приема: 21 октября 2020г.

Пациент: [REDACTED] Дата рождения: 1955.11.15 Номер карты: 50181

Специалист: [REDACTED]

Описание проведения процедуры и мест воздействия: ВВ

Время выполнения процедуры: 15 Общее состояние - удовлетворительное;

Артериальное давление 100/60;

Значение по шкале боли 7;

Жалобы пациента: левое плечо при заведении за спину и резких движ

Общее состояние после процедуры - удовлетворительное;

Артериальное давление после процедуры: - Оценка боли после процедуры: 4;

Жалобы пациента после процедуры: боли уменьшились;

Переносимость процедуры: хорошо;

Динамика: положительная;

Рекомендации: - лечение, обследование

Фармакопунктура №9. Обкалывание внутримышечно и паравертебрально и параартикулярно: алфлутоп 10 мл, лидокаин 2% 2 мл и/или вода для инъекций 2,0 мл.

Дата проведения приема: 21 октября 2020г.

Пациент: [REDACTED] Дата рождения: 1955.11.15 Номер карты: 50181

Специалист: [REDACTED]

Описание проведения процедуры и мест воздействия: 6 мл с лид шоп швз и плеч суст Время выполнения процедуры: 15 Общее состояние - удовлетворительное;

Артериальное давление 100/60;

Значение по шкале боли 7;

Жалобы пациента: левое плечо при заведении за спину и резких движ

Общее состояние после процедуры - удовлетворительное;

Артериальное давление после процедуры: - Оценка боли после процедуры: 4;

Жалобы пациента после процедуры: прежние;

Переносимость процедуры: удовлетворительно;

Динамика: без динамики;

Рекомендации: - лечение , обследование

Повторный прием

Дата проведения приема: 24 октября 2020г.

Пациент: [REDACTED] Дата рождения: 1955.11.15 Номер карты: 50181

Специалист: [REDACTED]

Самочувствие: обострение, снижение объема движения левого плечевого сустава.

Жалобы пациента: тянущие боли в области левого плечевого сустава уменьшение объема движения.

Общее состояние - удовлетворительное;

ГЕМОДИНАМИКА СТАБИЛЬНА;

Пульс -64;

Свойства пульса: удовлетворительных свойств;

Артериальное давление 100/60;

Число дыханий в 1 минуту 27;

Дыхание везикулярное;

Хрипы нет;

Язык влажный; чистый;

Живот: обычной формы; симметричен; не вздут; мягкий; безболезнен:

Стул и диурез в норме;

Пальпация позвоночника безболезненная;

Суставы частичный импиджмент левого плечевого сустава с ограничением движений назад и вверх Пальпация мышц безболезненная;

Чувствительность не нарушена;

Симптомы натяжения нервных корешков отрицательные;

КООРДИНАТОРНЫЕ И СТАТИЧЕСКИЕ ПРОБЫ ВЫПОЛНЯЕТ ПРАВИЛЬНО;

Мышечный тонус и физическая сила симметричны; равномерны;

Рефлексы живые; патологические рефлексы отрицательны;

Дополнительно

Аллергологический АНАМНЕЗ: НЕ ОТЯГОЩЕН;

Курс консервативного лечения продолжает; замена арт-озона на ф7

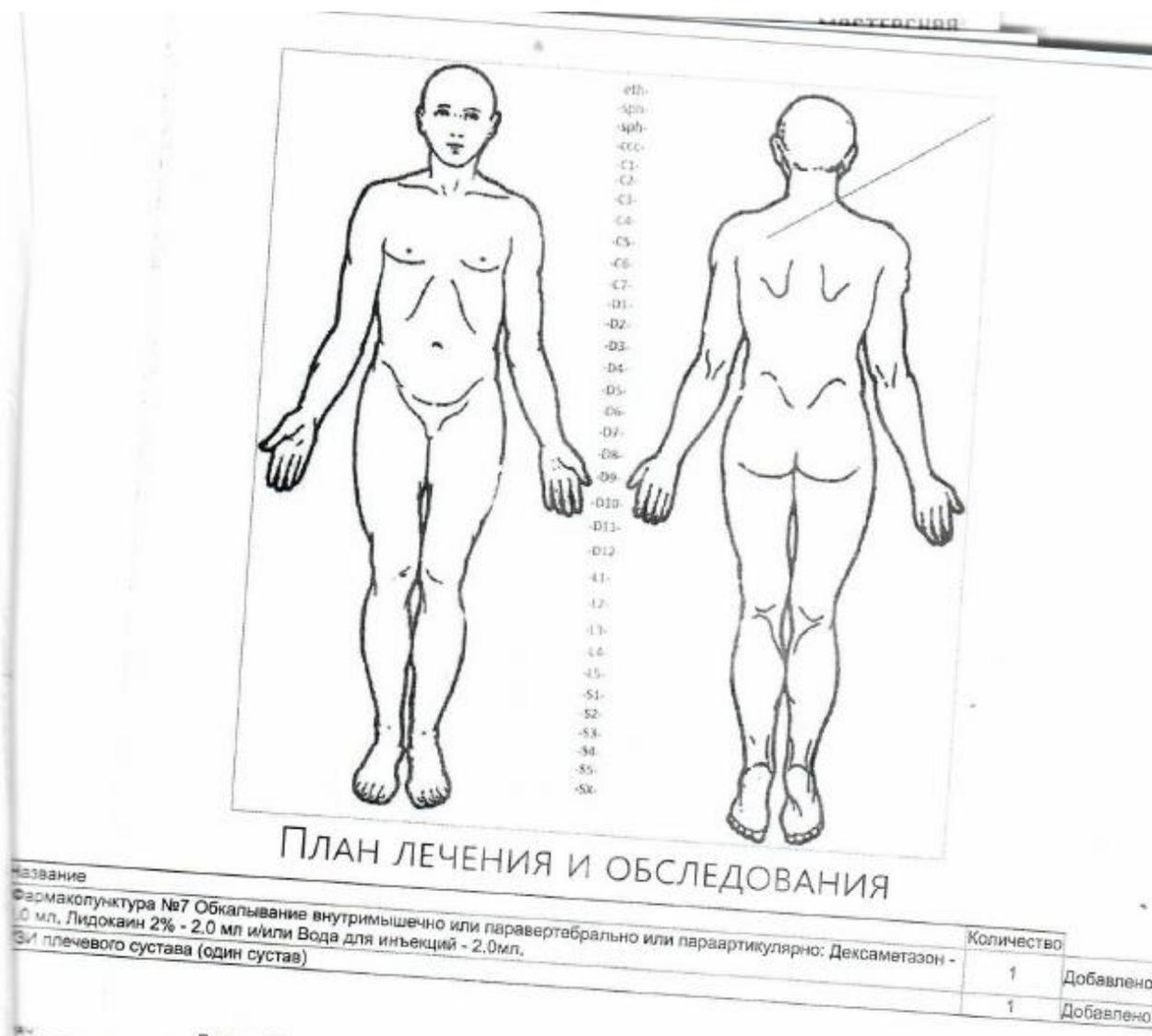
Рекомендации: УЗИ левого плечевого сустава.

Цель лечения устранение импиджмента, коррекция шума в ушах

Значение по шкале боли 9;

Диагноз основной: М42-Остеохондроз позвоночника с поражением шейного отдела;

Усложнение основного: М53.1-Шейно-плечевой синдром; плече-лопаточный периартрит М75.0-Адгезивный капсулит левого плеча.



Консультативное заключение

Пациент: [REDACTED] 15.11.1955 года рождения Дата обращения: 24 октября 2020

Жалобы: тянущие боли в области левого плечевого сустава уменьшение объема движения.

Предварительный диагноз: M42-Остеохондроз позвоночника с поражением шейного отдела.

Осложнение основного: M53.1-Шейно-плечевой синдром; плече-лопаточный периартрит M75.0-Адгезивный капсулит левого плеча;

Сопутствующий:

Рекомендованное обследование и лечение:

Фармакопунктура №7 Обкалывание внутримышечно или паравертебрально или параартикулярно: Дексаметазон -1.0 мл, Лидокаин 2% - 2.0 мл и/или Вода для инъекций - 2.0мл.

УЗИ плечевого сустава (один сустав)

Рекомендации: УЗИ левого плечевого сустава.

Процедурный лист. Внутритканевая электростимуляция.

Дата проведения приема: 24 октября 2020г.

Пациент: [REDACTED] Дата рождения: 1955.11.15 Номер карты: 50181

Специалист: [REDACTED]

Описание проведения процедуры и мест воздействия: втэс на С7-левая кисть 10 мА Время выполнения процедуры: 15 Общее состояние - удовлетворительное;

Артериальное давление 100/60;

Значение по шкале боли 9;

Жалобы пациента: после первых процедур усиление болей в суставе Общее состояние после процедуры - удовлетворительное;

Артериальное давление после процедуры: - Оценка боли после процедуры: 5;

Жалобы пациента после процедуры: боли уменьшились;

Переносимость процедуры: хорошо;

Динамика: положительная;

Рекомендации: - лечение, обследование

Процедурный лист

Фармакопунктура №7 Обкалывание внутримышечно или паравертебрально или параартикулярно: Дексаметазон - 1.Э мл, Лидокаин 2% - 2.0 мл и/или Вода для инъекций

2.0мл.

Дата проведения приема: 24 октября 2020г.

Пациент: [REDACTED] Дата рождения: 1955.11.15 Номер карты: 50181

Специалист: [REDACTED]

Описание проведения процедуры и мест воздействия: 5мл с лид левый плечевой+ С7 Время выполнения процедуры: 15 Общее состояние - удовлетворительное;

Артериальное давление 100/60;

Значение по шкале боли 6;

Жалобы пациента: боли и ограничение движ и плеч суставе. Боли и онемение по всей руке и пальцы Общее состояние после процедуры - удовлетворительное;

Артериальное давление после процедуры: - Оценка боли после процедуры: 6;

Жалобы пациента после процедуры: прежние;

Переносимость процедуры: хорошо;

Динамика: отрицательная;

Рекомендации: - лечение, обследование

МРТ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА (СПЕЦ.)

Дата проведения приема: 24 октября 2020г.

Пациент: ██████████

Дата рождения: 1955-11-15

Номер карты: 50181

Специалист: ██████████

Протокол исследования МРТ: на серии МРТ шейного отдела позвоночника в сагиттальной, поперечной и фронтальной плоскостях. Признаки диффузного понижения интенсивности сигнала межпозвонковых дисков на T2-ВИ НА уровне C2-C7, снижени] дисков по высоте C5-C7. Шейный лордоз выпрямлен. Унковертебральные сочленения расширены, заострены C5-C7, межпозвонковые суставы минимально расширены с двух сторон C3-C6 суставные щели асимметричны. Определяются дорзальные протрузии дисков C4-C5, C5-C6, глубиной до 2мм. Компримируют переднее эпидуральное пространство, деформируют контур стенки дурального мешка, без компрессии корешков с.м.нервов.

Определяется дорзальная грыжа диска с6-с7 глубиной до 3 мм, деформирует контур стенки дурального мешка, компримирует переднее эпидурально пространство, сужает переднее субарахноидальное пространство с раздражением корешков с.м.нервов с7. спинной мозг в зоне сканирования без признаков очаговой патологии на t2-ви, t1-ви. срединные сагиттальные размеры позвоночного канала на уровне дисков с2-с3-13мм, сз-с4-12мм, с4-с5-11мм, с5-с6-11мм, с6-с7-10мм с7-тн1-15мм (в норме >11,5мм). Ликвородинамика сохранена. Позвоночные артерии D. Заключение МРТ:

Признаки остеохондроза с2-с5 (1-2 стадии), с5-с7 (2 стадии), нарушение статической оси шейного отдела позвоночника. Унковертеральный артроз.

C5-C7. Спондилоартроз C3-C6. Дорзальные протрузии дисков C4-C5, C5-C6. Дорзальная грыжа диска C6-C7. Признаки гипоплазии правой позвоночной артерии.

МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА—

Дата проведения приема: 24 октября 2020г.

Пациент: ██████████ Дата рождения: 1955.11.15 Номер карты: 50181 Специалист: ██████████

Протокол исследования МРТ: на серии МРТ головного мозга получены изображения суб- и супратенториальных отделов головного мозга. Срединные структуры не смещены. Боковые желудочки нормальной конфигурации, не расширены, D=S, незначительный лейкоареоз по контуру. III желудочек (до 3 мм -поперечный размер), IV желудочек нормальной формы, размеров. Базальные цистерны не деформированы. Определяются

Множественные субкортикальные, паравентрикулярные очаги глиоза, наиболее вероятно сосудистого генеза белого вещества лобных, теменных долей с двух сторон, максимальным размером 8mm. Субтенториальных очагов не выявлено. Субарахноидальное пространство не расширено. Структуры задней черепной ямки без признаков патологии. В области мостомозжечковых углов признаков патологических изменений не выявлено. Гипофиз с четким контуром, высотой до 5мм, воронка нормальных размеров расположена срединно, по нативным изображениям очаговых изменений не

выявлено. Миндалины мозжечка нормально расположены. Мозолистое тело интактно. Краниовертебральный переход без признаков патологических изменений. Воздушность околоносовых пазух сохранена.

Заключение МРТ: МРТ признаков объемных образований головного мозга не выявлено. Признаки ангиоэнцефалопатии.

УЗИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Дата проведения приема: 24 октября 2020г.

Пациент: [REDACTED] Дата рождения: 1955.11.15 Номер карты: 50181

Специалист: [REDACTED]

Протокол исследования УЗИ: Заключение: УЗ-признаки тендинопатии сухожилия надостной мышцы, минимальный поддельтовидный бурсит
Рекомендовано: консультация лечащего врача.

ФИО: [REDACTED]

Дата рождения: 1955 г.р.

Дата исследования: 24.10.2020

Область исследования: УЗИ левого плечевого сустава

Протокол исследования;

Анатомо-топографические соотношения в плечевом суставе сохранены, суставные поверхности конгруэнтны.

Головка плечевой кости правильной округлой формы, суставной хрящ сохранен на всем протяжении на уровне, доступном для визуализации. Суставная щель не сужена, синовиальная оболочка не утолщена.

Капсула плечевого сустава уплотнена, не утолщена.

Структура подостной, дельтовидной, большой и малой грудной мышц однородная. Сухожилия в области формирования ротационной манжеты прослеживаются, целостность их не нарушена.

Лоцируются утолщение сухожилия надостной мышцы, сухожилие неоднородное, смешанной эхогенности, с линейными гиперэхогенными включениями (участками фиброзных изменений)

В полости субакромиально-субдельтовидной сумки определяется небольшое количество жидкости. Синовиальная оболочка не утолщена. Субакромиально-субдельтовидная сумка незначительно расширена за счет анэхогенной жидкости (3*7 мм).

Суставная щель акромиально-ключичного сочленения не расширена, суставные поверхности ровные. Акромиально-ключичная связка не уплотнена, ход связки сохранен.

Заключение: УЗ-признаки тендинопатии сухожилия надостной мышцы, минимальный поддельтовидный бурсит.

Рекомендовано: консультация лечащего врача.

Приложения к договору об оказании платных медицинских услуг

Приложение № [] к договору № КИГ/171020 от 17 октября 2020г.
 Комплексная программа № 53288 от 17 октября 2020г.
 Клиника: ООО "МЦ"РЕЛАКСМЕДИКА"
 Пациент: []

Код	Наименование	Кол-во	Стоимость за ед по прайс-листу	Сумма, без скидки	Скидка, %	Скидка, руб.	Оплачено бонусами	Итого, руб.
Услуги в программе лечения								
77	Капельница №9 Внутривенная инфузия: Физ.раствор - 200 мл, Милдронат 10% - 5.0 мл, Актонегин - 5.0 мл, Цераксон 500 мг - 4.0мл	3	2170	6510	10	651	0	5859
66ин	Кислород-Баланс Внутривенная инфузия раствора озono-кислородной смеси.	2	1780	3560	10	356	0	3204
119ин	Мануальная терапия (мягкие техники) - 30 мин	4	3500	14000	10	1400	0	12600
66и	Арт-озон Внутривенная инфузия озono-кислородной смеси	2	2500	5000	10	500	0	4500
25ин	Внутриканальная электростимуляция.	4	1600	6400	10	640	0	5760
85инин	Фармакопунктура №9 Обскальвание внутримышечно или паравертебрально или параартикулярно: Алфлутол - 1.0мл, Лидокаин 2% - 2.0мл и/или Вода для инъекций - 2.0мл.	4	2680	10720	10	1072	0	9648
90	Повторный прием	5	0	0	0	0	0	0
91	Выход с д/о	1	0	0	0	0	0	0
89	Выписка	1	0	0	0	0	0	0
1	Первичный прием врача невролога	1	1500	1500	100	1500	0	0

Количество процедур: 27шт
 Итого: 47690 руб
 Скидка на комплексную программу: 6119 руб
 Итого с учетом скидки 41571 руб
 НДС не облагается

Всего наименований: 27 на сумму: 41571 руб.
 сорок одна тысяча пятьсот семьдесят один рубль 00 копеек
 Ответственное лицо (по доверенности б/н от [] Пациент []



Приложение № [] к договору № КИГ/171020 от 17 октября 2020г.
 Комплексная программа № 53288 от 17 октября 2020г.
 Диагностика № 41051
 Клиника: ООО "МЦ"РЕЛАКСМЕДИКА"
 Пациент: []

Код	Наименование	Кол-во	Стоимость за ед по прайс-листу	Сумма, без скидки	Скидка, %	Скидка, руб.	Оплачено бонусами	Итого, руб.
Услуги в программе лечения								
m1.1пакет	MPT головного мозга--	1	3000	3000	0	0	0	3000
m10.2пакет	MPT шейного отдела позвоночника (спец.)	1	3000	3000	0	0	0	3000
y1пакет	Дуплексное сканирование магистральных артерий головы и шеи с транскраниальным исследованием.	1	1900	1900	0	0	0	1900

Количество процедур: 3шт
 Итого: 7900 руб
 Скидка: 0 руб
 Итого с учетом скидки 7900 руб
 НДС не облагается

Всего наименований: 3 на сумму: 7900 руб.
 семь тысяч девятьсот рублей 00 копеек
 Ответственное лицо (по доверенности б/н от [] Пациент []



Отрывной корешок к направлению на УЗИ на имя [REDACTED]
из поликлиники ООО «МЦ «Релаксмедика»

Отрывной корешок к направлению на УЗИ

Диагностический центр
"Мастерская Здоровья"
Пальмовый пр., 68А
(812) 333-30-81

**МАСТЕРСКАЯ
ЗДОРОВЬЯ**
Ассоциация специализированных клиник

ФИО: [REDACTED]

Возраст: 64

Диагноз: М42-Остеохондроз позвоночника с поражением шейного отдела ; ;

Область исследования: Дуплексное сканирование магистральных артерий головы и шеи с транскраниальным исследованием (1900 руб.)

Цена: 1900 руб.

Дата: 2020-10-17

Клиника на Московской № курса: 1

Врач: ЛЕА Консультант: ЛИК

Дата и время записи: 2020-10-24 17:30:00 (за 20 минут)

Источник: Плат: 1865

Консультант: ЛИК

НАПРАВЛЕНИЕ НА УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

ФИО пациента: [REDACTED]

Возраст: 64

Предварительный диагноз: М42-Остеохондроз позвоночника с поражением шейного отдела ; ;

Область исследования: Дуплексное сканирование магистральных артерий головы и шеи с транскраниальным исследованием (1900 руб.)

Цена: 1900 руб.

Дата: 2020-10-17

Клиника на Московской № курса: 1

Врач: ЛЕА Консультант: ЛИК

Дата и время записи: 2020-10-24 17:30:00 (за 20 минут)

Источник: Плат: 1865

Консультант: ЛИК

Средствами транспорта: автобус 33, маршрутное такси К-17, К-95



Из осмотра неврологом в СПб ГБУЗ «ГП №44», Номер карты 971466 следует, что [REDACTED] 15.11.1955 (64 года)

Была осмотрена неврологом 27.10.2020 19:00

Страховой анамнез: аграрный университет преподаватель.

Анамнез: ЧМТ, потери сознания, ОНМК, ИМ – отрицает, ВИЧ, гепатит, ТВС - отрицает. БА, ЯБЖ, отрицает. Регулярно лекарственные препараты: не принимает. Аллергия на лек. препарат - отрицает. Шум в ушах стал беспокоить с середины августа 2020 г. МРТ головного мозга от 24.10.2020 МРТ признаков объемных образований головного мозга не выявлено. Признаки ангиоэнцефалопатии МРТ шейного отдела: позвоночника от 24.10.2020 Признаки остеохондроза С2-С5(1-2 стадии), С5-С7(2 стадии) нарушение статической оси шейного отдела позвоночника. Унковертеральный артроз С5-С7. Спондилоартроз С3С6. Дорзальные протрузии дисков С4-С5, С5-С6. Дорзальная грыжа: диска С6-С7. Признаки гипоплазии правой позвоночной артерии.

Жалобы на: Шум в ушах (стрекотание, свист).

Неврологический статус: сознание ясное, легкая эмоциональная лабильность, ориентирована в месте и времени правильно. ЧМН: OD = OS, фотореакция живая,

глазодвигательных нарушений нет. Аккомодация в норме, конвергенция в норме.

Лицо - сглажена правая носогубная складка, язык по средней линии. Сухожильные рефлексы слегка оживлены, D=S с рук, с ног низкие, положительный сим-м Маринеску-Родовича с 2-х. Мышечный тонус не изменен, парезов нет. В позе Ромберга неустойчивость, координаторные пробы выполняет удовлетворительной. Речь не нарушена.

St. localis. Ограничение подвижности в левом плечевом суставе активных и пассивных движений из-за болевого синдрома. Диагноз: ЦВБ с вестибулопатическим синдромом. Сопу: ДДЗП с грыжеобразованием С6-С7.

Лечение:

Бетагисгин по 24 мг х 2 раза в день (3 месяца). Мидокалм 50х 3 раза в день (10 дней).

Рекомендации:

УЗДГ сосудов головы, шеи, явка с результатами исследования.

Научно-литературная справка

В связи с многообразием методической и научной литературы на тему дорсопатии, плечелопаточного болевого синдрома, ниже приведены научные и методические данные, основанные на принципах доказательности.

Термин «остеохондроз» был предложен в 1933 г. немецким ортопедом Хильдебрандтом (Hildebrandt) для обозначения инволюционных изменений в опорно-двигательном аппарате. В 60–90-х годах прошлого века остеохондроз позвоночника был признан основной причиной боли в позвоночнике и паравертебральных тканях, а также корешковых синдромов. Эластические свойства МПД в норме обеспечивают значительное смягчение толчков и сотрясений, возникающих при ходьбе, прыжках и других движениях. Однако с годами диск «изнашивается» и постепенно теряет эластичность. Этому способствует наступающая у людей старше 20 лет облитерация сосудов межпозвонкового диска, после чего кровоснабжение диска в дальнейшем осуществляется только за счет диффузии из сосудов паренхимы прилежащих к нему тел позвонков, при этом оно может быть недостаточным для обеспечения регенеративных процессов в диске. В процессе МПД, прежде всего, происходит обезвоживание пульпозного ядра, снижение его тургора, что усиливает нагрузку, приходящуюся на фиброзное кольцо, постепенно вызывает его растяжение, разволокнение, образование в нем трещин и со временем ведет к протрузии ткани МПД за пределы краев тел, прилежащих к нему позвонков. При этом очередная микротравма или (далеко не всегда значительная) дополнительная нагрузка на ПДС может сопровождаться нарастанием выраженности протрузии МПД. Протрузия МПД вперед сопровождается натяжением передней продольной связки. На уровне выступающего диска эта связка растягивается и приобретает дугообразную форму. Ее растяжение сопровождается раздражением и пролиферацией костной ткани краевой каймы прилежащих к диску позвонков. В результате происходит постепенное окостенение передней продольной связки, что проявляется формированием передних остеофитов, имеющих

форму направленных навстречу друг другу клювовидных костных разрастаний. Этот процесс обычно протекает безболезненно, так как передняя продольная связка бедна болевыми рецепторами. Однако ее нарастающая оссификация со временем все больше ограничивает подвижность позвоночного столба. Грыжи Шморля, выстояние МПД вперед и образование при этом передних клювовидных остеофитов обычно не вызывают боли, тогда как при смещении МПД назад происходит раздражение богатой болевыми рецепторами задней продольной связки, что ведет к возникновению болевого синдрома (локальные боль и болезненность). Ощущение боли обычно бывает первым признаком остеохондроза позвоночника, по поводу которого пациент обращается к врачу. На этом этапе при осмотре больного выявляется болезненность остистых отростков и паравертебральных точек на уровне дископатии, а также напряжение («дефанс») паравертебральных мышц, ведущее к ограничению подвижности позвоночника и к его выпрямлению. Все эти клинические проявления не только сигнализируют о патологическом процессе, но и способствуют уточнению его локализации и характера. В зависимости от уровня пораженного ПДС выявляемая в таких случаях клиническая картина может характеризоваться как цервикалгия, люмбалгия или редко встречающаяся при остеохондрозе торакалгия.

Диагностике остеохондроза способствуют результаты спондилографии, при которой обычно выявляются изменения конфигурации позвоночника, сужения межпозвонковых щелей, развитие краевых остеофитов, исходящих из тел позвонков.

Весьма информативны при диагностике остеохондроза визуализирующие методы обследования. При этом на КТ можно видеть межпозвонковый диск и степень его протрузии в позвоночный канал. Особенно наглядны результаты МРТ, позволяющие судить не только о состоянии позвонков и МПД, но и об их отношении к другим структурам ПДС, а также к спинальным нервным корешкам, спинномозговым нервам и к твердой мозговой оболочке.

Фармакологическое лечение остеохондроза и деформирующего спондилоартроза и их осложнений. При лечении спондилогенной дорсопатии в остром периоде основной задачей является купирование боли и восстановление биомеханики позвоночника. Проведение такого лечения позволяет предупредить развитие у больного фиксации патологического двигательного стереотипа и, по возможности, раньше приступить к реабилитационным мероприятиям. В процессе лечения умеренного болевого синдрома, обусловленного дегенеративными заболеваниями и их осложнениями, в большинстве случаев можно воспользоваться предлагаемым О.С. Левиным примерным алгоритмом:

1-2-й дни лечения – строгий постельный режим, применение анальгетиков, которые следует вводить по часам, не дожидаясь обострения выраженности боли; целесообразно также применение миорелаксантов;
2-10-й дни – полупостельный режим, фармакотерапия та же плюс умеренные

физические упражнения, физиотерапия; 10-20-й дни – активный двигательный режим, возможно с частичными его ограничениями, анальгетики – по мере необходимости, лечебная физкультура, массаж, при отсутствии противопоказаний – элементы мануальной терапии; 20-40-й день – активный двигательный режим, лечебная физкультура, восстановительные физические упражнения. Лечение обязательно должно сопровождаться разъяснением больному сути заболевания и психотерапевтическими воздействиями. Больного следует научить двигаться, избегая при этом провокации боли и значительного увеличения нагрузки на позвоночник. Определенное место в лечении занимает физиотерапия.

Сложнее складывается алгоритм лечебных мероприятий при дегенеративных процессах в позвоночнике в случае, если боли и статодинамические расстройства приобретают хронический характер. При заболеваниях ПДС наличие боли является основанием для применения ненаркотических анальгетиков. При умеренном болевом синдроме возможно применение простого анальгетика парацетамола. Если лечение им недостаточно эффективно, как это бывает в случае интенсивной боли – показано назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). НПВП относятся к числу наиболее эффективных лекарственных средств для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата, в первую очередь с точки зрения их анальгетической активности. Все НПВП подавляют активность фермента циклооксигеназы (ЦОГ), что в результате ведет к угнетению синтеза простагландинов, простаглицлинов и тромбоксанов. Этим и обусловлены как их основные свойства, так и побочные эффекты. Существуют две изоформы ЦОГ: структурный изофермент (ЦОГ-1), регулирующий продукцию ПГ, участвующих в обеспечении нормальной (физиологической) функциональной активности клеток, и индуцируемый изофермент (ЦОГ-2), экспрессия которого регулируется иммунными медиаторами (цитокинами), принимающими участие в развитии иммунного ответа и воспаления. В острой фазе болезни могут быть весьма эффективными паравертебральные блокады анальгетиками местного действия (растворы новокаина, лидокаина, их сочетание с гидрокортизоном, витамином В12). Блокада обычно проводится с обеих сторон, иногда на уровне нескольких ПДС, при этом игла направляется в место расположения дугоотростчатых суставов. Определенный лечебный эффект можно ожидать и от применения локальных лекарственных средств, содержащих обезболивающие и противовоспалительные средства в виде мазей, геля, кремов и т.п.

При дорсопатиях, сопровождающихся выраженным напряжением паравертебральных мышц, достаточно эффективно применение мышечных релаксантов, таких как толперизон и тизанидин.

Несомненным достижением современной фармакотерапии явилось введение в клиническую практику новой группы препаратов, так называемых медленно действующих противовоспалительных или структурно-модифицирующих средств (известных также как «хондропротекторы»). Применение хондропротекторов целесообразно при лечении дегенеративно-

дистрофических проявлений, свойственных остеохондрозу и спондилоартрозу, а также при артрозе периферических суставов. К хирургическому лечению по поводу дегенеративных заболеваний позвоночника приходится прибегать не более чем в 5% случаев. Операция абсолютно показана при секвестрации межпозвонкового диска (случаи, когда фрагмент грыжи диска отделяется от остальной его массы и оказывается своеобразным инородным телом в эпидуральном пространстве). Целесообразность нейрохирургической помощи больному вероятно (но ее следует обсудить с нейрохирургом) при компрессии корешково-медуллярной артерии, особенно артерий Адамкевича и Депрож-Гуттерона, в острой фазе сдавления спинномозгового нерва при сосудисто-корешковом конфликте.

Шейный болевой синдром – характеризуется болью и нарушением объема движений в шейном отделе позвоночника и обусловлен как механическим раздражением ветвей синовертебрального нерва, обусловленного артрозом дугоотростчатых суставов и смещением зигапофизеального сочленения, так и рефлекторным воздействием, с развитием миофасциальных симптомов на отдалении. Наиболее характерна локальная боль в шее с билатеральной иррадиацией в надплечья. Часто боль локализуется с одной стороны, что служит достоверным критерием латерализации дегенеративного процесса.

Шейный болевой синдром является наиболее субъективно оцениваемый из всех симптомокомплексов, сопровождающих течение дегенеративно-дистрофического процесса на шейном уровне. При длительном умеренном хроническом раздражении радикулярный синдром может проявляться субъективным нарушением чувствительности в виде онемения, ощущения ползания мурашек, температурной дизестезией (жар, холод). В этой стадии радикулопатии возможна объективизация по данным ЭМГ и термографии. На ранних стадиях развития радикулопатии соответствующего распространения болей по дерматомам может не быть. На этой стадии пациенты отмечают онемение, парестезии, фасцикуляции и слабость в мышцах иннервируемой зоны. Нарастающая интенсивность раздражения усиливает эти проявления, ощущения боли не возникает. Компрессия чувствительного ганглия всегда вызывает «стреляющую» боль по ходу корешка от центра к периферии. Сдавление пораженного, отекающего, воспаленного в результате длительного раздражения грыжей или остеофитом корешка сопровождается интенсивными болями в соответствующих мышцах и дерматоме. Появление симптомов выпадения функции корешка свидетельствует о далеко зашедшем процессе. Боль – возникающая в шейном отделе позвоночника и распространяющаяся обычно по задней поверхности шеи, идущая в плечо и далее в кисть, усиливающаяся при движении и зависящая от положения головы. Боль сопровождается ограничением подвижности руки с пальпаторным напряжением заинтересованных мышц. Интенсивность и распространенность боли – важнейшая характеристика радикулярного синдрома. Для пациентов с хронической болью, также важна детализация предвестников и начальной

локализации болевых импульсов, распространенность и продолжительность. Мышечная слабость и атрофии – манифестируют уменьшение амплитуды изолированного мышечного сокращения, устойчивости к сокращению мышц-антагонистов. Попытки произвольного сокращения мышц могут также вызывать приступы боли, что ограничивает движения, и в этом случае носит название болевой парез. Атрофия – наиболее значимый признак нарушения моторной нервной проводимости. Атрофии могут сопровождаться видимыми деформациями конечностей. Потеря и изменение чувствительности – не всегда явно диагностируется при радикулярном синдроме. Характеристиками чувствительности являются: давление, температура, вибрация, положение конечности. Нарушения чувствительности могут проявляться ощущением жжения, подергивания, прохождения электрического тока, онемения и др. Изменение или потеря сухожильных рефлексов - является основной отличительной характеристикой для центральных (пирамидных) и периферических радикулярных расстройств. Уменьшение или потеря сухожильных рефлексов характеризует нарушение в области периферического проводника. Патологическое усиление рефлексов (и тонуса) типичный признак центрального нарушения. Нередко присутствуют признаки и центрального и периферического поражения.

Диагностические исследования при шейном болевом синдроме:

в отношении всех больных с грыжами шейных межпозвоноковых дисков предпринимается комплексное нейродиагностическое обследование, включающее спондилографию шейного отдела позвоночника с функциональными пробами (в ряде случаев с косыми проекциями) (рекомендация); МРТ (стандарт) позволяет оценить стадию (выбухание, протрузия, пролапс, секвестр) и определить аксиальную локализацию грыжи (центральная, парамедианная, латеральная, фораменальная)

Данное исследование также дает представление о конфигурации шейных позвонков, о нарушении нормальной ангуляции шейного отдела позвоночника, состоянии краниоцервикального перехода и сагиттальном размере позвоночного канала. Огромным преимуществом данного изображения является возможность дифференцировки протрузии дисков от остеофитов. Грыжа диска имеет сигнал средней интенсивности в продолжение структуры межпозвонокового диска. Центральная часть остеофита имеет более высокоинтенсивный сигнал, чем вещество межпозвонокового диска, большинство остеофитов имеет темный контур, что отражает ход кортикального слоя кости и надкостницы. МРТ исследование также выполнялось в режиме fast spine echo (FSE), что значительно увеличивает разрешение исследования и ускоряет его выполнение. Также диагностическую ценность имеет КТ позвоночника. Для исследования характера и преимущественной локализации ишемического поражения спинного мозга при синдроме шейной миелопатии в отношении ряда больных предпринимаются функциональные электрофизиологические исследования (рекомендация). Функциональные методы исследования проводимости обосновывают направление хирургической декомпрессии при

компрессионных поражениях спинного мозга и корешков с точки зрения дифференцированной электрофизиологической оценки сенсорной и моторной проводимости, а также сегментарной иннервации на уровне шейного отдела спинного мозга, с электрофизиологической оценкой эффективности операций.

Выбор метода хирургического лечения. Решение о хирургическом лечении пациента с дегенеративно-дистрофическими поражениями на одном уровне принимается на основании показаний к операции. Выбор хирургической декомпрессии определяется исходя из направления вектора компрессии и наличия нестабильности и/или деформации позвоночника.

Показаниями к хирургическому лечению является совокупность факторов:

- наличие жалоб характерных для клинического синдрома радикуло и/или шейной миелопатии с/или без шейного болевого синдрома, соответствующих уровню поражения;

- проведение диагностических исследований визуализирующих патологическое содержимое внутри позвоночного канала или фораменальных отверстий соответствующего уровня, обусловленное течением дегенеративно-дистрофического процесса на уровне шейного отдела позвоночника;

- клиническая неврологическая симптоматика пациента с проведением соответствующих методов верификации верхнего уровня компрессии при многоуровневом поражении должна соответствовать уровню процесса;

- неэффективность проводимой консервативной терапии (При развитии синдрома радикулопатии длительность консервативного лечения включающего тракцию шейного отдела позвоночника, использование жесткого головодержателя, ограничение физической активности, анальгетики не менее 6 недель. Нарастание симптоматики и присоединение проводниковых нарушений, а также исходно миелопатическая форма от продолжения консервативной терапии.

Согласно клиническим рекомендациям в стандарт диагностики при остеохондрозе входят:

- осмотр неврологом, в ходе которого должны быть оценены и проведены: давность и возможную причину появления боли, локализацию боли; наличие двигательных и чувствительных расстройств; наличие сопутствующей патологии, аллергии, лекарственной непереносимости. Рекомендуется провести общее клиническое обследование пациента с оценкой состояния кожных покровов, ортопедического статуса, в том числе. наличие статодинамических нарушений. Обследовать пациента следует в положениях стоя и сидя, при необходимости – лежа. Может обнаружиться патологическая поза с анталгическим (противоболевым) сколиозом, а также изменением физиологических грудного кифоза и поясничного лордоза. Необходимо выяснить возникли эти изменения осанки с момента болевого приступа или они существовали и раньше. Положив ладони обеих рук на крылья подвздошных костей с обеих сторон и расположив большие пальцы на уровне ладоней, проводят пальпацию паравертебральных мышц, отмечая их болезненность. Фиксировав таз руками, а если возможно, усадив пациента

верхом на стул, следует предложить ему наклониться вперёд, назад, в стороны, насколько это возможно, проделать ротационные движения туловищем, наблюдая за характером движений позвоночного столба и осведомляясь о степени болезненности движений и о том где именно ощущается болезненность. В норме все эти движения должны быть плавными и симметричными по амплитуде. Проводится проба с осевой нагрузкой на позвоночник (давление на голову, плечи), которая может быть болезненной. Для исключения патологии крестцово-подвздошных суставов в положении больного лёжа на спине на твёрдой кушетке проводится мягкое надавливание на крылья обеих подвздошных костей. При воспалительном поражении крестцово-подвздошных суставов (бехтеревский, туберкулёзный, бруцеллёзный артрит) эта проба может вызвать болезненность в области крестцово-подвздошных суставов. Активное сгибание поочередно одной и другой ноги в тазобедренном суставе самим больным в положении лёжа на спине, обычно вызывает боль в зоне основной патологии (ягодичной, крестцовой) вследствие неизбежного сокращения мышц этой области. Рекомендуется провести оценку неврологического статуса. Грыжи дисков в большинстве возникают у людей трудоспособного возраста. Они часто сопровождаются неврологическими нарушениями, обусловленные компрессией спинномозгового корешка. Образованию грыжи диска обычно предшествуют эпизоды поясничных болей, часто связанных с физическими нагрузками. При неврологическом обследовании можно предположительно сориентироваться в отношении локализации компримирующего процесса по длине и поперечнику позвоночного канала, оценивая всем известную топоику неврологических нарушений. Ниже приведена клинико-топографическая ориентация при компрессии корешков шейного и поясничного отделов позвоночника: – синдром корешка L4 (диск L3-L4) – иррадиация болей в передне-внутренние отделы бедра, голени и внутреннюю лодыжку, гипестезия на передней поверхности бедра, слабость четырёхглавой мышцы, снижение или утрата коленного рефлекса; – синдром корешка L5 (диск L4-L5) – иррадиация болей из верхней ягодичной области в наружные отделы бедра и голени, иногда с распространением на тыл стопы, на I–III пальцы, гипестезия в этой же зоне; слабость перонеальной группы мышц, возможна гипотрофия, слабость разгибателя I пальца стопы (симптом Спурлинга); – синдром корешка S1 (диск L5-S1) – иррадиация болей из средней ягодичной области в задне-наружные или задние отделы бедра, голени, в пятку с переходом на наружный край стопы и IV–V пальцы, гипестезия в задне-наружных отделах голени и наружных отделах стопы; гипотрофия большой ягодичной и икроножной мышц, слабость икроножной мышцы, снижение или отсутствие ахиллова и подошвенного рефлексов. Отмечаются следующие синдромы компрессии корешков шейных спинно-мозговых нервов, которые обычно сдавливаются в межпозвоновом отверстии над одноименным позвонком. Синдром компрессии корешка C4 - проявляется болями в надплечье, может сопровождаться, амиотрофией трапециевидной, надостной и даже большой грудной мышцы. Синдром компрессии корешка C5 - проекционная боль и

чувствительные расстройства локализуются в зоне дельтовидной мышцы, могут сопровождаться с ее слабостью и гипотрофией, снижением лопаточного рефлекса. Синдром компрессии корешка С6 - проекционная боль и чувствительные расстройства локализуются в виде полосы по наружному краю руки, до первого пальца кисти. Снижается сила мышц, сгибающих предплечье, нарушается рефлекс с двухглавой мышцы. Синдром компрессии корешка С7 - проекционная боль и чувствительные расстройства локализуются в виде полосы на тыльной поверхности руки, особенно в трех средних пальцах. Трицепитальный рефлекс обычно снижен или отсутствует. Могут быть вегетативно-трофические нарушения в кисти. Синдром компрессии корешка С8 - диагностируется очень редко, в основном при посттравматическом остеохондрозе с формированием грыжи или «остеофита» в межпозвоновом отверстии С7—Th1. Проекция болей и чувствительных расстройств соответствует ульнарному краю руки, включая четвертый и пятый пальцы. Может быть снижен карпорадиальный рефлекс. Однако нужно помнить о вариабельности строения спинного мозга, его корешков и позвоночника. Последнее условие диктует необходимость рентгенологического исследования всего позвоночного столба с целью уточнения количества позвонков и их принадлежности к тому или иному его отделу. Существуют две большие группы объективных причин, которые делают диагностическую задачу весьма непростой. К первой группе относят индивидуальные различия позвоночно-корешково-спинномозговых взаимоотношений: это вариабельность числа поясничных и крестцовых позвонков, вариабельность уровня выхода корешков из спинного мозга и слитное их формирование, встречающиеся в 1-3% случаев. Встречаются другие варианты развития нервной ткани. например: короткий мешок твердой мозговой оболочки с высоким отхождением S1 корешков, асимметричное выхождение корешков из спинного мозга, вариабельность чувствительной и двигательной иннервации нижних конечностей волокнами, входящими в состав того или иного спинномозгового нерва, и прочее. Данные причины могут приводить к несоответствию между неврологической симптоматикой и топографией очага компрессии невральных структур позвоночного канала. Ко второй группе относят причины, приводящие к появлению клико-неврологической симптоматики. Сюда относят патологические состояния, которые возникают вследствие развития дегенеративных процессов (остеохондроз с экструзией или протрузией дисков и задними остеофитами, спондилёз, спондилоартроз с гипертрофией и остеофитами дугоотростчатых суставов, изменения со стороны желтой связки и эпидуральной клетчатки, нестабильность в позвоночном двигательном сегменте) и вариабельность функциональных вертеброневральных взаимоотношений при нагрузках на позвоночный столб. Сюда же относят корешковые синдромы при других заболеваниях: истинный или врожденный спондилолистез, опухоли корешков, эпидуральной клетчатки, спинного мозга и его оболочек, самих позвонков, синовиальные кисты дугоотростчатых суставов, истинные кисты и псевдокисты твердой мозговой оболочки (ТМО), арахноидальные кисты,

эпидуральные и арахноидальные спаечные процессы, гипертрофию и извитость корешков «конского хвоста», туберкулезный спондилит; некоторые аномалии развития позвоночника (аномалия тропизма, гиперплазия поперечных отростков, полудужек, аплазии полудужек и суставных отростков). Кроме того, следует учитывать значение заболеваний, вызывающих похожую симптоматику. К ним относят сосудистые заболевания ног, заболевания органов живота и малого таза, патология крестцово-подвздошных сочленений и тазобедренных суставов, инфекции и интоксикации, ишемические и посттравматические невриты нижних конечностей.

- лабораторная диагностика: рекомендуется при проведении амбулаторного и стационарного консервативного лечения назначать клинические, биохимические и иные исследования в соответствии с применяемыми стандартами оказания медицинской помощи и имеющимися клиническими проявлениями вертебральной и вневертебральной патологии.

- инструментальная диагностика: рекомендовано на всех этапах наблюдения пациента проводить визуализацию патологии позвоночника (спондилография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография). При наличии клинико-морфологического несоответствия возникает необходимость в наиболее полном и детальном обследовании больного с использованием всех доступных методов. Отдельно взятый метод диагностики, даже из высокоинформативных, не всегда является достаточным для хирургов-вертебрологов, что заставляет использовать их комбинацию. Рекомендовано проведение спондилографии в двух проекциях и при возможности, стоя с захватом головок бедренных костей. Рентгенография позволит определить строение костных тканей, наличие аномалий, остеофитов, выраженных изменений в фасеточных суставах и так далее. Могут быть применены различные рентгенологические технологии: обзорная, прицельная и функциональная рентгенография позвоночника, контрастная миелография, дискография. Рекомендовано проведение компьютерной томографии поврежденных отделов позвоночника для детализации и замеров костных структур. Компьютерная томография (КТ), в том числе с субарахноидальным или перидуральным контрастированием, более чувствительна и позволяет диагностировать процесс еще на начальных стадиях, определить минимальные аномалии, как в костных, так и в хрящевых тканях. Рекомендовано проведение магнитно-резонансной томографии для детализации мягкотканых структур. Магнитно-резонансная томография (МРТ) визуализирует сопутствующие изменения мягких тканей, дает возможность выявить мельчайшие изменения хрящей, костей, связок и сосудов, позволяет с большой точностью определить локализацию грыжевого выпячивания по длине и поперечнику позвоночного канала, степень дегенерации межпозвонковых дисков и нарушения циркуляции ликвора при компрессии дурального мешка и арахноидальных спаечных процессах, дифференцировать грыжевые выпячивания дисков от адгезивных процессов в эпидуральной клетчатке, воспалительных процессов, а также опухолевых и

сосудистых новообразований. С некоторой погрешностью при МРТ можно установить размеры позвоночного канала и грыжи диска. Ввиду неинвазивности метода он может быть выполнен в амбулаторных условиях. Рекомендовано ультразвуковое исследование сосудов шеи и головы (доплерография) применяется для оценки состояния мозгового кровообращения и исключения синдрома позвоночной артерии. Рекомендовано проведение денситометрии [1]. Рекомендовано при наличии показаний проводить миелографию [1].

- иная диагностика: рекомендуется применение пункционных технологий не только в лечебных, но и в диагностических целях. Для объективизации рефлекторно-болевого синдрома используется метод их провоцирования введением 4% раствора гидрокарбоната натрия или спирт-прокаиновой смеси (1 часть 96% этилового спирта** и 2 части 2% раствора прокаина**) в область клинически актуальных дугоотростчатых суставов и/или межпозвонковых дисков под рентгенологическим контролем. Также для воспроизведения боли используется аппарат для радиочастотной денервации в режиме стимуляции. Такое раздражение воспроизводит клинические проявления заболевания — пациент узнает «свои» боли по их локализации, характеру и интенсивности. Ликвидация болевого синдрома после медикаментозной блокады свидетельствует о клинической значимости патологического очага.

Лечение согласно клиническим рекомендациям при остеохондрозе.
- Консервативное лечение:

-- рекомендуется проводить консервативное лечение, если в клинических проявлениях нет остро прогрессирующего неврологического дефицита. При обращении пациента с болями в шее, спине, пояснице и (или) в конечностях вследствие остеохондроза за медицинской помощью в ряде случаев требуется проведение неотложной консервативной или хирургической помощи при гипералгической, паралитической формах корешкового синдрома, развитии каудомедуллярного синдрома или вертеброгенной острозвивающейся компрессионной миелопатии. Превалирующая часть пациентов получают результативную консервативную терапию (амбулаторную, стационарную, санаторно-курортную) со стойкой длительной ремиссией. При наличии клинико-морфологического соответствия пациенту показано плановое хирургическое лечение с целью устранения компримирующего сосудисто-нервные образования субстрата.

-- рекомендуется медикаментозная терапия болевого синдрома с применением нестероидных противовоспалительных препаратов. При острых болях в спине (до 1,5 месяцев) эффективны нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), которые должны включаться в программу лечения как можно раньше, в 1-2-ой день от начала заболевания. Препаратами выбора в настоящее время являются селективные ингибиторы Циклооксигеназы-2. Наличие инъекционных форм НПВП позволяет использовать принцип ступенчатой терапии болевых синдромов: в остром периоде показано внутримышечное введение с последующим переходом на пероральную терапию в течение 2 недель. Кроме этих форм применяются

суппозитории с НПВП. Важным элементом лечения болевого синдрома является также локальная терапия, в ряде случаев имеющая отчетливые преимущества перед пероральными формами препаратов. Применяются мазевые, кремовые и гелевые формы НПВП, а при упорных болевых симптомах, связанных с механическими факторами — препараты, способные глубоко проникать в кожу и подкожную клетчатку, блокируя болевые рецепторы. Хорошо зарекомендовали себя препараты, представляющих собой комбинацию из НПВП и веществ, способствующих расширению капилляров. Целесообразно использование медицинских пластырей, оказывающих выраженное обезболивающее действие. При острой боли высокой интенсивности показаны лечебные блокады, основными препаратами для которых являются местные анестетики и глюкокортикоиды. Медикаментозное лечение хронической боли в спине включает препараты, улучшающие метаболические процессы в межпозвонковом диске (хондроитин сульфат и глюкозамин, витамины группы В) и короткие курсы применения НПВП при обострении процесса. При трансформации ноцицептивного характера боли в нейропатический рекомендуется назначение препаратов из группы противосудорожных средств, способных купировать нейропатическую боль, и антидепрессантов. Комплексное применение немедикаментозных средств дополняется приемом медикаментозных препаратов, спектр которых расширяется. Используются: - опиоидные ненаркотические анальгетики; - антигипоксантами и антиоксидантами; метаболические средства; - М-, Н-холиномиметики, в том числе антихолинэстеразные средства; - ангиопротекторы и корректоры микроциркуляции; - диуретики; - глюкокортикоиды для местного введения в виде лечебных блокад или фармакопунктуры. Перспективным в консервативном лечении является сочетание патогенетически обусловленной терапии хондропротективными препаратами в течение длительного времени с комплексными немедикаментозными методами лечения. При этом для обеспечения приверженности терапии и поддержания должного уровня физической активности необходимо проведение специальных образовательных программ для пациентов с дегенеративно- дистрофическими заболеваниями позвоночника. Консервативное лечение при больших выпавших фрагментах пульпозного ядра диска неэффективно.

-- рекомендуется соблюдение рационального двигательного (ортопедического) режима. Лечение болей в спине, связанных с дегенеративно- дистрофическими изменениями позвоночника, включает основные положения по соблюдению рационального двигательного (ортопедического) режима, выбор которого зависит от характеристик боли (острая, хроническая) и ее причин (миофасциальный синдром, дегенеративные изменения в позвоночно-двигательном сегменте (ПДС), компрессия корешков спинномозговых нервов). При выраженной дорсалгии в острый период рекомендуется постельный режим на 1-2 дня, что способствует релаксации мышц и уменьшению внутридискового давления. В острый период целесообразно ношение стабилизирующего поясничного корсета или

воротника Шанца. Обязательным является освоение двигательных навыков повседневной жизни (правильное сидячее положение, техника подъема и переноса тяжестей, регулярная смена позиции тела в течение дня для декомпрессии диска и др.) и физическая нагрузка в форме общеукрепляющей и специальной лечебной гимнастики в период обострения и занятий адекватными видами физкультуры и спорта в период ремиссии.

-- рекомендуется применение методов мануальной терапии и остеопатии для коррекции рефлекторных сегментарных нарушений и устранения функциональной блокады в ПДС (уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2+)). Мануальная терапия, остеопатия, массаж хорошо комбинируются с другими реабилитационными технологиями. Выбор мануальных техник определяется характером боли (острая, хроническая), индивидуальными особенностями пациента и наличием противопоказаний к проведению некоторых из них. Эффективными методами тракционного воздействия на ПДС является применение мобилизационно-тракционных столов и подводное вытяжение.

-- рекомендуется для усиления анальгетического и противовоспалительного действия медикаментозных средств, оказания противоотечного и миорелаксирующего эффектов использовать методы физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, бальнеотерапии (уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2–)). При консервативном лечении пациентов с хроническим болевым синдромом роль немедикаментозных средств и технологий возрастает. Расширяется арсенал физиотерапевтических технологий, способствующих купированию болевого синдрома и обеспечивающих улучшение микроциркуляции, активацию трофических и репаративных процессов в зоне дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника. Наиболее используемые и эффективные методы: лекарственный электрофорез гальваническими или импульсными токами, электронейростимуляция, ультрафонофорез, лазеротерапия, магнитотерапия, сверхвысокочастотная терапия (СВЧ), крайне высокочастотная терапия (КВЧ), ударно-волновая терапия, пелоидотерапия, различные варианты медицинского массажа (ручной, вакуумный, подводный гидромассаж). Используются методы физиотерапии: массаж электростатическим полем от аппарата «Хивамат», ультрафиолетовое облучение в эритемных дозах, ультравысокочастотная терапия (УВЧ), чрескожная электронейростимуляция (ЧЭНС), лазеротерапия, электрофорез анальгетиков или спазмолитиков импульсными токами. По мере снижения интенсивности острой боли лечение дополняется специальной лечебной гимнастикой, направленной на вытяжение позвоночника и расслабление мышц, с постепенным включением упражнений для формирования мышечного корсета, показано назначение лечебного ручного массажа. Эффективными методами при дорсопатиях являются иглорефлексотерапия, вакуум рефлексотерапия, электрорефлексотерапия и фармакопунктура.

-- рекомендуется санаторно-курортное лечение на грязевых и бальнеологических курортах с сероводородными, радоновыми, йодобромными и хлоридно-натриевыми водами для наружного применения в период ремиссии для предупреждения прогрессирования процесса и профилактики вторичного обострения.

- хирургическое лечение:

-- рекомендуется применять пункционные методы хирургического лечения при рефлекторно-болевыми синдромах при неэффективности комплексной консервативной терапии в течение 2-4 недель. Абсолютные противопоказания к пункционному лечению: инфекционные заболевания; опухолевый процесс в области предполагаемого вмешательства на позвоночном двигательном сегменте; повреждение спинного мозга; нарастающая неврологическая симптоматика. Относительные противопоказания к пункционному лечению: спондилолистез более чем 2 степени; аллергические реакции на лекарственные препараты, используемые при проведении технологии; хронические соматические заболевания в стадии декомпенсации; признаки повреждений корешков спинного мозга; спондилоартроз, сопровождающийся латеральным стенозом с компрессией сосудисто-нервных образований. Рекомендуется проведение декомпрессивных вмешательств при компрессии интраканальных сосудисто-нервных образований.

-- рекомендуется проведение микрохирургических и эндоскопических декомпрессивных вмешательств при локальном компрессирующем субстрате невралгических структур.

-- рекомендуется фасетэктомия при сдавлении спинного мозга и (или) его корешков гипертрофированными дугоотростчатыми суставами при неэффективности консервативного лечения.

-- рекомендуется проведение межтелового спондилодеза в случаях: - сегментарной нестабильности различной этиологии; - псевдоартроза; - дегенеративного сколиоза; - спондилолистеза; - снижения высоты диска со стенозом межпозвонковых отверстий.

-- рекомендуется для создания условий формирования надежного спондилодеза выполнение задней фиксации (винтовой, крючковой). Вид и протяженность задней внутренней фиксации (винтовой или крючковой) зависит от выраженности и распространенности дегенеративных поражений, анатомических особенностей позвоночника. На предоперационном этапе планируются: - варианты конструкции (винтовая, крючковая, комбинированная); - способы установки фиксирующих элементов конструкции (для винтов – транспедикулярно, трансартикулярно, экстрапедикулярно и т.д., для крючков – ламинарный зацеп, зацеп за поперечные отростки и т.д.); - количество фиксируемых сегментов.

-- рекомендуется применение динамической межостистой фиксации при умеренных дегенеративных поражениях межпозвонкового диска и признаков сегментарной нестабильности.

-- рекомендуется применение нейростимуляции спинного мозга при хронической нейрогенной боли в отсутствие показаний для декомпрессивных операций. Использование метода нейростимуляции спинного мозга возможно у пациентов с достаточным уровнем интеллекта (адекватная самооценка, навыки работы с гаджетами).

Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации при хирургическом лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника средней тяжелой степени тяжести		
Наименование услуги (справочно)	УЧП*	УКП**
Психотерапия	0,200	3,000
Наложение корсета при патологии шейного отдела позвоночника	0,200	1,000
Наложение корсета при патологии грудного отдела позвоночника	0,100	1,000
Наложение корсета при патологии поясничного отдела позвоночника	0,700	1,000
Эластическая компрессия нижних конечностей	0,990	21,000
Электростимуляция мышц	0,050	15,000
Электрофорез лекарственных препаратов при костной патологии	0,100	10,000
Воздействие магнитными полями	0,500	10,000
Электростимуляция мочевого пузыря	0,100	3,000
Дыхательные упражнения дренирующие	0,800	5,000
Массаж шеи	0,050	5,000
Массаж верхней конечности	0,050	5,000
Гемотранфузия	0,100	1,100
Электролимфодренаж при заболеваниях кожи и подкожной клетчатки	0,100	10,000
Индивидуальное занятие лечебной физкультурой при заболеваниях позвоночника	0,800	10,000
Тренировка с биологической обратной связью по опорной реакции при заболеваниях позвоночника	0,500	10,000
Лечебная физкультура с использованием аппаратов и тренажеров при заболеваниях позвоночника	0,500	10,000
Массаж при заболеваниях позвоночника	0,600	10,000

*Усредненная частота предоставления

**Усредненная кратность применения

Критерии оценки качества медицинской помощи при остеохондрозе позвоночника			
№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1	Проведена диагностика поражений спинного мозга и/или его корешков	A	1++
2	Проведена необходимая медикаментозная поддержка/обезболивание	A	1++
3	Выполнена рентгенография, МСКТ, МРТ, ЭМГ (каждый вид - при наличии показаний) на предоперационном этапе	A	2+
4	Выполнена рентгенография, МСКТ, МРТ, ЭМГ (каждый вид - при наличии показаний) на послеоперационном этапе	A	2+
5	Выполнено определение показаний/противопоказаний для хирургического лечения	A	2+
6	Выполнено составление программы медицинской реабилитации при выписке из стационара	C	2+

Плечевой периартроз – группа разных по этиологии и клинической картине заболеваний околоуставного аппарата плечевого сустава, проявляющихся болью и ограничением подвижности в нем. Для обозначения этого состояния в литературе используют ряд терминов: «плечевой периартрит», «плечевая периартропатия», «синдром замороженного плеча» (СЗП) и другие, что вносит определенные сложности и отчасти объясняет большой разброс статистических данных.

Термин «плечелопаточный периартроз» наиболее часто употребляется в нашей стране для обозначения неспецифического поражения периартикулярных тканей. В МКБ-10 такой диагноз отсутствует; все периартикулярные поражения области плечевого сустава представлены в виде отдельных нозологических форм, в основном соответствующих классификации Т. Thornhill (1989): тендинит мышц вращательной манжеты (с указанием конкретной мышцы); тендинит двуглавой мышцы плеча; кальцифицирующий тендинит; разрыв (частичный или полный) сухожилий мышц области плечевого сустава; адгезивный капсулит (АК). Клиническая картина. Для патологии вращательной манжеты плеча характерна разлитая тупая боль в верхненаружном отделе плеча, иногда с иррадиацией до уровня локтя. Боль, как правило, возникает после значительных или непривычных физических нагрузок, усиливается при подъеме руки вверх и заведении ее за спину. Многие пациенты отмечают, что боль мешает уснуть, особенно, если они лежат на стороне пораженного сустава. В более поздних стадиях боль усиливается, возможно появление тугоподвижности сустава. Характерно избирательное ограничение подвижности в пораженной мышце при сохранении (в ранних стадиях) объема пассивных движений. Диагностика. Основу диагностики патологии вращательной манжеты плеча составляют клинические тесты. Из параклинических исследований методом выбора

является УЗИ мышц, как достаточно информативный, безопасный и недорогой метод, основная задача которого – исключение разрыва мышц вращательной манжеты плеча. Магнитно-резонансная томография (МРТ) показана при необходимости хирургического вмешательства. Среди дополнительных методов исследования традиционно применяется рентгенография плечевых суставов, в первую очередь для исключения серьезной патологии – переломов, вывихов, опухолевых поражений, кровоизлияния в сустав и др. УЗИ представляется оправданным и экономически эффективным методом оценки патологии вращательной манжеты плеча с возможностью визуализации как статических показателей, так и состояния мышц при движении. В сложных случаях возможно проведение МРТ сустава.

ВЫВОДЫ

На основании изучения данных предоставленных медицинских документов на имя [REDACTED] на поставленные вопросы считаю возможным дать следующие ответы:

На вопрос «1. Допущены ли какие-либо дефекты медицинской помощи при оказании медицинских услуг [REDACTED] в ООО «МЦ «РЕЛАКСМЕДИКА» в период 17.10.2020г. По 24.10.2020г.»»

С учетом данным медицинских документов, принимая во внимания комплект действительных нормативно-правовых актов, клинические рекомендации, стандарты оказания медицинской помощи, а также данные доказательной научной литературы, прохожу к выводам, что в период оказания медицинской помощи 17.10.2020 г. по 24.10.2020г. [REDACTED] в ООО «МЦ «РЕЛАКСМЕДИКА» допущены следующие дефекты медицинской помощи (с целью удобства дефекты распределены по группам).

1. Дефекты медицинской помощи, связанные с диагностическими мероприятиями:

- отсутствие осмотра невролога в полном объеме: 24.10 при выполнении фармакопунктуры специалистом отмечено «жалобы на боли и онемение по всей руке и пальцы», при этом в этот же день при осмотре неврологом таких жалоб не установлено, нарушений чувствительности не выявлено, что можно расценивать, как недостаточно тщательный осмотр и сбор жалоб пациента. При этом данный момент является ценным с диагностической точки зрения, так как нарушение чувствительно в руке, является признаком компрессии корешков спинного мозга, наличие или отсутствие компрессии влияет на дальнейшую лечебно-диагностическую тактику.

- Отсутствие современной диагностики заболеваний позвоночника, а именно несвоевременное проведение МРТ позвоночника. Выставленный диагноз: «Остеохондроз позвоночника» требовал перед началом основного

комплекса лечебных мероприятий своего подтверждения, в качестве наиболее информативного способа диагностики рекомендуется проведения МРТ позвоночника. В отсутствии достоверной диагностики остеохондроза позвоночника возможно было лишь начало обезболивающей терапии препаратами из группы нестероидных противовоспалительных средств, для восстановления качества жизни пациента. Назначение прочего лечения в отсутствии достоверной диагностики заболевания, с учетом отсутствия осмотра неврологом в полном объеме, чревато назначением непоказанных препаратов и лечебных мероприятий, а главное чревато тем, что возможно пропустить заболевания, представляющими опасность и требующих специфического лечения.

- Отсутствие консультаций врачей других специальностей. Жалобы пациента на боли и ограниченность подвижности изолированно в левом плечевом суставе требовали назначения консультации травматологом - ортопедом с целью выявления заболеваний, представляющими опасность и требующими специфического лечения, проведения дифференциальной диагностики, выполнения диагностических клинических тестов, которые лежат в основе диагностике заболеваний группы плечелопаточных периартрозов. В отсутствии необходимой консультации травматологом - ортопедом возможно назначение лечебных мероприятий, противопоказанных при определённых заболеваниях, диагностика которых входит в компетенцию врача- травматолога. После получения результатов УЗИ левого плечевого сустава тем более требовалось назначения консультации травматологом-ортопедом, так как были выявлены профильные заболевания тендиопатия сухожилия надостной мышцы, минимальный поддельтовидный бурсит. Выявление на МРТ позвоночника дорзальных протрузий дисков С4-С5, С5-С6, дорзальной грыжи диска С6-С7 требовало назначения консультации врачом нейрохирургом с целью определения дальнейшей лечебной тактики, то есть необходимости или отсутствия необходимости оперативного лечения.

- Отсутствие своевременно диагностики заболеваний левого плечевого сустава с помощью инструментальных методов (МРТ, УЗИ, рентгенография). На первичном осмотре пациенту врачом неврологом было выставлено осложнение плече-лопаточный периартрит (данная формулировка в современной медицине считается неприемлемой, а верно использовать плечелопаточный болевой синдром, либо плечелопаточный периартроз!) адгезивный капсулит левого плеча, при этом не только не была назначена консультация профильного специалиста, но и не была назначена инструментальная диагностика заболеваний левого плечевого сустава. Фактически врачом вслепую был выставлен диагноз, без проведения клинических диагностических тестов, без проведения инструментального обследования, без консультации профильного специалиста. Данное обстоятельство привело к отсутствию начала своевременного необходимого лечения, а также к назначению непоказанного лечения.

- не назначение неврологом ЭНМГ (электронейромиография) верхних конечностей, при отсутствии эффективности назначенного лечения, при наличии отрицательной динамики заболевания (относительно состояние левого плечевого сустава). ЭНМГ диагностическая процедура, позволяющая оценить состояние мышц и периферической нервной системы. Она дает возможность максимально точно диагностировать различные неврологические заболевания нервов верхних и нижних конечностей человека, заболеваний спинного мозга, а, также оценить состояние мышц и выявить такие серьезные заболевания, как наследственная миопатия или миодистрофия.

2. Дефекты медицинской помощи, связанные с лечебными мероприятиями.

- отсутствие назначения показанных препаратов из группы НПВС (нестероидных противовоспалительных средств). Данная группа препаратов должна была быть назначены в первую очередь. При лечении спондилогенной дорсопатии в остром периоде основной задачей является купирование боли и восстановление биомеханики позвоночника. Проведение такого лечения позволяет предупредить развитие у больного фиксации патологического двигательного стереотипа.

- Отсутствие назначений показанных препаратов, улучшающих метаболические процессы в межпозвонковом диске: хондроитин сульфата, глюкозамина, витамины группы В.

- Отсутствии рекомендаций по поводу двигательного (ортопедического) режима. Лечение болей в спине, связанных с дегенеративно- дистрофическими изменениями позвоночника, включает основные положения по соблюдению рационального двигательного (ортопедического) режима, выбор которого зависит от характеристик боли (острая, хроническая) и ее причин (миофасциальный синдром, дегенеративные изменения в позвоночно-двигательном сегменте (ПДС), компрессия корешков спинномозговых нервов). В острый период при боли в области шеи целесообразно ношение воротника Шанца. Обязательным является освоение двигательных навыков повседневной жизни (правильное сидячее положение, техника подъема и переноса тяжестей, регулярная смена позиции тела в течение дня для декомпрессии диска и др.) И физическая нагрузка в форме общеукрепляющей и специальной лечебной гимнастики в период обострения и занятий адекватными видами физкультуры и спорта в период ремиссии.

- Отсутствие лечения плече-лопаточный периартрита и адгезивный капсулита – заболеваний из группы «плечелопаточный периартроз» в полном

объеме и современно: при данных заболеваниях рекомендованы ограничение нагрузки на сустав в острый период с постепенной реабилитацией, назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), проведение блокад с ГК и местными анестетиками, различные виды физиотерапии, включая постизометрическую релаксацию и мануальную терапию.

- Назначение «Арт-озон внутрисуставной инъекции озono-кислородной смеси» не было показанным, применение данной лечебной методики не описано в клинических рекомендациях, стандартах оказания медицинской помощи, а также в обзорах доказательных методов лечения болевого синдрома.

При использовании инвазивных методов лечения в острый период заболевания необходима строгая оценка рисков и пользы от данных мероприятий, использование инвазивных методов может спровоцировать обострение болевого синдрома или его усиление, что и было установлено позднее у пациентки. В данном конкретном случае, учитывая, отсутствие доказательной эффективности озono-кислородной смеси при данном типе патологии, отсутствие упоминаний о данной методике в клинических рекомендациях и стандартах лечения применение «Арт-озон внутрисуставной инъекции озono-кислородной смеси» в острый период заболевания без адекватной диагностики было противопоказанным.

3. Дефекты оформления медицинской документации.

Основным и наиболее важным дефектом оформления медицинской документации в данной ситуации является отсутствие добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство. Проведение медицинской манипуляции, при состоянии, которое не является угрозой для жизни, без получения согласия пациента неприемлемо и является грубым нарушением. Медицинская организация может быть привлечена к ответственности за невыполнение обязанностей по информированию пациентов о медицинских услугах в соответствии с законодательством РФ, в частности за не оформление бланков согласий или отказов пациентов от медицинских вмешательств. Не оформление ИДС (информированного добровольного согласия) может рассматриваться как нарушение лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности (пункт 5 а., в. Постановления Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности»), что повлечет наступление административной ответственности в соответствии с ч. 3, 4 ст. 14.1 коап РФ. Медицинская организация за не предоставление информации, а также предоставление недостоверной или недостаточной информации может

понести ответственность в соответствии с Гражданским кодексом РФ и Законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей». Пациент имеет право на возмещение вреда, причиненного его жизни, здоровью вследствие недостоверной или недостаточной информации о медицинской услуге не зависимо от вины медицинской организации (ст. 1095 Гражданского Кодекса РФ, ст. 12 «Закона о защите прав потребителей»). Под вредом, причиненным здоровью человека, понимается нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психогенных факторов внешней среды.

Ответ на вопрос: «2. Если да, то повлекли ли за собой указанные дефекты ухудшение состояние здоровья [REDACTED]?» :

Дефекты медицинской помощи, связанные с диагностическими мероприятиями, а также дефекты медицинской помощи, связанные с лечебными мероприятиями, создавали угрозу для ухудшения опорно-двигательной функции организма.

Отсутствие своевременной качественной в необходимом объеме, отсутствие показанного лечения в полном объеме существенно увеличивали сроки лечения.

Не назначение адекватной показанной обезболивающей терапии в нужном объеме привело к длительному периоду ограниченной функциональности, сопровождавшемуся выраженными болевыми ощущениями. Как было уже отмечено выше отсутствие адекватной терапии, уменьшающей болевые ощущения приводит к развитию у больного фиксации патологического двигательного стереотипа, что в дальнейшем нарушает качество жизни.

В отсутствии описанных дефектов было возможно наступление выздоровления в более ранние сроки.

Использование противопоказанной в данной клинической ситуации лечебной методики - «Арт-озон внутрисуставной инъекции озон-кислородной смеси» вероятно привело к усилению болевого синдрома и усилению ограниченности подвижности плечевого сустава, так как применения в острый период инвазивной методики черновато подобными рисками.

В отсутствии данного дефекта возможно было избежать усиления болевого синдрома и ограничения подвижности левого плечевого сустава.

Специалист

Врач-судебно-медицинский эксперт

/ Яковлева Ю.В./

Приложения:

1. Документы специалиста Яковлевой Ю.В.;
2. Документы организации ООО «МЦЭО»;





Настоящий сертификат свидетельствует о том, что

**Савина
Юлия Викторовна**

Решением
экзаменационной комиссии при
Федеральном государственном бюджетном
образовательном учреждении высшего образования
"Самарский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
от "27" июля 2016 г. протокол № 200
Допущен к осуществлению медицинской
или фармацевтической деятельности
по специальности
(направлению подготовки)

судебно-медицинская экспертиза

Сертификат действителен в течение 5 лет.

Председатель экзаменационной
(государственной аттестационной
экзаменационной) комиссии

Ректор / Директор / Руководитель

Секретарь *Геофолова*



Настоящий диплом свидетельствует о том, что

**Савина
Юлия Викторовна**

освоил(а) основную образовательную программу
послевузовского профессионального образования
(интернатура)

в федеральном государственном бюджетном
образовательном учреждении высшего образования
"Самарский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Решением государственной аттестационной комиссии

от 27 июля 2016 года

присвоена квалификация
врач (провизор) по направлению подготовки
(специальности)

судебно-медицинская экспертиза

Председатель Государственной
аттестационной комиссии

Ректор (Директор)

Секретарь *Геофолова*



СВИДЕТЕЛЬСТВО
О ЗАКЛЮЧЕНИИ БРАКА

Яковлев

Александр ^{фамилия}Сергеевич
гражданин ^{гражданство}России

« 10 » ^{национальность (вносится, если указана в записи акта о заключении брака)}апреля ¹⁹⁹² г.
^{дата рождения} с. Гольяпти, Самарская область

и ^{место рождения} Савина

Юлия ^{фамилия}Викторовна
гражданка ^{гражданство}России

« 07 » ^{национальность (вносится, если указана в записи акта о заключении брака)}февраля ¹⁹⁹² г.
^{дата рождения} с. Николаевка, Илийский район, Алма-Атинская область

заклучили брак ^{число, месяц год (цифрами и прописью)} 16-го июня
шестнадцатого июня

две тысячи шестнадцатого года

о чем ²⁰¹⁶ года ^{июня} месяца ¹⁶ числа

составлена запись акта о заключении брака № ³³⁷

После заключения брака присвоены фамилии:

мужу ^{Яковлев}

жене ^{Яковлева}

Место государственной регистрации ^{отдел ЗАГС Самарского района}

^{городского округа Самара}

^{управления ЗАГС Самарской области}

Дата выдачи « 16 » июня 2016 г.

Руководитель органа
записи актов гражданского состояния


И.В. Нысларь

И-ЕР № 676190

Гознак, МПФ, Москва, 2015, «В».

Серия ЛО

0009581



ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

ЛИЦЕНЗИЯ

№ ЛО-77-01-009172 от « 20 » октября 2014 г.

На осуществление
(указывается лицензируемый вид деятельности)

Медицинской деятельности

(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")

Виды работ (услуг), выполняемых (оказываемых) в составе лицензируемого вида деятельности, в соответствии с частью 2 статьи 12 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности»:
(указываются в соответствии с перечнем работ (услуг), установленным положением о лицензировании соответствующего вида деятельности)

Согласно приложению (ям) к лицензии

Настоящая лицензия предоставлена (указываются полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, (в том числе фирменное наименование), и организационно-правовая форма юридического лица (фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, наименование и реквизиты документа, удостоверяющего его личность)

**Общество с ограниченной ответственностью
"Межрегиональный Центр Экспертизы и Оценки"**

ООО "МЦЭО"

**Общество с ограниченной ответственностью
"Межрегиональный Центр Экспертизы и Оценки"**

Основной государственный номер юридического лица (индивидуального предпринимателя) (ОГРН)
1087746333806

Идентификационный номер налогоплательщика **7701775023**

Место нахождения и места осуществления лицензируемого вида деятельности (указываются адрес места нахождения (места жительства – для индивидуального предпринимателя) и адреса мест осуществления работ (услуг), выполняемых (оказываемых) в составе лицензируемого вида деятельности)

105005, г. Москва, пер. Аптекарский, д. 13/15, стр. 1, кв. 53

Адреса мест осуществления деятельности согласно приложению(ям)

Настоящая лицензия предоставлена на срок:

бессрочно

до « _____ » _____ г.

(указывается в случае, если федеральными законами, регулирующими осуществление видов деятельности, указанных в части 4 статьи 1 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности», предусмотрен иной срок действия лицензии)

Настоящая лицензия предоставлена на основании решения лицензирующего органа — приказа (распоряжения)

от « 20 » октября 2014 г. № 699-Л

Настоящая лицензия переоформлена на основании решения лицензирующего органа — приказа (распоряжения)

от « _____ » _____ г. № _____

Настоящая лицензия имеет 1 приложение (приложения), являющееся её

неотъемлемой частью на 1 листах.

**Первый заместитель
руководителя Департамента
здравоохранения города
Москвы**

(должность)

(подпись уполномоченного лица)

Н.Н. Потехаев

(ф.и.о. уполномоченного лица)

М.П.



Серия ЛО



0066841

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к лицензии № ЛО-77-01-009172 от « 20 » октября 2014 г.

на осуществление

Медицинской деятельности

(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")

ВЫДАННОЙ (наименование юридического лица с указанием организационно-правовой формы (ф.и.о. индивидуального предпринимателя))

**Общество с ограниченной ответственностью
"Межрегиональный Центр Экспертизы и Оценки"**

адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, выполняемые работы, оказываемые услуги
107023, г. Москва, ул. Электрозаводская, д. 20, стр. 3

При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: судебно-медицинской экспертизе, судебно-психиатрической экспертизе: однородной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе.

Первый заместитель
руководителя Департамента
здравоохранения города
Москвы

Н.Н. Потекаев

(должность)

(подпись уполномоченного лица)

(ф.и.о. уполномоченного лица)



Приложение является неотъемлемой частью лицензии

A263

ООО «НТТ»РАФ», г. Москва, 2013 год, версия В



**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ
В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА**

Территориальный отдел Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве в Восточном административном округе города Москвы

(наименование территориального органа)

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

№ 77.01.16.000.М.007007.09.14 от 19 сентября 2014 г.

Настоящим санитарно-эпидемиологическим заключением удостоверяется, что производство (заявленный вид деятельности, работы, услуги) (перечислить виды деятельности (работ, услуг), для производства — виды выпускаемой продукции; наименование объекта, фактический адрес):

Здания, строения, сооружения, помещения, оборудование и иное имущество, используемые для осуществления медицинской деятельности. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: судебно-медицинской экспертизе, судебно-медицинской экспертизе и обследованию потерпевших, обвиняемых и других лиц, однородной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе, комплексной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе; Медицинские кабинеты ООО "МЦЭО"; г.Москва, улица Электрозаводская, дом 20, стр.3

Заявитель (наименование организации-заявителя, юридический адрес)

Общество с ограниченной ответственностью "Межрегиональный Центр Экспертизы и Оценки"

(ИНН:7701775023, ОГРН:1087746333806)

Юридический адрес: 105005, г.Москва, Аптекарский переулок, дом 13/15, стр.1, кв.53

СООТВЕТСТВУЕТ (НЕ СООТВЕТСТВУЕТ) государственным санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам (ненужное зачеркнуть, указать полное наименование санитарных правил)

СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность" СанПиН 2.1.7.2790-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами" СанПиН 2.2.1/2.1.1.1278-03 "Гигиенические требования к естественному, искусственному и совмещенному освещению жилых и общественных зданий" СП 3.1/3.2.3146-13 "Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней"

Основанием для признания условий производства (вида деятельности, работ, услуг) соответствующими (не соответствующими) государственным санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам являются (перечислить рассмотренные документы):

Заявление № 25-01760-2 от 15.09.2014; Акт санитарно-эпидемиологического обследования ТОО Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве в ВАО г. Москвы от 18.09.2014 №08-7191-Ф

Заключение действительно до

Главный государственный санитарный врач
(заместитель главного государственного санитарного врача)

по Восточному административному округу г. Москвы

№ 2541813



НЕКОММЕРЧЕСКОЕ ПАРТНЕРСТВО
«ПАЛАТА СУДЕБНЫХ ЭКСПЕРТОВ»
CHAMBER OF JUDICIAL EXPERTS

СВИДЕТЕЛЬСТВО

№ 9222

ООО "Межрегиональный центр
экспертизы и оценки"

является действительным Членом некоммерческого партнерства
«ПАЛАТА СУДЕБНЫХ ЭКСПЕРТОВ»

Протокол заседания Президиума Партнерства

№ 134 от 03 октября 2016 года

Генеральный директор
НП «СУДЭКС»

С.Е. Киселев

Действительно при наличии голограммы с обратной стороны Свидательства



