

Клинический случай результативности комплексного подхода биорегуляционной терапии и биопунктуры пяточной боли у пациентки с плантарным фасциитом.

Ключевые слова: подошвенный фасциит, хроническая боль, биорегуляционные препараты, биопунктура.

Данный клинический случай показывает возможность достижения длительной и полной ремиссии (в течение 3 лет) у пациентки с выраженной и упорной хронической пяточной болью при неэффективности общепринятых методов лечения на современном этапе медицины.

Биорегуляционная терапия может с успехом применяться при плантарном фасциите и возвращать качество жизни пациенту с хронической болью.

Пациентка с 2021 года страдала интенсивной стреляющей болью 8-9 баллов ВАШ (Визуальная аналоговая шкала (Visual Analogue Scale) в пяточных областях с иррадиацией по задней поверхности голени и бедер. Боль сопровождалась ощущением «подкашивания» ног. Наиболее интенсивная боль отмечалась в начале первых шагов после перемены положения из «лежа /сидя» в «стоя», так называемая стартовая боль. Затем присоединилась фоновая боль в ногах ВАШ 4-5 баллов., скованность и ограничение движений в голеностопных суставах, требующая разминки, тяжесть в ногах. Пациентка испытывала страх первого шага, ожидание болезненного ощущения, угнетенность и тревожность. Физикальное обследование выявило резкую болезненность в пяточных областях, наличие триггерных точек в проекции ахиллова сухожилия, икроножных мышц.

На основании специфических жалоб, данных анамнеза, клинического осмотра, параклинических данных был поставлен диагноз: Двусторонний подошвенный фасциит, выраженный болевой синдром (М 72.2). Смешанное тревожное и депрессивное расстройство средней степени тяжести (F41.2). Ожирение 2 степени (E66). Проведенное лечение в течение 6 - ти недель с применением биорегуляционных препаратов: раствора лимфомиозота, раствора и таблеток для рассасывания Траумель[®]С в методах биопунктуры :триггерных, местных и отдаленных акупунктурных корпоральных точек привело к полному

купированию болевого синдрома в пяточных областях, голенях и бедрах и длительной ремиссии на протяжении 3-х лет. Данный результат привел к новому высокому качеству жизни, ходьбы без боли.

Клинический случай моей практики показывает целесообразность применения биорегуляционной терапии совместно с методами рефлексотерапии в успешном лечении подошвенного фасциита. Данный случай демонстрирует высокую эффективность, экологичность, простоту и низкие финансовые затраты примененной терапии, что позволяет рекомендовать его в клинической практике. Важным моментом в оценке результатов лечения является 100% удовлетворенность пациентки.

Данный случай представляется уникальным и целесообразным для представления медицинской общественности, учитывая высокую распространенность, клиническую значимость для пациента и врача, торпидность к проводимой терапии. Поскольку пациенткой безрезультатно были приняты многочисленные курсы лечения (нестероидные противовоспалительные препараты наружно, внутримышечно, per os, хондропротекторы, физиолечение и лечебные медикаментозные блокады с глюкокортикоидами, лучевая терапия), был выбран курс биорегуляционной терапии препаратами Траумель[®]С и лимфомиозот в растворах в сочетании с биопунктурой. По данным медицинской литературы методы применяются с доказанной эффективностью и безопасностью [28, 29, 30, 31, 32, 33,34].

Пациентка Женщина, 58 лет, замужем, проживает в благоустроенной квартире с мужем и свекровью. Закончила медицинское училище в 1994 году, работает медсестрой по массажу. Профессиональная деятельность связана с длительным пребыванием на ногах. Родилась от 3- й беременности, росла и развивалась согласно возрастным нормам, менструация с 14 лет. Родители умерли от онкозаболеваний. В анамнезе 2-е родов, 2 взрослых сына. Наследственных заболеваний нет. Вирусный гепатит, туберкулез отрицает. В 2013 году перенесла сотрясение головного мозга. В детстве - аппендэктомия. Отмечает аллергические реакции в виде удушья и кашля на резкие запахи. Наблюдается с диагнозом Гипертоническая болезнь 3 ст., артериальная

гипертензия 2 ст. принимает гипотензивную терапию (лизиноприл 5 мг) на постоянной основе. Пациентка имеет рост 158 см., вес 84 кг, ИМТ 33,6. АД 130/90 мм рт. ст. Пульс 76 в минуту.

Пациентка с 2021 года жаловалась на интенсивные стреляющие боли 8-9 баллов ВАШ в пяточных областях с иррадиацией по задней поверхности голеней и бедер. Боль сопровождалась ощущением «подкашивания» ног. Наиболее интенсивную боль пациентка отмечала в начале первых шагов, так называемую стартовую боль. Особенно беспокоили боли после перемены положения, в утренние часы при подъеме с постели. Боли возникали после длительной поездки при выходе из машины. Было трудно передвигать ноги несколько минут, что сопровождалось специфической походкой, тяжестью и тугоподвижностью стоп и голеней. Через 3-4 месяца присоединилась постоянная фоновая боль ВАШ 4-5 баллов, скованность в ногах, требующая разминки. Пациентка испытывала страх первого шага, ожидание болезненного ощущения, угнетенность и тревожность.

В начале заболевания пациентка пыталась помочь себе самостоятельно, применяя анальгезирующие втирания, мази и гели с нестероидными противовоспалительными средствами, использовала народные средства. Кроме того, пациентка ежедневно после пробуждения, прежде чем встать с постели, несколько минут выполняла гимнастику для ног, что снижало интенсивность болевых ощущений при первых шагах, иначе, со слов пациентки, боль была невыносима. С проблемой пяточной боли обращалась к врачам разных специальностей. Получала следующее лечение: витамины группы В (раствор комбилипена) 2 мл внутримышечно 10 дней, раствор алфлутопа (биоактивный концентрат мелких промысловых рыб) 2 мл внутримышечно через день 30 дней, фонофорез гидрокортизоновой мази 12 процедур, лечебная медикаментозная блокада пяточного экзостоза препаратом бетаметазон (betamethasone) суспензия для инъекций 2 мг +5 мг/мл (препарат дипроспан) в количестве 2-х манипуляций с интервалом в неделю, курс лучевой терапии в онкодиспансере. Сеансы проводились через день, получено 5 процедур, при этом лечащим доктором было обещано полное излечение. Со слов пациентки

от всего предпринятого лечения результат — ноль, о чем свидетельствуют предшествующие многочисленные препараты, методики, способы принятого лечения.

При осмотре обращала внимание измененная анталгическая походка, прихрамывала на обе ноги. Видимых изменений нижних конечностей, кожного покрова, отеков не было. Движения в голеностопных суставах болезненны, умеренно ограничены. Выявлена максимальная болезненность в медиальных отделах пяточных бугров, больше справа. Болезненность при пальпации проекции ахиллова сухожилия, реактивная болезненность по задней поверхности голени. Пальпировалось множество триггерных точек по латеральной и медиальной поверхности ахиллова сухожилия.

В январе 2022 года проведен курс лечения по назначению врача травматолога-ортопеда: витамины группы В (раствор комбилипена) 2 мл внутримышечно 10 дней, раствор алфлутопа (биоактивный концентрат мелких промысловых рыб) 2 мл внутримышечно через день 30 дней. Физиотерапевтом назначен фонофорез гидрокортизоновой мази 12 процедур.

В сентябре 2022 года обратилась к хирургу, выполнена лечебная медикаментозная блокада пяточного экзостоза препаратом бетаметазон (betamethasone) суспензия для инъекций 2 мг +5 мг/мл (препарат дипроспан) в количестве 2-х манипуляций с интервалом в неделю.

В ноябре 2022 года прошла курс лучевой терапии в онкодиспансере. Сеансы проводились через день, получено 5 процедур, при этом лечащим доктором было обещано полное излечение. Со слов пациентки от всего предпринятого лечения результат — ноль, о чем свидетельствуют предшествующие многочисленные препараты, методики, способы принятого лечения.

В январе 2023 года обратилась в НИИ травматологии и ортопедии, был поставлен диагноз дорсопатии поясничного отдела позвоночника и рекомендовано проведение массажа пояснично-крестцовой области, мануальная терапия, лечебные блокады с НПВС на поясничном уровне. Пациентка данное лечение не проходила, так как была не согласна с диагнозом.

Проведено рентгенологическое исследование стоп (результаты от 2023 г. не сохранились), ретроспективно от 2025 г. (Приложение № 1, 2) — выявлены дегенеративные изменения в суставах, пяточные экзостозы. В лабораторных показателях крови патологии не выявлено. Выявлены тревога и депрессия -16/12 баллов по госпитальной шкале тревоги и депрессии (приложение № 3), снижение качества жизни - опросник качества жизни (EQ- 5D) - 15 баллов (приложение № 4). Трудностей в диагностике не было. Дифференциальный диагноз проводился с остеоартритом голеностопного сустава.

Проводились сеансы биофармакопунктуры растворами Траумель®С 4 мл, лимфомиозота 1,1 мл в следующей последовательности и комбинации: 1-й сеанс: раствор лимфомиозота 2,2 мл по триггерным точкам и акупунктурным точкам на груди, что в традиционной китайской медицине носит название «море крови» + прессура области подколенных лимфоузлов.

В последующие сеансы в одном шприце соединялись названные препараты и раствор лидокаина 2%- 4,0 мл. Проводились внутримышечные инъекции в пяточные области в зону максимальной болезненности в объеме 1 мл, при этом стороны воздействия чередовались: то правая, то левая. Задействовались триггерные точки по боковой поверхности лодыжек, задней поверхности голени. Применялась биопунктура отдаленных и местных акупунктурных точек (АТ) каналов мочевого пузыря, желчного пузыря, почек и печени, селезенки, толстого кишечника, перикарда и тройного обогревателя по 0.2 мл препаратов на каноническую глубину точки, использовались стерильные инсулиновые иглы (0,4X13 мм — 27 G).

Всего проведено 5 сеансов периодичностью дважды в неделю. Общая продолжительность лечения составила 17 дней. Далее пациентка принимала Траумель®С в таблетках для рассасывания по 1 табл. 3 раза в сутки продолжительностью 1 месяц.

В результате проведенного лечения пациентка через 1,5- 2 недели почувствовала постепенное угасание болевого синдрома, а затем полное его купирование и на протяжении 3-х лет по настоящее время боли не возобновлялись.

С моей точки зрения, лечение можно расценить как эффективное, доступное, экологичное и простое. Из побочных явлений можно отметить только незначительные подкожные гематомы в месте инъекций, которые проходят самостоятельно.

В декабре 2025 года проведено повторное рентгенологическое исследование стоп, где констатированы пяточные экзостозы, дегенеративно-дистрофические изменения плюснефаланговых и голеностопных суставов, но клинических проявлений болевого синдрома нет.

Пациентка показала высокую приверженность к лечению и хорошую переносимость. Побочные действия применяемых препаратов и манипуляций отсутствовали.

Примененный терапевтический подход разработан, обоснован и предложен основателем гомотоксикологии Нансом - Ненрихом Реккевегом (1948- 1950 г.) и получивший дальнейшее научное развитие [32, 33, 34]. Метод биопунктуры — введение в точки РТ комплексных антигомтоксических препаратов фирмы Neel. Показано сочетание препаратов Траумель®С и лимфомиозот при болевых синдромах в воспалительных и дегенеративно-дистрофических процессах. Комплексное воздействие заключается в инъекции лекарственных средств в акупунктурные точки с целью достижения лечебного эффекта через локально- рефлекторный механизм, при этом реализуется синтез гомеопатии и традиционной китайской медицины (Агасаров Л.Г. 2020 г.). Проводится по общей для РТ схеме с раздражением 4-6 местных сегментарно значимых и отдаленных точек, например Rp4-9, R3-6, F2-9, E36 ,GY4 ,VB 34, MC6, TR5, C3-9 . Принцип: все точки проблемной зоны пальпируются, берутся самые болезненные, на следующий день вновь пальпируются и определяется новая комбинация точек. Лечение выполняют инъекциями как одного препарата, так и «коктейлем», состоящим из нескольких сочетающихся между собой средств. Механизм: а) пролонгирование стимуляции АТ; б) создание депо препаратов; в) тонкие взаимодействия точки и гомеопатических препаратов многократно усиливают эффект.

Проблема хронической пяточной боли при плантарном фасциите

актуальна и находит отражение в научной литературе. Признается исключительная важность, обсуждается патогенез и причины болей, различные лечебные вмешательства и их эффективность.

Плантарный фасциит (ПФ) является самой частой причиной боли в пяточной области [1,2,3,4,5,6,7,11,13,14,15,16,17,18,20,21]. Фасциитом страдает около 10% населения старше 40 лет, с ожирением, сахарным диабетом, ревматоидным артритом [8,9]. В 2003 г. Lemont и соавторы определили как заболевание, характеризующееся воспалением в месте прикрепления подошвенного апоневроза вследствие хронической микротравматизации. Однако исследования показывают не воспалительный характер, а дегенеративные процессы, которые представляют собой нарушение структуры волокон коллагена с преобладанием рубцовой соединительной ткани, изменением непрерывности фасции и ее обызвествлением, поэтому правильнее называть его подошвенным фасциозом [6,10,15]. Психологически значимым для пациента признаком ПФ является остеофит медиального бугра пяточной кости, который немецкий врач P. Plettner в 1900 г. предложил называть «пяточная шпора» [7]. Известно, что шпора – не причина заболевания, а его следствие. Кожа в пяточной области самая толстая, что превращают ее в высокоэффективный амортизатор [11]. С возрастом толщина жировой подушки уменьшается, что увеличивает механическую нагрузку на кость и на место прикрепления апоневроза, а это условия для инициирования травматизации апоневроза. Дифференциальную диагностику проводят между переломом пяточной кости, метастатическим поражением, болезнью Бехтерева, ревматоидным артритом, системной красной волчанкой, синдромом тарзального канала.

Среди наиболее распространенных лечебных воздействий: снижение физической нагрузки (2 ретроспективных исследования), лечебная физкультура (рандомизированное исследование с участием 101 пациента), использование подпяточников и стелек, при этом только 30% расценили результат, как отличный [20]. Наибольшее распространение получило применение кортикостероидов (КС) в ионофорезе и в инъекциях в области прикрепления

апоневроза к бугристости пяточной кости.[23,24,25]. Хотя инъекция стероидных препаратов основной метод устранения боли, признано, что инъекции КС не безопасна и по эффективности не имеет преимуществ перед другими методами лечения, а наиболее грозным осложнением является разрыв плантарной фасции, высока также значимость атрофии жировой ткани пяточной области. Лучевая терапия вследствие своего умеренного противовоспалительного эффекта используется на протяжении 60-70 лет, хотя точный механизм ее не известен. [27].Т.Hornykiewytsch и соавторы объяснили эффект излучения сменой тканевого ацидоза длительным алколомом. М. Niewald и соавторстве в 2012 г. провели проспективное рандомизированное исследование и показали эффективность применения стандартных доз (6 Гц) в ближайшие сроки и в отдаленной перспективе.

Из данного клинического случая можно сделать вывод, что даже при упорном и длительном болевом синдроме плантарного фасциита, неэффективности методов и средств аллопатической медицины можно и нужно применять системный подход, основанный на научно - обоснованной теории гомеостатологии и саногенетических механизмах, которые объединяют биорегуляционная терапия и биопунктура.

Пациентка поделилась своим мнением о проведенном лечении: «Уколы были болезненны, особенно в пятки. Через 1,5- 2 недели боль постепенно угасала. А через месяц как- то неожиданно боли прошли совсем и появилось ощущение легкости шага и без боли».

Пациентка подписала информированное согласие на публикацию сообщения данного клинического случая (Приложение 9)

Список литературы

1. Серeda А.П., Боли в пятке. Причины, лечение. / <https://forums.rusmedserv.com>.
2. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. // Под ред. акад. Ю.Л. Шевченко. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.

3. Серeda A.П., Мойсов А.А., Сметанин С.М., Плантарный фасциит. Диагностика и лечение. (Обзор литературы). // Сибирский медицинский журнал (Иркутск), 2016, № 4. – с. 5 – 9.
4. Мойсов А.А., Пяточная шпора / <https://www.ortomed.info/>.
5. Мойсов Адонис Александрович Миниинвазивное хирургическое лечение хронического подошвенного фасциита 14.01.15 – травматология и ортопедия Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Научный руководитель: доктор медицинских наук Серeda Андрей Петрович, москва, 2020 г.
6. Чигарев А. В. Биомеханика: учебное пособие для вузов / А. В. Чигарев, Г. И. Михасев. - Минск: Технопринт, 2004.
7. Cornwall MW, McPoil TG. Plantar fasciitis: etiology and treatment. JOrthopSportsPhysTher 1999; 29:756-760.
8. Plettner P: Exostosen des Fersenbeins. Jahresbericht der Gesellschaft für Natur und Heilkunde in Dresden; 1900.
9. DeMaio, M; Paine, R; Mangine, RE; et al: Plantar fasciitis. Orthopedics. 16:1153–1163, 1993.
10. Riepert T, Drechsler T, Urban R, Schild H, Mattern R: The incidence, age dependence and sex distribution of the calcaneal spur. An analysis of its x-ray morphology in 1027 patients of the central European population. Rofo 1995, 162:502-505.
11. Lemont, H; Ammirati, KM; Usen, N: Plantar fasciitis: a degenerative process (fasciosis) without inflammation. J. Am. Podiatr. Med. Assoc. 93:234–237, 2003
12. Jahss MN, Kummer F, Michekson JD. Investigations into the fat pads of the sole of the foot: heel pressure studies. Foot Ankle 1992; 13: 227-320.
13. Buchbinder R. Clinical practice. Plantar fasciitis. NEnglJMed 2004; 350:2159-2166.
14. Серeda A.П., Мойсов А.А., Сметанин С.М., Плантарный фасциит. Диагностика и лечение. (Обзор литературы). // Сибирский медицинский журнал (Иркутск), 2016, № 4. – с. 5 – 9.

15. Schepsis AA, Leach RE, Gorzyca J. Plantar fasciitis. Etiology, treatment, surgical results, and review of the literature. *ClinOrthopRelat Res*. 1991 May; 266):185-96.
16. Buchbinder R. Clinical practice. Plantar fasciitis. *NEnglJMed* 2004; 350:2159-2166.
17. Singh D, Angel J, Bentley G, Trevino SG. Fortnightly review. Plantar fasciitis. *BMJ* 1997; 315:172-175, Young CC, Rutherford DS, Niedfeldt MW. 107 Treatment of plantar fasciitis. *Am Fam Physician* 2001; 63:467-474,477-478. Erratum in: *Am Fam Physician* 2001; 64:570.
18. Singh D, Angel J, Bentley G, Trevino SG. Fortnightly review. Plantar fasciitis. *BMJ* 1997; 315:172-175.
19. Wolgin M, Cook C, Graham C, Mauldin D. Conservative treatment of plantar heel pain: longterm follow-up. *Foot Ankle Int* 1994; 1Pfeffer G, Bacchetti P, Deland J, Lewis A, Anderson R, Davis W, Alvarez R, Brodsky J, Cooper P, Frey C, Herrick R, Myerson M, Sammarco J, Janecki C, Ross S, Bowman M, Smith R. Comparison of custom and prefabricated orthoses in the initial treatment of proximal plantar fasciitis. *Foot Ankle Int*. 1999 Apr; 20(4):214-21.5:97-102.
20. No authors listed. Plantar fasciitis. Repeated corticosteroid injections are safe. *CanFamPhysician*1998; 44:45,51.19.DiGiovanni BF, Nawoczinski DA, Lintal ME, et al. Tissue-specific plantar fasciastretching exercise enhances outcomes in patients with chronic heel pain: a prospective, randomized study. *J Bone Joint Surg Am* 2003; 85:1270-7.
21. Lynch D.M., Goforth W.P., Martin J.E., et al. Conservative treatment of plantar fasciitis. A prospective study. *J Am Podiatr Med Assoc* 1998; 88:375-380, Stadler TA, Johnson ED, Stephens MB. Clinical inquiries. What is the best treatment for plantar fasciitis? *J FamPract* 2003; 52:714-717.
22. Pfeffer G, Bacchetti P, Deland J, Lewis A, Anderson R, Davis W, Alvarez R, Brodsky J, Cooper P, Frey C, Herrick R, Myerson M, Sammarco J, Janecki C, Ross S, Bowman M, Smith R. Comparison of custom and prefabricated orthoses 105 in the initial treatment of proximal plantar fasciitis. *Foot Ankle Int*. 1999 Apr; 20(4):214-21.

23. Gudeman SD1, Eisele SA, Heidt RS Jr, Colosimo AJ, Stroupe AL. Treatment of plantar fasciitis by iontophoresis of 0.4% dexamethasone. A randomized, double blind, placebo-controlled study. *Am J Sports Med.* 1997 MayJun; 25(3):312-6.
24. Crawford F, D. Atkins, P. Young and J. Edwards. Steroid injection for heel pain: evidence of short-term effectiveness. A randomized controlled trial. *Oxford Journals Medicine & Health Rheumatology* Volume 38, Issue 10: 974-977.
25. No authors listed. Plantar fasciitis. Repeated corticosteroid injections are safe. *CanFamPhysician*1998; 44:45,51.
26. Kogler GF, Solomonidis SE, Paul JP: Biomechanics of longitudinal arch support mechanisms in foot orthoses and their effect on plantar aponeurosis strain. *ClinBiomech* 1996, 11:243-252.
27. Heyd R, Tselis N, Ackermann H, Röddiger SJ, Zamboglou N. Radiation therapy for painful heel spurs. *Strahlenther Onkol.* 2007; 183:3–9.
28. Бедретдинова З.С. Терапия затянувшегося обострения подагрического артрита биорегуляционными препаратами // *Лекарственные средства и рациональная фармакотерапия, Приложение №1 к выпуску № 2, июнь 2025 г., стр 17.*
29. Благинина Т.Н. Коррекция хронической боли в нижней части спины / *Лекарственные средства и рациональная фармакотерапия, Приложение №1 к выпуску № 2, июнь 2025 г., стр. 18- 20.*
30. Марьяновский А.А. Иммуномодуляция – основной механизм действия комплексных антигомотоксических препаратов. *Гомеопатический ежегодник М., 2010. С. 36–47.*
31. Проф. Гаркави А.В. , профессор Кавалерский Г.М. , Терехин С.В., Мещеряков В.А. Купирование болевого синдрома — есть ли альтернатива НПВС?//*Русский медицинский журнал. Клинические рекомендации и алгоритмы для практикующих врачей.* 2018 № 1.
32. Н.А. Агаджанян, Л.И. Ильенко, А.А. Марьяновский. Роль и место антигомотоксической терапии в системе восстановительной медицины: иммунологические механизмы гомеопатии. *Электронный ресурс, 2015 г.*

33. Л.Г. Агасаров, Е.А. Беляева. Частные вопросы антигомотоксической терапии.//Клиническая медицина и фармакология Т.4 №2- 2017. 24.

34. Ролик И.С. Место антигомотоксической терапии в системе медицинской реабилитации / Антигомотоксическая терапия – современное направление эффективной фармакотерапии. М., 2005. С. 7–9.

Тришомченко №1

Отделение лучевой диагностики (1905 года, 19)
государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области "Городская клиническая
поликлиника №20"

Рентгенография стопы в двух проекциях

Дата: 26.11.2025 Время: 15:49

ФИО пациента: _____ Дата рождения: _____ Возраст: _____ Пол: Женский

№ Истории болезни: _____

ЭЭД: 0.004 мЗВ

ПРОТОКОЛ: На ЦРГ стоп в двух проекциях:

Костно-деструктивных и травматических изменений не выявлено. С обеих сторон отмечается обызвествление Ахилловых сухожилий в месте крепления к пяточной кости. С обеих сторон отмечается некоторое обызвествление плантарной фасции в месте крепления к пяточной кости. Единичные мелкие околосуставные кистовидные просветления.

Межфаланговые суставы:

Суставные щели прослеживаются, незначительно неравномерно сужены, конгруэнтность сохранена. Незначительный субхондральный склероз суставных поверхностей. Остеофитные разрастания не отмечаются.

Плюснефаланговые суставы:

2-5 ПФС: суставные щели прослеживаются, незначительно равномерно сужены, конгруэнтность сохранена.

Незначительный субхондральный склероз суставных поверхностей. Остеофитные разрастания не отмечаются.

1ые ПФС: суставные щели прослеживаются, незначительно неравномерно сужены, конгруэнтность сохранена.

Умеренный субхондральный склероз суставных поверхностей. Единичные мелкие краевые остеофитные разрастания.

Таранно-ладьевидные суставы:

Суставные щели прослеживаются, умеренно неравномерно сужены, конгруэнтность сохранена. Незначительный субхондральный склероз суставных поверхностей.

Пяточные кости:

справа: по заднему контуру отмечается "шиповидный" экзостоз размерами до 8.5 мм, а также по нижнему контуру пяточной кости отмечается, вероятно, формирование пяточной шпоры.

слева: по заднему контуру отмечается "шиповидный" экзостоз размерами до 9 мм, а также по нижнему контуру пяточной кости отмечается, вероятно, формирование пяточной шпоры.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Рг-признаки двустороннего остеоартроза межфаланговых, плюснефаланговых суставов II стадии по Kellgren и J. Lawrence, двустороннего остеоартроза таранно-ладьевидных суставов II-III стадии по Kellgren и J. Lawrence, пяточных шпор с обеих сторон.

Данное заключение не является окончательным диагнозом. Диагноз устанавливается лечащим врачом с учетом клинических данных и других методов обследования.

Врач: _____

Приложение №3

20262

Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)

Параметр	Определение	Баллы	При поступлении	При выписке
Я испытываю напряжение, мне не по себе	все время	3	✓	
	часто	2		
	время от времени, иногда	1		
	совсем не испытываю	0		
Беспокойные мысли крутятся у меня в голове	постоянно	3	✓	
	большую часть времени	2		
	время от времени и не так часто	1		
	только иногда	0		
Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться	определенно это так, и страх очень велик	3	✓	
	да, это так, но страх не очень велик	2		
	иногда, но это меня не беспокоит	1		
	совсем не испытываю	0		
Я легко могу присесть и расслабиться	совсем не могу	3	✓	
	лишь изредка, это так	2		
	наверно, это так	1		
	определенно, это так	0		
Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь	очень часто	3	✓	
	часто	2		
	иногда	1		
	совсем не испытываю	0		
Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться	определенно, это так	3	✓	
	наверно, это так	2		
	лишь в некоторой степени, это так	1		
	совсем не испытываю	0		
У меня бывает внезапное чувство паники	очень часто	3	✓	
	довольно часто	2		
	не так уж часто	1		
	совсем не бывает	0		
Всего				

160

Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)

Параметр	Определение	Баллы	При поступлении	При выписке
То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство	это совсем не так	3	✓	
	лишь в очень малой степени, это так	2		
	наверное, это так	1		
	определенно, это так	0		
Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное	совсем не способен	3	✓	
	лишь в очень малой степени, это так	2		
	наверное, это так	1		
	определенно, это так	0		
Я испытываю бодрость	совсем не испытываю	3	✓	
	очень редко	2		
	иногда	1		
	практически все время	0		
Мне кажется, что я стал все делать очень медленно	практически все время	3	✓	
	часто	2		
	иногда	1		
	совсем нет	0		
Я не слежу за своей внешностью	определенно, это так	3	✓	
	я не уделяю этому столько времени, сколько нужно	2		
	может быть, я стал меньше уделять этому времени	1		
	я слежу за собой так же, как и раньше	0		
Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения	совсем так не считаю	3	✓	
	значительно меньше, чем обычно	2		
	да, но не в той степени, как раньше	1		
	точно так же, как и обычно	0		
Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы	очень редко	3	✓	
	редко	2		
	иногда	1		
	часто	0		
Всего				

125

Лечащий врач

Опросник качества жизни (EQ-5D)

Параметр	Определение	При поступлении	При выписке
1. Подвижность	У меня не возникает никаких проблем с передвижением		
	У меня есть некоторые затруднения при передвижении	2	
	Я полностью прикован к постели		
2. Самообслуживание	У меня не возникает никаких проблем с самообслуживанием		
	У меня есть некоторые проблемы с умыванием или одеванием.	2	
	Я совершенно не способен самостоятельно умываться или одеваться		
3. Бытовая активность	У меня не возникает проблем с выполнением повседневных привычных обязанностей (работа, учеба, ведение домашнего хозяйства, досуг)		
	У меня есть некоторые проблемы с выполнением повседневных привычных обязанностей	2	
	Я совершенно не способен выполнять повседневные привычные обязанности		
4. Боль/Дискомфорт	Я не испытываю болей или дискомфорта		
	Я испытываю умеренные боли или дискомфорт		
	Я испытываю очень сильные боли или дискомфорт	3	
5. Тревога/Депрессия	Я не испытываю тревоги или депрессии		
	Я испытываю умеренную тревогу или депрессию		
	Я испытываю очень сильную тревогу или депрессию	3	
6. По сравнению с общим уровнем моего здоровья за последние 12 месяцев мое нынешнее состояние здоровья	Лучше		
	Примерно такое же		
	Хуже		

3
150