

Прежде всего хочу поблагодарить профессоров Л.Лихтермана и Т.Тиссена за их участие в обсуждении важнейшей медицинской и социальной проблемы (см. «МГ» № 20 от 15.03.2013). Благодаря им более чётко высветились те вопросы, которые следует обсуждать. Считаю необходимым дать ответы на выдвинутые оппонентами аргументы. Будем придерживаться рубрики, предложенной оппонентами.

Первое: «Профессор П.Жарков недостаточно грамотен в анализируемой им проблеме. Для него, как он пишет сам, одно и то же – спинномозговой канал и дуральный мешок. А это абсолютно разные анатомические понятия и структуры», «...спинномозговой канал находится не вне, а внутри спинного мозга (почему его ещё называют центральным каналом)».

Оппоненты уличили меня в том, что не знаю я разницы между спинномозговым каналом и дуральным мешком. Эти понятия – камень преткновения для многих специалистов. Дело в том, что в последней Парижской анатомической номенклатуре этих терминов вообще не существует (Международная анатомическая номенклатура. – М.: Медицина, 1980). Есть в ней «подпаутинное пространство», есть «спинномозговая жидкость». А вот где они располагаются – не сказано. И «дурального мешка» тоже нет, а есть «твёрдая оболочка спинного мозга». А вот что говорится в солидных анатомических руководствах: «Спинной мозг (medulla spinalis) лежит в позвоночном канале» (В.Воробьёв, Р.Синельников. Атлас анатомии человека. Т. 5. – М., Л.: Медгиз, 1948; Р.Синельников. Атлас анатомии человека. Т. 3 – М.: Медицина, 1968).

Главные научные сотрудники НИИ нейрохирургии наверняка знают, что спинной мозг лежит вовсе не в позвоночном канале, а в замкнутой полости, которую и называют «дуральным мешком». Из анатомов только В.Тонков (Анатомия человека. Т. 2. – Л.: Медгиз, 1953) без всяких оговорок называет это анатомическое образование «дуральным мешком», содержащим спинной мозг, корешки спинномозговых нервов и спинномозговую жидкость. Весь этот «мешок» лежит в позвоночном канале, и между его стенками и стенками позвоночного канала (эпидурально) располагается рыхлая клетчатка с венозными сплетениями. Некоторые неврологи и рентгенологи используют термин «спинномозговой канал» как синоним «дурального мешка». Такая терминология вполне правомерна, поскольку этот термин нигде больше официально не используется. Почему такое важное для клиники анатомическое образование, как дуральный мешок, игнорируется анатомами – загадка. По-видимому, они не считают это важным. А между тем дуральный мешок, кроме вместительности спинного мозга, является ещё и звеном в важнейшей функции гематоэнцефалического барьера.

Что же касается «центрального канала», то он во всех номенклатурах всегда так и назывался и никогда не назывался «спинномозговым». Правда, Д.Зернов (1885, 1910, 1915) спинномозговым называл то позвоночный канал, то центральный.

«Также неправоможен ряд других постулатов П.Жаркова».

Продолжаем разговор...

О боли в спине... Но не только

Как побороть утвердившуюся концепцию, основанную на умозрительных анатомических представлениях

По-видимому, тех, что перечислены во «втором» и «третьем».

Второе: «Утверждение П.Жаркова, что грыжа межпозвоночного диска в принципе не может давить на спинномозговой нерв в межпозвоночном отверстии, противоречит давно доказанной истине. Сошлёмся здесь, например, на книгу одного из признанных мировых авторитетов – невролога профессора Питера Дууса».

Да, действительно я утверждал и утверждаю, что нерв (именно нерв, а не корешок) в

нервах и спинном мозгу нет места болевому синдрому.

«П.Жарков... даже не упоминает срединные грыжи межпозвоночных дисков, которые приводят к дискомедулярному конфликту и сдавлению передних отделов спинного мозга с возникновением соответствующей симптоматики...»

При сдавлении спинного мозга тактика очевидна: хирургическое вмешательство необходимо. Именно поэтому П.Жарков «даже и не упоминает» об этой патологии.

Оппоненты могли бы сослаться и на автора 8-го издания книги ещё одного признанного мирового авторитета – Л.Гинсберга (Неврология для врачей общей практики. Пер с англ. – М.: Бино, 2010), который считает, что боли в шее, спине, конечностях – следствие сдавления (правда не корешка, а нерва) грыжей диска, «спондилозными изменениями»,

«дегенеративными изменениями» позвоночника, реже опухолями. Однако, как уже говорилось, повреждение нерва влечёт за собой не боль, а выпадение и двигательных, и чувствительных функций. На стороне оппонентов и книга «Диагностика и лечение боли» (Д.Х.Ван Роен, Д.А.Пэйс, М.И.Преодер. Пер. с англ. М.: 2012) и десятки других стандартных публикаций. Но что они добавили в арсенал наших знаний о болях? Кстати, термин «дегенерация» для приобретённой патологии исключён в патоморфологии ещё в 50-е годы прошлого века и заменён термином «дистрофия» (см. руководства по патологической анатомии).

«На магнитно-резонансных томограммах (до хирургического вмешательства) и на операциях чётко видно это сдавление... передних и задних корешков (а также спинального ганглия)».

Если нерв действительно повреждён, то это должно сопровождаться нарушением двигательных и чувствительных функций, а вовсе не болями. И что бы ни изобретали толкователи МРТ, не имеет никакого значения, если нет соответствующей клиники.

«Так же очевидно исчезновение болевого синдрома после устранения его причины – грыжи диска, что иллюстрируется тысячами и тысячами извлеченных

от страданий пациентов».

Исчезновение болевого синдрома и избавление от страданий тысяч и тысяч пациентов обусловлено не удалением грыжи диска, а наркозом, который расслабляет всю поперечнополосатую мускулатуру.

Ещё в 50-е годы прошлого века нейрохирург и патофизиолог профессор В.Галкин – начальник двух этих кафедр Военно-морской медицинской академии – давал рауш-наркоз больным, которых приносили на носилках с острым болевым «поясничным» синдромом. Через 3-5 минут больной просыпался без болей и уходил на собственных ногах, получив все необходимые рекомендации.

Такие же «фокусы» показывают рефлексотерапевты, снимая в течение нескольких минут спазм ягодичной мышцы.

Из собственного опыта. Во Владимирскую областную больницу доставили на машине скорой помощи, а дальше на каталке американскую туристку с острым «поясничным» болевым синдромом. Пациентка – хирургическая медицинская сестра, дважды оперированная в США по поводу грыж дисков на разных уровнях поясничного отдела. Пациентка обречённо заметила: «Наверное, придётся делать третью операцию». Больная направлена на КТ, вызван нейрохирург. На время исследования подключили «электронейростимулятор» в верхней части ягодичной области. По завершении исследования, обнаружившего выпячивание кзади нескольких межпозвоночных дисков, подкатали каталку. Пациентка пошевелилась и говорит: «А у меня ничего не болит». Пришедший нейрохирург не нашёл у неё никакой патологии.

Так что тысячи и тысячи операций – вовсе не аргумент в их пользу.

«...болевыми рецепторами богаты твёрдые мозговые оболочки головного и спинного мозга, капсула межпозвоночного диска...»

В анатомии такой капсулы нет. Диск покрыт спереди и с боков передней продольной связкой, сзади – задней продольной связкой позвоночника и наружным листком дуральной оболочки. Причём под передней связкой между ней и диском – рыхлая соединительная ткань. Задняя связка сращена с диском. Можно было бы принять аргумент, что грыжа разрывает связку – отсюда и болевой синдром. Но в таких случаях боль бы локализовалась в месте повреждения, а не там, где мы её находим при пальпации – в области задней верхней части подвздошной кости.

Сам термин «грыжа» подразумевает наличие дефекта, через который выпадает содержимое какого-то анатомического образования. Кто и когда показал наличие такого дефекта в диске? И что именно выпадает через такой дефект? Желатинозное ядро? Но, как известно и пато-

морфологам, и неврологам, к 40 годам желатинозное ядро усыхает, пронизывается фиброзными тяжами и теряет всякую подвижность. А основной контингент оперируемых старше 40 лет.

«Дегенеративные изменения диска (причём гораздо чаще травматические, а не возрастные) обуславливают его смещение в направлении позвоночного канала или межпозвоночного отверстия, что при формировании грыжи диска приводит к раздражению указанных выше болевых рецепторов и возникновению различных болевых, мышечнотонических, радикулярных и прочих симптомов».

Следовало сказать – дистрофические изменения диска. А посттравматические дистрофические изменения – это и есть преждевременное старение данного сегмента. Всё остальное – чисто умозрительная концепция (то есть гипотеза), придуманная для объяснения болевого синдрома. Никто эту гипотезу не доказал. В анатомии и физиологии эти рецепторы не фигурируют. Радикулярных (корешковых) симптомов с повреждением только заднего чувствительного корешка в природе вообще не существует, поскольку нет такого места в позвоночнике, где бы мог быть повреждён только один – задний корешок без повреждения спинного мозга. Да и располагается этот корешок сзади, а не спереди, откуда идёт грыжа. Существует лишь один радикулярный синдром – синдром конского хвоста, где сдавливаются все корешки в массе – двигательные и чувствительные. Тактика профессора В.Галкина, практика многих рефлексотерапевтов, кинезитерапевтов, мануальных терапевтов, а также наши исследования и практический опыт полностью опровергают эти умозрительные представления.

«Причина болезни – грыжа диска, что, кстати, и лежит в основе мышечных, фасциальных и связочно-сухожильных изменений».

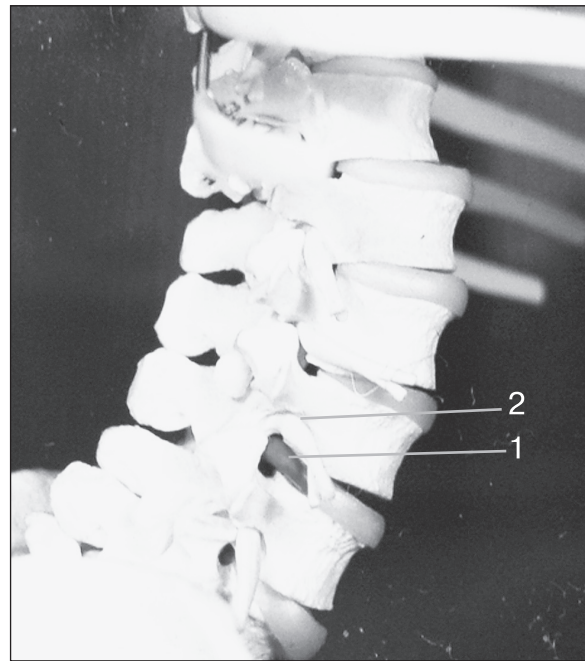
В основе мышечных, связочных и сухожильных изменений лежит не грыжа диска, а дистрофические изменения самих этих анатомических структур, что нам удалось показать и доказать ещё в прошлом веке (П.Жарков, В.Талантов, Б.Юдин. Ревматология, 1983; 3: 52-56). На эту тему защищено 2 диссертации, опубликовано 4 книги. Пациенты, страдавшие от этих изменений, не имели никаких грыж и на «поясничные» боли не жаловались, а те, что жаловались, быстро излавлились от болей без хирургических вмешательств.

Третье: «П.Жарков дезориентирует врачей и население, упрощая огромную и социально значимую проблему остеохондроза позвоночника».

Вот здесь-то и зарыта собака. Нельзя не согласиться с оппонентами, что остеохондроз позвоночника является собой «огромную и социально значимую проблему». Но создана эта проблема искусственно, превращена в средство огромного и социально значимого бизнеса. Не могу утверждать, что создана она у нас. Создана она на Западе, а у нас создана под гипнозом неоспоримого превосходства «передовой западной медицины».

«Показания к хирургическим действиям, бесспорно, определяются не картиночным диагнозом, а клиническим мышлением врача».

Показаниями к хирургическим



межпозвоночном отверстии не может быть сдавлен грыжей диска по той простой причине, что располагаются они в разных поперечных плоскостях. И это утверждаю не только я, но и американские анатомы, создавшие специальный муляж, демонстрирующий это утверждение (на снимке).

Ссылка оппонентов на П.Дууса (Топическая диагностика в неврологии. Пер. с нем. – М.: Вазар-ферро, 1997) крайне важна. Это действительно весьма авторитетный, а главное, знающий учёный. Во всём множестве рассматриваемых им конкретных ситуаций повреждения нервных проводников болевой синдром ни разу не упоминается. И только при подведении обобщающего итога (с. 32, 48) вдруг появляется болевой синдром, причём вначале среди других симптомов, а затем и на первом месте. На это теперь может сослаться вся хирургия межпозвоночных дисков. Так может быть, это был рекламный ход для хирургии? Любой эффективный менеджер знает, что такие две вставки дорожного стоят.

Однако все виды повреждения нервных проводников, описанные П.Дуусом, свидетельствуют о том, что именно клиническая картина, а вовсе не КТ или МРТ говорят о проводниковой патологии. П.Дуус показал, что в клинической картине повреждения проводников в корешках,

действиям должно быть не клиническое мышление врача, а клиническое состояние больного, установленное на основании добросовестного клинического обследования пациента. Найдя болевые точки, достаточно провести анестезирующую блокаду именно в этих зонах. Получаемые при таких блокадах результаты безоговорочно свидетельствуют о блокировании именно источника боли. Такая блокада не может воздействовать на корешки и все анатомические структуры, окружающие грыжу диска, поскольку место блокады расположено гораздо дистальнее корешков.

«П.Жарков может ссылаться только на авторов середины XX века».

Ссылки на авторов середины XX века – вынуждены. Тогда ещё были опытные и грамотные клиницисты. К сожалению, недостаточная профессиональная грамотность нынешних специалистов, бизнес и импортный «криминал» пока побеждают. И не только в медицине.

Вообще-то весь наш спор с увеличением друг друга в книжной неграмотности не стоит ломаного гроша. Основными аргументами должны быть собственное знание изучаемого явления, а главное, результат лечения и цена, уплаченная за него. Под ценой имеются в виду, прежде всего, ущерб, нанесённый здоровью пациента, а также его моральные и материальные потери и затраты государства на длительное ненужное высокотехнологичное лечение и оплату как минимум четырёхмесячного листа нетрудоспособности, а в некоторых случаях и последующей инвалидности. Всё это ложится тяжким бременем на общество.

На базе проведённых исследований и основанного на них успешного лечения мы утверждаем, что позвоночник не имеет никакого отношения к болевым синдромам в области туловища и конечностей. Причиной острых болей являются повреждение связок, сухожилий, мышц, как правило, уже изменённых дистрофическим процессом. Хронические, постепенно нарастающие мышечные боли обусловлены самими дистрофическими изменениями, без дополнительного их повреждения. Только зная источник боли, можно искать причины тканевых изменений, приводящих к патологии этих органов и определить пути оптимального лечения, а главное – профилактики.

Если мы действительно хотим избавить людей от приходивших с возрастом мучительных болей в опорно-двигательной системе, то должны побороть утвердившуюся концепцию вины позвоночника в этих болях.

Хотелось бы, чтобы в обсуждении этой медицинской и социальной проблемы приняли участие ортопеды, физиотерапевты, рефлексотерапевты, кинезитерапевты, мануальные терапевты, а также анатомы и физиологи.

Павел ЖАРКОВ,
главный научный сотрудник
Российского научного центра
рентгенодиагностики,
доктор медицинских наук,
профессор.

НА СНИМКЕ: грыжа диска (1) и спинномозговой нерв (2) располагаются в разных поперечных плоскостях. Поэтому грыжа диска повредить спинномозговой нерв не может. (Американское учебное пособие).

...И отвечаем оппоненту

Мешок — не канал!

Странная логика или демагогия?

Наша дискуссия с профессором П.Жарковым (см. «МГ» от 15.02.2013 и 15.03.2013) продолжается. Полезна она или нет — пусть решат читатели.

Первое

Все попытки профессора П.Жаркова доказать, что дуральный мешок и спинномозговой канал одно и то же, увещательны. Данные литературы, которыми аргументирует свою позицию наш оппонент, лишь подтверждают, что речь идёт о разных анатомических понятиях, и никак не дают основания считать, что термин «спинномозговой канал» (центральный канал спинного мозга) есть синоним «дурального мешка».

Наш спор: «Мешок есть канал» или «Мешок не есть канал», потерял бы всякий интерес, если бы эта анатомическая путаница П.Жаркова не приводила к путанице клинической и, особенно, хирургической. А это уже недопустимо, ибо, в отличие от спинномозгового канала (центрального канала спинного мозга), твёрдая мозговая оболочка (которая и образует всем известный дуральный мешок с расположенным в нём спинным мозгом) обильно снабжена болевыми рецепторами и поэтому может являться субстратом патологии и лечебного воздействия (например, эпидуральные блокады для снятия болевых синдромов). Вместе с тем центральный канал спинного мозга, в норме представляющий щель, заполненную рыхло-лежащими клетками эпендимарной выстилки, при патологии существенно расширяется, и может возникнуть необходимость его дренирования (например, при гидромиелии или сирингомиелии).

Второе

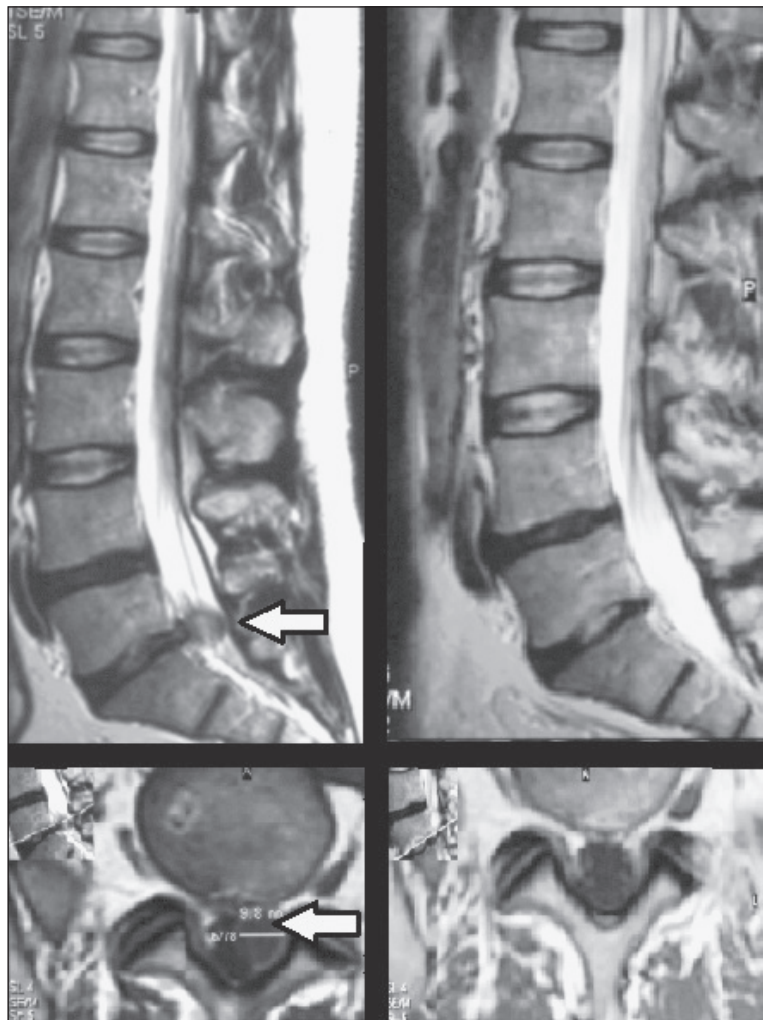
П.Жарков признаёт, что профессор П.Дуус, на мнение которого мы ссылаемся, авторитетный учёный. Но когда П.Дуус дважды пишет в своей книге, что при сдавлении нервных корешков грыжей межпозвонкового диска в межпозвонковом отверстии возникает болевой синдром, то П.Жарков объявляет это объективное заключение учёного «рекламным ходом для хирургии». И подчёркивает: «Любой эффективный менеджер знает, что такие две вставки дорожного стоята». Странная логика или демагогия, не правда ли?

Профессор П.Дуус умер в 1994 г., однако его руководство продолжает жить. Его последователи профессора Матиас Бер (Mathias Baehr) и Михель Фротшер (Michael Frotscher) постоянно обновляют монографию П.Дууса, выпуская её теперь под заглавием «Топический диагноз в неврологии по Петеру Дуусу».

Позволим себе привести выдержки из последнего её издания на русском языке. (Москва, издательство «Практическая медицина», 2009, 468 с.). «Синдром поражения нервного корешка (корешковый или радикулярный синдром). Нервные корешки наиболее уязвимы в межпозвонковом отверстии или вблизи него. Основными

причинами поражения являются – стеноз межпозвонкового отверстия, протрузия межпозвонкового диска и грыжа межпозвонкового диска со сдавлением нервного корешка (выделено М.Бер и М.Фротшер. – Л.Л. и Т.Т.) (с. 85, здесь же приведена схема сдавления нервного корешка, что якобы невозможно по П.Жаркову). И далее описываются радикулярные синдромы при остеохондрозе позвоночника и дегенеративных

резкие боли в пояснице, затем они уменьшились, но сильная боль стала распространяться по левой ноге, развилась небольшая слабость в левой стопе и по её наружной стороне. На МРТ секвестрированная грыжа межпозвонкового диска L5-S1. (на снимке слева). Консервативное лечение без существенного эффекта. Было принято решение о проведении микродискэктомии на уровне L5-S1. Сразу после операции боль исчезла; сила в



изменениях межпозвонковых дисков, механизмы их возникновения и клинические проявления (с. 86-91). И тут же на первом месте боль, боль и боль. Об этом же свидетельствует мировая литература и практика. Да и больные хорошо знают, от чего у них болит спина. Больше противопоставить нам утверждениям П.Жаркова нечего.

Полемизируя с нами, профессор П.Жарков пишет: «Исчезновение болевого синдрома и избавление от страданий тысяч и тысяч пациентов обусловлено не удалением грыжи диска, а наркозом, который расслабляет всю поперечнополостную мускулатуру». Наивное, но и опасное заблуждение, даже если оно подкреплено одним не документируемым наблюдением профессора П.Жаркова.

Нам придётся в ответ привести хотя бы одно из многочисленных верифицированных наблюдений Института нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, доказывающих дискогенную природу болевых синдромов.

Пациент М., 39 лет в течение последних 10 лет периодически боли в пояснице с незначительной иррадиацией в левую ногу по задней поверхности бедра и голени, которые проходили при приёме анальгетиков. 5 недель назад после физической нагрузки возникли

боли в пояснице, затем они уменьшились, но сильная боль стала распространяться по левой ноге, развилась небольшая слабость в левой стопе и по её наружной стороне. На МРТ секвестрированная грыжа межпозвонкового диска L5-S1 (на снимке справа).

Ещё раз подчеркнём, мы противники торальной хирургии и шаблонного подхода к лечению дискогенных болевых синдромов. Подавляющее большинство больных излечиваются от болей в спине и корешковых болей различными физическими и медикаментозными мерами. И лишь в 1-2% случаев, когда возможности консервативной терапии исчерпаны, показано щадящее оперативное удаление доказанной грыжи межпозвонкового диска или устранение стеноза позвоночного канала.

Вряд ли в этом направлении целесообразно продолжать дискуссии с профессором П.Жарковым, когда он голословно и умозрительно продолжает утверждать: «Радикулярных (корешковых) симптомов с повреждением заднего корешка в природе вообще не существует» (!!).

Так же наш оппонент отрицает возможность боли при повреждениях корешков и нервов, в то время как невралгии или, точнее, нейропатии периферических нервов относятся к давно общеизвестной патологии. О чём здесь спорить?

Третье

На наш упрёк, что П.Жарков ссылается только на авторов середины XX века, он даёт «обоснованный» ответ: «Тогда ещё были опытные и грамотные клиницисты». Но неужели основоположник вертеброневрологии профессор Яков Юрьевич Попелянский во второй половине того же века не относится к таковым, как и многие специалисты XXI века?

Профессор Жарков, вы просто предпочитаете ссылаться на тех авторов, которые вам удобны, чтобы отстаивать свои позиции. Что ж, это вполне допустимо.

Мы, конечно, знаем, что существует мышечная, фасциальная, связочная и сухожильная патология, но надо учитывать, что она может быть первичной, самостоятельной, то есть не иметь никакого отношения к позвоночнику, и вторичной, то есть обусловленной раздражением нервных корешков грыжей межпозвонкового диска с развитием болевых, рефлекторных, мышечно-тонических, нейротрофических и других симптомов.

В чём опасность безапелляционных догм? Просим читателей вдуматься в цитату из публикуемой статьи П.Жаркова: «На базе проведённых исследований и основанного на них успешного лечения мы утверждаем, что **позвоночник не имеет никакого отношения к болевым синдромам в области туловища и конечностей**» (выделено нами. – Л.Л. и Т.Т.).

Пусть за нас ответят вертебологи и миологи. И последнее – выдержка из статьи 13 проекта «Кодекса профессиональной этики врача Российской Федерации»: Врач несёт всю полноту ответственности за свои действия и советы в средствах массовой информации перед гражданами и медицинским сообществом (журнал «Медицинская этика», 2013, № 1, с. 3).

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор.

Теодор ТИСЦЕН,
профессор.

Главные научные сотрудники
НИИ нейрохирургии
им. Н.Н.Бурденко РАНН.

НА СНИМКЕ: (слева) сагитальные и аксиальные срезы МРТ пациента с секвестрированной грыжей межпозвонкового диска на уровне L5-S1, грубо деформирующей в этом уровне дуральный мешок (стрелки); (справа) контрольные МРТ того же пациента после микрохирургического удаления грыжи диска: форма и размеры дурального мешка нормализовались, клиническое выздоровление.

ОТ РЕДАКЦИИ. Следуя принципу «В споре рождается истина», мы охотно публикуем дискуссионные статьи наших учёных.

Проблема болевых синдромов исключительно важна, прежде всего для практического здравоохранения, ибо боль в спине – самая частая причина обращения населения в поликлиники и больницы. В публикуемых сегодня статьях на эту тему обосновываются противоположные точки зрения на происхождение и лечение болей в спине.

Мы приглашаем всех, кто занимается этой актуальной проблемой – вертебологов, неврологов, ортопедов, нейрохирургов, физиотерапевтов, мануальных терапевтов и других специалистов принять участие в обсуждении.