

От умозрительных
размышлений – к знанию

К большому сожалению, не только клиницисты не читают морфологическую и физиологическую литературу, но и анатомы, патологоанатомы, физиологи, патофизиологи не читают клиническую литературу, а то бы они нашли много для себя интересного. А ещё бы они убедились, что плохо учат студентов, что их педагогическая работа имеет нулевой выход. Так, почитав литературу, посвящённую болям в спине, анатомы обнаружили бы, что авторы лишь понаслышке знакомы со студенческим курсом нормальной анатомии позвоночника и спинного мозга, что многие из них не знают различий между позвоночным и спинномозговым каналами, что, размышляя о корешках спинномозговых нервов, не знают, что это такое и где корешки находятся, и даже называют их спинномозговыми корешками. Корешки между тем имеются у нервов, а не у спинного мозга.

Патологоанатомы могли бы также обнаружить, что авторы многочисленных монографий об остеохондрозе также не знают, что это такое, а потому боли в спине и даже конечностях приписывают остеохондрозу позвоночника, а многие просто обзывают эти боли остеохондрозом. Узнали бы они также, что авторы многих солидных руководств не знают, что кости, хрящи, нервные проводники, спинной и головной мозг не имеют болевых рецепторов, а потому их повреждения, а тем более медленные, хронические, не дают болевой симптоматики. Поэтому разговор об этиологии и патогенезе болевых синдромов сводится к умозрительным размышлениям и рисованию таких же умозрительных схем, где обнажённые от хряща кости трутся друг о друга, где рисованные грыжи ущемляют эфемерные корешки и тем самым якобы вызывают мучительные боли.

Роль позвоночного столба, безусловно, велика в обеспечении функции опоры и движения, защиты спинного мозга и корешков спинномозговых нервов. Но взваливать на него все наши беды нет никаких оснований. Для доказательств этого, прежде всего, несколько слов о нормальной клинической анатомии позвоночника и заключённых в нём неврологических структурах.

«Ликбез» для специалистов

Позвоночный столб образует позвоночный канал, ограниченный спереди телами позвонков и межпозвоночными дисками, покрытыми задней продольной связкой. По сторонам и сзади позвоночный канал ограничен дугами позвонков и жёлтыми связками между ними. Внутри позвоночного канала располагается спинномозговой канал («дуральный мешок»), в котором заключён спинной мозг (от основания черепа до 2-го поясничного позвонка), а от 2-го позвонка – корешки спинномозговых нервов («конский хвост»). Пространство между стенками позвоночного и спинномозгового каналов заполнено рыхлой соединительной тканью, позволяющей «дуральному мешку» легко перемещаться во всех направлениях. Так на трупе при сгибательно-разгибательных движениях головы «дуральный мешок» перемещается в продольном направлении на 3-5 см.

Спинномозговой канал заполнен спинномозговой жидкостью, в которой «плавают» спинной мозг, а ниже первого поясничного позвонка – корешки спинномозговых нервов. При любом надавливании на «дуральный мешок» корешки смещаются в спинномозговой жидкости, легко уходя от сдавления.

Корешки спинномозговых нервов (передний и задний, т.е. двигательный и чувствительный) существуют раздельно только в спинномозговом канале, за преде-

Точка зрения

Бизнес... и ничего личного?

Тем, кто наконец хочет знать правду о болях в опорно-двигательной системе

В настоящее время представление о причинах болей в области туловища, особенно спины, а также конечностей, если они локализируются вне суставов, базируется на утвердившемся во всём мире представлении о патологии межпозвоночных дисков (дискогенные боли), винят в них остеохондроз позвоночника, который якобы повреждает корешки спинномозговых нервов. Грыжи дисков относят к остеохондрозу. Боли в области суставов приписывают артрозу.

На самом деле в организме человека нет такого места, где бы могли быть повреждены корешки спинномозговых нервов. И вообще за пределами спинномозгового канала («дурального мешка») корешков спинномозговых нервов нет. Корешки спинномозговых нервов могут быть сдавлены вместе с «дуральным мешком» только во всей своей массе и только в поясничном отделе при тяжёлых переломах этого отдела позвоночника, опухолях и воспалительных абсцессах в позвоночном канале. Такое повреждение всей массы корешков носит название «синдром конского хвоста», что

сопровождается выпадением двигательных и чувствительных функций нижних конечностей и тазовых органов, а вовсе не болями. Выпадением этих функций, а не болями характеризуется любое повреждение любых нервных проводников.

Таким образом, если отдельные корешки спинномозговых нервов повреждены быть не могут, то и никаких «радикулитов» и «радикулярных» синдромов в природе не существует, как не существует и вертеброгенных периферических болевых синдромов. Выяснение этих обстоятельств коренным образом меняет не только диагностику, но и лечение, и прогноз заболевания. Диагностика упрощается, лечение сокращается с нескольких месяцев до нескольких дней, прогноз из пессимистического или неопределённого становится, в большинстве случаев, абсолютно благоприятным.

Поэтому поиск в позвоночнике причины болевых синдромов – напрасная трата времени и средств, особенно на дорогостоящие и трудоёмкие лучевые методы исследования.



лы которого они выходят попарно в одной оболочке и называются спинномозговым нервом. Этот нерв направляется к межпозвоночному отверстию и выходит через его верхнюю часть, непосредственно из-под дуги одноимённого позвонка, то есть значительно выше межпозвоночного диска. Иными словами, спинномозговой нерв и диск располагаются в разных поперечных плоскостях. Поэтому не только выпячивания диска, но и любые грыжи не могут повредить спинномозговой нерв. Любопытно, что американские анатомы давно знают это и даже создали специальный учебный муляж, показывающий невозможность такого сдавления. И, несмотря на это, в США проводится наибольшее количество операций по удалению грыж межпозвоночных дисков.

Несколько слов
о патанатомии
остеохондроза

Остеохондроз – термин патоморфологический, введён Шморлем в 1932 г. и означает дистрофическое изменение хряща и прилегающей к нему кости, то есть может быть везде, где есть хрящ и кость – в позвоночнике, суставе, симфизе, рёбрах и т.д. Причём начинается дистрофический процесс всегда с хряща. Хрящевая фаза названа Шморлем хондрозом. По существу остеохондроз является процессом старения – «своевременного» или преждевременного. Это не болезнь, а медленно развивающееся патоморфологическое состояние, такое же, как поседение, облысение, старческое изменение кожи и т.п.

Развлекаясь умозрительными упражнениями, многие авторы утверждают, что остеохондрозные краевые костные разрастания тел позвонков могут травмировать

спинной мозг или корешки спинномозговых нервов. По этому поводу следует сказать, что таких разрастаний в заднем направлении практически не бывает. Остеохондрозные разрастания идут вперёд и в стороны, вдоль выпячивающихся дисков. Кроме того, как уже говорилось, спинномозговые нервы (а не корешки!) и костные разрастания на уровне межпозвоночных дисков располагаются в разных поперечных плоскостях.

Таким образом, ни грыжи дисков, ни костные остеохондрозные разрастания не могут повредить спинномозговые нервы ни в позвоночном канале, ни в межпозвоночных отверстиях (по крайней мере в грудном и поясничном отделах позвоночника), ни тем более корешки спинномозговых нервов по той простой причине, что корешков за пределами «дурального мешка» нет. Причина болей, вероятно, была бы давно установлена, если бы при обследовании больного исследовали то, что болит, а не искали причину в позвоночнике или даже в голове.

Теперь мы уже сталкиваемся с такими фактами, когда, не найдя никакой патологии в позвоночнике, считают, что нет морфологической основы для болей, а значит, это боли психогенные. Совместное лечение таких хронических больных с психиатрами преподносится как новейшее достижение неврологической науки. А это уже не трудности, а позор медицины.

Многие клиницисты отвергали дискогенную концепцию болевых синдромов. J.F.Brailsford (1955), G.S.Hackett (1956), R.Wartenberg (1958), G.Keller (1962) фиксировали внимание на патологии мышц, фиброзных тканей (сухожилий, связок, фасций) конечностей и туловища и рецепторов в них. Эта позиция, особенно G.Keller, подверглась беспощадной критике Я.Попелянского (1974), которую он назвал «велеречивыми нападками на дискогенную теорию ишиаса». Действительно, слабостью позиций указанных авторов являлось то, что они опирались лишь на свой большой клинический опыт,

хоть и критически осмысленный, но не подтверждённый анатомическими исследованиями. Поэтому, несмотря на отдельные критические работы, дискогенная концепция болевых синдромов в области туловища и конечностей постепенно завоевывала всё больше сторонников, и к 80-м годам XX века стала господствовать практически безраздельно. Если в зарубежной литературе фигурируют дискогенные поражения корешков, то в отечественной и литературе, и практике, благодаря авторитетным работам Я.Попелянского и его школы, утвердился взгляд на поясничные боли как результат остеохондроза позвоночника, в который включают и грыжи дисков.

Выход из тупика

Тупиковая ситуация, в которую зашли неврология и ортопедия в диагностике и лечении болевых синдромов, объясняется тем, что они вместо прямой и ясной дороги добросовестного клинического исследования больного пошли по пути умозрительных надуманных концепций и «теорий» о вине позвоночника вообще и остеохондроза и грыж дисков в частности. После этого всем случайным находкам в позвоночнике, начиная от остеохондроза и кончая вариантами нормы, начали приписывать вину в болевых синдромах. А уж когда появилась возможность с помощью томографии КТ и МРТ выявлять выпячивания и грыжи дисков, то на них свалили все беды.

Практически ни в одной истории болезни пациента с болями в спине не найти сведений о точной локализации болевой точки или хотя бы зоны, не говоря уже о пальпаторном исследовании указанной пациентом зоны. И это можно понять: зачем перегруженному больными врачу проводить такие исследования, если всем известно, что болит от остеохондроза или грыжи диска. А потому больного сразу и направляют на «рентген», на КТ, на МРТ. Перед многими кабинетами неврологов и ортопедов вывешены объявления, что пациенты с болями в спине без рентгенограмм позвоночника не принимаются. А от рентгенолога пациенты приходят с заключением о выявленном у них «распространённом остеохондрозе». О квалификации рентгенологов, РКТ и МРТ-специалистов разговор особый.

Из обследованных нами 1490 больных, направленных разными специалистами на рентгенографию, КТ, МРТ, 82% вообще не были раздеты и осмотрены.

Нам удалось показать и доказать, что причина болей в опорно-двигательной системе кроется вовсе не в позвоночнике, а в тривиальном механическом повреждении связок, сухожилий, мышц, чаще уже изменённых дистрофическим процессом. Но все эти анатомические структуры располагаются не в позвоночнике, а в тех местах, которые болят. Эти места должны быть выявлены клинически и в обязательном порядке должны быть сделаны рентгенограммы всей области вокруг болевой зоны, чтобы не пропустить воспалительную или опухолевую патологию. Основным результатом нашей работы явился вывод, что источником боли могут быть только те анатомические структуры, в которых есть болевые рецепторы. Болевых рецепторов нет ни в позвоночнике, ни в межпозвоночных дисках, ни в костях, ни в суставных хрящах, ни в спинном мозге, ни в корешках спинномозговых нервов, ни в самих нервах, как нет их в ногтях и волосах. Они есть в небольшом количестве только в оболочках мозга и нервов (периневрии). Но зато ими насыщены связки, сухожилия мышц, сами мышцы, надкостница, сосуды. Именно анатомические образования, имеющие болевые рецепторы, и являются источником болей во всех системах организма.

Очнуться от гипноза

Наши исследования показали полную несостоятельность концепций, основанных на неправильных умозрительных анатомических представлениях. Незнание точных анатомических деталей и топографии нервной системы позвоночника привело к выдуманному «сдавлению» корешков спинномозговых нервов и, соответственно, диагнозам «радикулитов» и «корешковых синдромов», а отсюда – и к поиску остеохондроза и грыж дисков. Поскольку, по представлению сторонников этой концепции, грыжи – причина болей, то их надо удалять, а нередко и не только грыжу, но и целиком диск, и даже с прилегающими к нему телами позвонков.

На этой лжетеоретической базе выросла целая индустрия диагностики и лечения болевых синдромов в опорно-двигательной системе. Здесь и новейшие диагностические исследования, и высокотехнологичные операции, и изготовление сложных эндопротезов, а главное, сотни фармпрепаратов. Всё это вместе – колоссальный бизнес «и ничего личного». При таком бизнесе интересы пациентов в расчёт не принимаются.

Полагаю, что российская неврология искренне не знает, что творит, находясь под гипнозом «передовой западной медицины». Вал злоупотреблений назначением хирургических вмешательств и дорогостоящих фармпрепаратов достаточно велик и неуклонно нарастает, особенно в сфере платной медицины. Что касается западной медицины, то, по-видимому, бизнес победил Клятву Гиппократова. Россию активно приобщают к идеологии – максимальная нажива любыми доступными в данной ситуации средствами. Внедрение такой идеологии тем легче, чем менее компетентна и более аморальна среда внедрения. Задача государственного здравоохранения создать такую ситуацию, в которой стремление к аморальной наживе не только наших, но и западных медицинских бизнесменов на нашей территории пресекалось бы на корню.

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

НА СНИМКЕ: при болях в спине не торопитесь с диагнозом.