

Прочли статью профессора П.Жаркова «Бизнес... и ничего личного?» (см. «МГ» № 12 от 15.02.2013). Разделяем пафос автора в той её части, где говорится о недопустимости операции с целью навивы, о картиночном мышлении врача, о недостаточном внимании – человеческом и профессиональном – к пациентам.

Но основную концепцию П.Жаркова – считать ответственными за возникновение болей в спине и по ходу периферических нервов исключительно расположенные там мышцы, фасции, связки и сухожилия – отвергаем ровно с той же категоричностью, с какой это делает автор по отношению к их дискогенной этиологии.

Однако в позициях его и наших есть разница: оторванным от практики умозрительным рассуждениям П.Жаркова противопоставляем многолетние исследования и мировой опыт нейрорадиологии, неврологии, ортопедии и нейрохирургии.

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. Никак не может спинной мозг, как утверждает П.Жарков, «плавать в спинномозговом канале». Достаточно взять в руки любой учебник по анатомии для студентов, как станет ясным и бесспорным, что спинномозговой канал, на расположении которого строит свои схемы П.Жарков, находится не *вне*, а *внутри* спинного мозга (почему его ещё называют центральным каналом) и представляет собой протяжённую щель, в отличие от позвоночного канала, внутри которого действительно лежит спинной мозг вместе со своими оболочками и циркулирующей цереброспинальной жидкостью. Также неправомочен ряд других постулатов П.Жаркова.

Второе

Утверждение П.Жаркова, что грыжа межпозвонкового диска в принципе не может давить на спинномозговой нерв в

межпозвонковом отверстии, противоречит давно доказанной истине. Сошлёмся здесь, например, на книгу одного из признанных мировых авторитетов – невролога профессора Питера Дууса «Топический диагноз в неврологии» (Москва, 1997). На магнитно-резонансных томограммах (до хирургического вмешательства) и на операциях чётко видно это сдавление, именно сдавление

давно установлено: болевыми рецепторами богаты твёрдые мозговые оболочки головного и спинного мозга, капсула межпозвонкового диска, ну и конечно, сосуды и надкостница.

Что же происходит в рассматриваемых П.Жарковым случаях? Дегенеративные изменения диска (причём гораздо чаще травматические, а не возрастные) обуславливают его смещение в направлении по-

Третье

П.Жарков дезориентирует врачей и население, упрощая огромную и социально значимую проблему остеохондроза позвоночника, сводя его к возрастным изменениям и объясняя болевые синдромы лишь изменениями состояния фасций, сухожилий, связок и мышц спины и поясницы. Не случайно в доказательство

ника выдающийся отечественный невролог Яков Юрьевич Попелянский, доказали, что главную ответственность за развитие болевого синдрома несёт патологический остеохондроз позвоночника (чаще вследствие травм, динамических и статических перегрузок).

Надо сказать, что остеохондроз позвоночника у человека – это плата за вертикализацию – прямохождение. У со-

Продолжаем разговор

Так почему болит спина?

Прежде чем учить других, самому надо быть образованным!

в межпозвонковом отверстии соединившихся здесь передних и задних корешков (а также спинального ганглия) спинномозгового нерва, который часто выглядит распластанным и атрофичным. Так же очевидно исчезновение болевого синдрома после устранения его причины – грыжи диска, что иллюстрируется тысячами и тысячами избавленных от страданий пациентов.

Любопытно, что П.Жарков, исключая роль межпозвонковых дисков вообще в патологии, почему-то даже не упоминает срединные грыжи межпозвонковых дисков, которые приводят к дискодуллярному конфликту и сдавлению передних отделов спинного мозга с возникновением соответствующей симптоматики (парезы, расстройства чувствительности, нарушения тазовых функций и др.) Здесь значение мышечного фактора не притянешь и за уши.

Тот факт, который является посылом в обоснование всех рассуждений профессора П.Жаркова, – что в ядре и окружающей ткани самого межпозвонкового диска нет болевых рецепторов (как их нет в веществе спинного и головного мозга), нельзя использовать для исключения возможности дискогенной болевой патологии.

Думаем, что нет необходимости разъяснять, откуда же берутся две самые распространённые патологии – головная боль и боль в спине? Всё

звоночного канала или межпозвонкового отверстия, что при формировании грыжи диска приводит к раздражению указанных выше болевых рецепторов и возникновению различных болевых, мышечно-тонических, радикулярных и прочих симптомов. Причина болезни – грыжа диска, что, кстати, и лежит в основе мышечных, фасциальных и связочно-сухожильных изменений, которые, конечно, есть, но преимущественно вторичны.

Другое дело, что не всякую грыжу межпозвонкового диска следует оперировать. Показания к хирургическим действиям, бесспорно, определяются не картиночным диагнозом, а клиническим мышлением врача.



мышечного и фасциально-сухожильно-связочного генеза болей в пояснице П.Жарков может сослаться только на авторов середины XX века. Исследователи последующих лет, а среди них и «виноватый», по П.Жаркову, в раскрытии патогенеза остеохондроза позвоноч-

ника, например, как и у других животных, его нет. Эволюция человека обогнала приспособительные биологические возможности.

Поэтому на первом плане должны быть предупредительные меры – позвоночник надо беречь от различных перегрузок. Далее при появлении болезни следует применять широкий лечебный спектр, где приоритет отдаётся укреплению мышечного корсета позвоночника. И, наконец, когда конфликты, обусловленные остеохондрозом позвоночника, достигают неустрашимости иным путём, чем хирургическое вмешательство, допустимо прибегать к нему, используя микронеурхирургию и другие минимально инвазивные операции.

Конечно, далеко не все проблемы остеохондроза позвоночника решены. Поэтому их обсуждение, в частности, на страницах «Медицинской газеты», представляются актуальными и полезными.

Леонид ЛИХТЕРМАН,
невролог,
профессор,
Теодор ТИССЕН,
нейрорадиолог,
профессор,
главные научные сотрудники
НИИ нейрохирургии
им. Н.Н.Бурденко РАМН.

НА СНИМКЕ: боли в спине у человека – часто расплата за перегрузки позвоночника.

Современные технологии

Приморье учтёт опыт Якутии в организации помощи противотуберкулёзной службе муниципалитетов. В частности, Департаменту здравоохранения Приморского края придётся задуматься о приобретении переносных флюорографов и организации профилактической работы, высокий уровень которой помог якутам снизить уровень заболеваемости туберкулёзом в 3 раза всего за 3 года.

Как рассказывает главный врач 1-го краевого противотуберкулёзного диспансера Светлана Варгатая, недавно принявшая участие в работе конгресса в Якутии, посвящённого работе местной противотуберкулёзной службы, якутам удалось достигнуть отличных результатов в профилактике опасного заболевания.

– Во-первых, при Министерстве здравоохранения Якутии

Уроки соседей

В Приморье появятся переносные флюорографы?

создана межведомственная комиссия, которая внимательно отслеживает работу службы. Во-вторых, в отличие от нашего региона у них действует четырёхстороннее соглашение между администрацией, полицией, общественной лечебной сетью и ФСИН. В-третьих, в Якутии прекрасно работает первичное звено, выявляющее случаи заболеваемости, – поясняет она.

По её словам, участников конгресса специально по их просьбе вывезли в две местные поликлиники, в которых собрались не только медработники, но и главы поселений, внимательно

фиксирувавшие информацию.

– Сейчас Якутия объявлена территорией без туберкулёза. Этого удалось добиться своевременной профилактикой. Показательный пример, когда в одном из поселений были выявлены два случая болезни, медработники в профилактических целях проверили все жилые дома, а также места массового скопления людей. К сожалению, о такой сознательности у нас пока говорить не приходится, – говорит С.Варгатая.

Помимо этого есть понимание проблемы и у населения. Люди исправно проходят флюорографию, в населённых пунктах

Якутии не только установлены стационарные флюорографы, но и есть переносные, поскольку некоторые жители республики ведут кочевой образ жизни и не всегда имеют возможность вовремя провериться. Благодаря таким усиленным мерам уровень заболеваемости в Якутии достиг 8%. В Приморье он держится на отметке в 27,1%.

Напомним, что ранее в рамках конференции «Приморье против туберкулёза», на которой присутствовала главный фтизиопедиатр Минздрава России Валентина Аксёнова, С.Варгатая заявила о том, что сейчас совместно с департаментами труда

и социальной защиты, образования и молодёжи разрабатывается документ, определяющий, какими полномочиями будут наделяться муниципалитеты, чтобы иметь возможность помогать в противотуберкулёзной профилактике. «В документе, который будет являться отдельным нормативным актом, будет отражён и опыт районов Приморья, которые смогли хорошо организовать свою работу по взаимодействию с больными туберкулёзом и здоровыми людьми, и теми, кто ничего не сделал», – отмечала она тогда.

Сейчас, по словам Светланы Варгатая, документ всё ещё находится в стадии согласования, однако в данном случае это, скорее, даже плюс, поскольку в акте теперь можно будет учесть передовой опыт якутских коллег.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.