

Остеопатические аспекты вертеброневрологии

Н. С. Козлова¹, В. О. Белаш²

¹ Клиническая городская больница № 46 Святой Евгении, 191144, Санкт-Петербург, ул. Старорусская, д. 3, тел.: 8 812 576-41-80, e-mail: b46@zdrav.spb.ru

² Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41, тел.: 8 812 303-50-00, e-mail: rectorat@szgmu.ru

Реферат

В статье рассмотрены основные понятия вертеброневрологии, история развития данного направления, классификация вертеброгенных заболеваний, их этиология и патогенез. Представлены основные клинические проявления и возможности диагностики вертеброгенных заболеваний. Рассмотрены методы лечения при вертеброгенной патологии — как оперативные, так и консервативные. Особое внимание уделено возможностям остеопатической коррекции при заболеваниях позвоночника как наиболее безопасного и эффективного метода. Представлен ряд остеопатических техник, часто используемых и зарекомендовавших себя как наиболее действенные.

Ключевые слова: вертеброневрология, вертеброгенные заболевания, остеохондроз, спондилез, спондилоартроз, позвоночно-двигательный сегмент, грыжи межпозвоночных дисков, остеопатическая коррекция вертеброгенных заболеваний

Osteopathic Aspects of Vertebro neurology

N. Kozlova¹, V. Belash²

¹ St. Eugenia Clinical city hospital № 46, 3, Starorusskaja street, St. Petersburg, 191144, phone: +7 812 576-41-80, e-mail: b46@zdrav.spb.ru

² North-Western State Medical University n. a. I. I. Mechnikov, 41, Kirochnaya streer, St. Petersburg, 191015, phone: +7 812 303-50-00, e-mail: rectorat@szgmu.ru

Abstract

The article considers the main notions of vertebro neurology, the history of its development, classification of vertebrogenic diseases, their etiology and pathogenesis. The main clinical manifestations and the possibilities of diagnostics of vertebrogenic diseases are described. Both surgical and conservative methods of treatment of vertebrogenic pathologies are considered. Special attention is paid to the possibilities of osteopathic treatment of the diseases of the vertebral column as it is the most harmless and effective method. A number of frequently used osteopathic techniques which proved to be the most effective are described.

Keywords: vertebro neurology, vertebrogenic diseases, osteochondrosis, spondylosis, spondylarthrosis, spinal motion segment, clinical pattern of vertebrogenic diseases, osteopathic treatment of vertebrogenic diseases

Вертеброневрология — наука о клинических проявлениях функциональных и органических поражений периферических и центральных отделов нервной системы при заболеваниях позвоночника или других структур опорно-двигательного аппарата [10]. Относительная специфика вертеброневрологических синдромов определяется шириной и распространенностью дистрофических поражений позвоночника — чаще всего встречающегося хронического страдания человека. Это связано с филогенетически обусловленным относительным несовершенством позвоночника, обеспечивающего сложную функцию поддержания ортоградного положения тела [10].

История развития

Вертеброневрология как клиническая дисциплина начала свое формирование с середины XX в. Является ветвью неврологии, которая выделилась в самостоятельную дисциплину. Сформировался новый подход к решению проблем патологии позвоночника. В частности, в Казани впервые были исследованы и описаны рефлекторные тонические синдромы некоторых мышц. Были проведены многочисленные исследования, касающиеся этиологии, патогенеза, клинической характеристики неврологических синдромов остеохондроза, предложены разнообразные схемы лечения.

В Казанском, Новокузнецком, Запорожском и Харьковском институтах усовершенствования врачей проводились специализированные курсы усовершенствования. Результаты проведенной деятельности позволили создать в 1978 г. по приказу министра здравоохранения СССР Всероссийский центр по изучению вертеброневрологических заболеваний под руководством Я. Ю. Попелянского.

Практически 80 % населения земного шара хотя бы 1–2 раза в жизни обращается за медицинской помощью по поводу болевого синдрома в области спины. Заболевания периферической нервной системы вертеброгенного генеза в общей структуре заболеваемости занимают третье место после острых респираторных заболеваний и травматизма. Большая часть из них представляет собой синдромы дистрофического поражения *columna vertebralis*, манифестирующие, преимущественно, через периферическую систему и, реже, через ЦНС. Прежде всего, это связано с тем, что позвоночник — это орган опоры, движения и защиты, состоящий из сегментарно-организованных костных и соединительнотканых структур, статико-динамическая функция которых обеспечивается рессорным и нервно-мышечным аппаратом [1].

Позвоночно-двигательный сегмент

Знание о совокупном участии вышеперечисленных органов и систем в реализации патоморфологических изменений в них, наконец признанное, несмотря на многочисленные разногласия в трактовке синдромов, помогло расшифровать понятие позвоночно-двигательного сегмента (ПДС). По широко распространенному определению, ПДС состоит из двух смежных позвонков с межпозвоночным диском, капсулой суставов, связками и мышцами. Представляется обоснованным включить в данное определение нервные корешки, волокна синувентрального нерва и сплетений. В последние годы в понятие ПДС включается и грудной отдел двух смежных ребер.

Анатомическое определение позвоночника — опорная рессора, состоящая из костных сегментов, прочно связанных между собой межпозвоночными дисками и мощным связочным аппаратом. Это определение позвоночного скелета.

Классификация вертеброгенных заболеваний нервной системы

Классификация МКБ-10 полностью удовлетворяет неврологов, однако при использовании мануальных методов требуется более развернутая классификация.

Заболевания позвоночника, вызывающие поражение нервной системы, можно условно разделить на пять больших групп.

Первая группа включает различные аномалии позвоночника: синостоз, переходный позвонок, платибазия, сужение позвоночного канала, шейное ребро, краниовертебральные аномалии и др.

Вторая группа состоит из дистрофических и метаболических поражений позвоночника. Сюда включены остеохондроз, межпозвоночный артроз, спондилострофия и т. д.

К *третьей группе* относят травматические поражения.

К *четвертой группе* принадлежат онкологические заболевания позвоночника, как первичные, так и вторичные.

Пятая группа состоит из воспалительных и паразитарных поражений позвоночника, таких как болезнь Бехтерева, туберкулезный спондилит, микоз, сифилитический спондилит, бруцеллезный спондилит, шистоматоз, эхинококкоз позвоночника и др.

С точки зрения остеопатической коррекции, наибольший интерес представляют заболевания, относящиеся ко второй группе. Рассмотрим их более подробно.

Деформирующий спондилез

Деформирующий спондилез в своем наиболее распространенном варианте является следствием первичных дистрофических изменений фиброзного кольца с отторжением его шарпеевых волокон от костной краевой каемки тела позвонка. При движениях позвоночника студенистое ядро, сохраняющее свою упругость, вытесняет в сторону фиброзное кольцо. Это усиливает нагрузку на края тел позвонков и приводит также к натяжению передней продольной связки, которая обызвествляется в месте своего прикрепления к каемке. Так образуются спондилезные разрастания — «клювы», «усики», кольцевидный остеофитоз. При последующем разрастании у смежных позвонков образуются фиброзные и костные соединения.

Рентгенологические симптомы спондилеза характеризуются:

- распространенностью процесса — захватом не одного, а многих сегментов (исключение — гигантские локальные разрастания при травме);
- деформацией тел позвонков, передними и боковыми выступами тел позвонков; эти выступы, в отличие от костных разрастаний, наблюдаемых при остеохондрозе, направлены не горизонтально, а вертикально; высота дисков долго остается нормальной.

Грыжи межпозвоночных дисков

Грыжи межпозвоночных дисков возникают обычно на фоне остеохондроза. В зависимости от локализации прорыва, различают боковые, задние и заднебоковые грыжи, но также встречаются выпадающие вверх или вниз, т. е. в сторону тел позвонков — грыжи Шморля, возникающие вследствие дистрофии или травмы замыкающих пластинок.

Грыжи диска — это передние, задние, заднебоковые грыжи с выпадением студенистого ядра через дистрофически измененное или травматически поврежденное фиброзное кольцо. В выпавшей массе студенистого ядра клетки пролиферируют и заполняют позвоночный канал и межпозвоночное отверстие, обуславливая картину корешковой компрессии. Ткани, окружающие грыжу, склерозированы, в них впаяны нервы, по направлению к ним пролиферируют сосуды. При постепенном развитии грыжи проходят фазы формирования, фиксации и обратного развития:

- *I стадия* — начальные дистрофические изменения в студенистом ядре и задней части фиброзного кольца, которое набухает, выпячивается по направлению к позвоночному каналу, раздражая рецепторы задней продольной связки и твердой мозговой оболочки, появляются боли в спине;
- *II стадия* — смещенное пульпозное ядро располагается в выпятившейся части фиброзного кольца, через дефект которого она выпадает, — грыжа диска; различают *подстадию А* с подсвязочным расположением грыжи через прорванную заднюю продольную связку и *подстадию В*, когда диск перфорирует твердую мозговую оболочку, попадая в надпаутинное пространство; для второй стадии клинически характерно появление корешковых симптомов и, нередко, грубых анталгических компонентов вертебрального синдрома;
- *III стадия* — дегенерация пролабированного диска, возможная как подсвязочно, так и в эпидуральном пространстве за пределами перфорированной задней продольной связки; начинается рассасывание или обызвествление частей диска, его фиброз; в области разрыва задней продольной связки могут образоваться костные разрастания («остеофиты»); выпадение секвестров часто вызывает рубцово-спаечный асептический эпидурит; непосредственное давление на корешок уменьшается, течение болезни приобретает хронический характер; секвестр лучше всего выявляется компьютерной томографией или МРТ.

Поскольку самым подвижным в поясничном отделе является IV сегмент (область самого высокого диска), здесь чаще всего начинается дистрофическое поражение. Частое поражение пре-

сакрального диска определяется несоответствием сагиттального диаметра тела V позвонка и диаметра тела I крестцового позвонка.

Рентгенографически при грыже диска обнаруживают иногда заострение заднего нижнего угла краниально расположенного тела позвонка. Позже, когда развивается «остеофит» — экзостоз, иногда формируется контурирующий с краниальной стороны выпавшего диска. Экзостоз простирается на $\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{2}$ от всей массы узла в межпозвоночное отверстие. Закругленный в виде выемки нижний контур такого «остеофита» моделирует верхний край грыжи. Другой рентгенологический симптом задней грыжи — остеопороз задненижнего угла тела позвонка, испытывающего воздействие со стороны выпавшего диска. Уплотнение диска на рентгенограмме зависит от величины выпавшей массы.

Прямые спондилографические признаки остеохондроза встречаются редко, косвенные же можно схематически определить так:

- локальное изменение конфигурации ПДС, а на снимках с функциональными пробами — сдвиг смежных позвонков;
- уменьшение высоты межпозвоночного пространства;
- утолщение, неровность и горизонтальные разрастания замыкающих пластинок, иногда в форме краниального контурирующего остеофита;
- иногда остеопороз задненижнего угла над пораженным диском.

Спондилоартроз

Спондилоартроз является третьей формой дистрофического поражения позвоночника. В условиях расшатанности позвоночного сегмента, в особенности уплощения диска, а также при гиперэкстензии в суставе соответствующего ПДС вначале «разбалтывается» капсула. Она лишается своих эластичных свойств вследствие уменьшения числа эластических и увеличения числа фиброзных волокон. Одновременно и частично вследствие этого меняется анатомическая пригнанность суставных поверхностей — конгруэнтность, неизбежна микротравматизация суставного хряща и других суставных тканей под влиянием повседневных статико-динамических нагрузок. Замыкающие пластинки суставных поверхностей, чаще в нижележащем позвонке данного ПДС, становятся неровными, склерозированными. Появляются краевые разрастания, которые направлены во все стороны, включая и зону межпозвоночного отверстия. В суставной полости увеличивается или уменьшается количество синовиальной жидкости, меняется внутрисуставное давление. Могут образовываться внутрисуставные хрящевые тела. Этим определяются патологические изменения взаимоотношений суставных поверхностей, которые невозможны в здоровом суставе, — взаимное соскальзывание по оси сустава, блокирование и пр. Особое значение в развитии спондилоартроза придают врожденной и наследственной суставной гипермобильности ПДС. В клиническом плане допускают различные варианты спондилоартроза: функциональный гипермобильный, органически гипермобильный, функционально гипомобильный и органически гипомобильный. Так формируется вторичный спондилоартроз при остеохондрозе.

Естественно, что компрессия спинного мозга может быть вызвана в равной степени и задней грыжей диска, и краевыми разрастаниями при остеохондрозе. Компрессия корешка в межпозвоночном отверстии может быть вызвана униовerteбральными разрастаниями при остеохондрозе и спондилезе или грыжей межпозвоночного диска. Отсюда следует, что если бы рентгенологи и располагали возможностью по картине спондилограммы дать клиницисту в каждом отдельном случае четкое заключение о наличии грыжи диска, остеохондроза или спондилеза, само по себе такое заключение не определяло бы во многих случаях клинический диагноз.

При вертеброгенных заболеваниях поражаются нервная, сосудистая системы и опорно-двигательный аппарат. Поражения следует делить по локализации на вертебральные и экстравертебральные.

Таким образом, при вертеброгенных заболеваниях нервной системы можно выделить следующие синдромы: вертебральный, невралный, нейрососудистый, мышечный. Так как любой из них сопровождается болью, то мы считаем нецелесообразным выделять этот симптом поражения в специальный синдром [1].

Остеохондроз

В начальной стадии нет изменения фиброзного кольца и гиалиновых пластинок. В основе процесса лежит первичное поражение пульпозного комплекса у взрослого человека. В начальной стадии наступает высыхание и некроз ткани ядра, потеря его тургора. В центре образуется полость с крошечным содержанием. Затем начинаются секвестрация и фрагментация внутренних слоев фиброзного кольца с разрушением его волокон от центра к периферии. Наружные волокна выпячиваются в угол между телом позвонка и передней продольной связкой. Со временем, наряду с изменениями фиброзного кольца и гиалинового хряща, уплотняются подхрящевые пластинки, на них определяются мелкие хрящевые разрастания. Одновременно происходят регрессивные изменения. Развиваются кистоподобные образования, уменьшаются вертикальные размеры тел позвонков.

Спондилографические признаки остеохондроза характеризуются уплощением диска (уменьшением высоты межпозвоночной щели), утолщением и неровностью замыкающей пластинки, уплотнением отделов кости, краевыми горизонтально направленными костными разрастаниями, сдвигом смежных тел позвонков, лучше выявляющимися при разгибании или сгибании туловища. Смещение вышележащего позвонка кзади по отношению к нижележащему в условиях экстензии называется ретро-, или псевдоспондилолистезом, если это смещение превышает 1–2 мм. Такая «разболтанность» сегмента — одно из рентгенологических проявлений синдрома, которое ортопеды определяют как нестабильность позвоночного сегмента. Симптом выявляется при рентгенологическом исследовании с разгибанием в пояснице, еще лучше — с растяжением. В некоторых случаях весьма информативны спондилограммы в боковой проекции в условиях вертикальной нагрузочно-разгрузочной пробы. Локальная гипермобильность ПДС является первейшим признаком остеохондроза, проявлением не изменения, а поражения, болезни, срыва опорно-двигательной функции позвоночника на уровне одного его звена.

Этиология и патогенез

Существует десять теорий развития остеохондроза: инволюционная, гормональная, сосудистая, инфекционная, инфекционно-аллергическая, биоэлектретная, механическая, аномалийная, функциональная и наследственная.

Основные механизмы поражения

- компрессионный (грыжа диска и др.), постоянный или непостоянный вариант;
- дисфиксационный;
- дисциркуляторный;
- воспалительный;
- сочетанные.

Классификация по клиническим синдромам

Вертебральные синдромы:

- цервикалгия;
- цервикаго (шейный прострел);
- дорсалгия (верхняя, средняя, нижняя);
- дорсаго (грудной прострел, верхнее, среднее, нижнее);
- люмбалгия;

- люмбаго (поясничный прострел);
- сакралгия;
- кокцигалгия.

Невральные синдромы:

- поражения ЦНС:
 - энцефалопатия (поражение головного мозга);
 - миелопатия (компрессионные и рефлекторные поражения спинного мозга);
- поражения периферической нервной системы:
 - патология спинномозговых корешков;
 - патология вегетативной нервной системы;
- сочетанные синдромы: радикуломиелопатия.

Мышечные синдромы:

- вид поражений: дистонический, дистрофический;
- вариант клинических проявлений: постоянный, периодический;
- характеристика мышечного тонуса: гипотония, гипертония;
- локализация: поражение одной мышцы, поражение группы мышц.

Нейрососудистые синдромы:

- преимущественное поражение сосудов:
 - артериальных;
 - венозных;
 - лимфатических;
 - смешанное;
- характеристика сосудистого тонуса: гипотензия, гипертензия;
- вариант клинических проявлений: постоянный, периодический;
- локализация: квадрант, регион, часть конечности.

Течение заболевания:

характер: рецидивирующий, хронический, хронически-рецидивирующий;
тип: прогрессирующий, стабильный, регрессирующий, прогрессивно-регрессирующий;
стадия заболевания: дебют, обострение, ремиссия;
этап: прогрессирования, стационарный, регрессирования;
вариант течения обострения: молниеносный, стремительный, плавный.

Клиническая картина вертебрального синдрома

Для вертебрального синдрома в стадии обострения характерно наличие боли в пораженном отделе позвоночника, болезненности структур заинтересованного ПДС и изменения двигательного стереотипа. Особенности указанных проявлений зависят от локализации поражения и механизма раздражения рецепторов синуввертебрального нерва, то есть от варианта вертебрального синдрома [5].

Экстравертебральные синдромы

К ним относятся невральные, мышечные, нейрососудистые [2].

Диагностика

Успешность диагностики зависит, прежде всего, от тщательного и грамотного клинического анализа болевых проявлений. Детальный анамнез, учет всех имеющихся жалоб, подробный

осмотр больного с применением специальных диагностических приемов и методов помогают выявить первопричину болей в спине и назначить соответствующую, патогенетически обоснованную терапию.

При сборе анамнеза следует остановиться на целом ряде существенных факторов, которые особо значимы при болях в спине. К важнейшему анамнестическому фактору надо отнести возраст пациента. Так, первое появление болей в спине в пожилом возрасте, особенно у мужчин, требует исключения онкологических заболеваний, а у женщин — остеопороза и коксартроза. Достаточно существенно выяснить длительность настоящего болевого синдрома и наличие даже кратковременных и незначительных эпизодов болей на протяжении всей жизни. Немаловажен также и фактор локализации болей — всегда ли они наблюдались в одной и той же области или «мигрировали» от шеи к пояснице и их характер менялся от четко очерченного болевого синдрома до неопределенных, неясных, с трудом описываемых ощущений — тяжести, ломоты и т. д.

Наиболее значим анализ условий, при которых появляются боли. Далеко не всегда пациент связывает определенные условия с появлением болей, поэтому необходим целенаправленный опрос. Появление боли может следовать за подъемом тяжести, после длительной непривычной физической нагрузки, при нахождении длительное время в антифизиологической позе, чаще всего связанной с профессиональной деятельностью (шахтеры, шоферы, стоматологи, машинистки и т. д.), после неудачного поворота, броска или после сна. Боли могут начинаться после общего или местного переохлаждения, на фоне или сразу после инфекционного заболевания — гриппа, ангины, ОРЗ, и, наконец, в ответ на изменение погоды [11].

Инструментальные методы обследования:

- рентгенография;
- компьютерная томография;
- магнитно-резонансная томография;
- электронейромиография.

Лечение — оперативное, консервативное (медикаментозное, физиотерапия, мануальные методы лечения, остеопатическая коррекция).

Оперативное лечение

Началом хирургического лечения пациентов, страдающих остеохондрозом, можно считать сообщения W.J. Mixter, J.S. Barr (1934), J. Louw (1939) об удалении грыж дисков. С этого времени накоплен богатый материал по использованию грыжэктомии как основного метода хирургического лечения определенных клинических форм межпозвоночного остеохондроза. Несмотря на хороший результат в ближайшем послеоперационном периоде, к таким операциям в настоящее время отношение более сдержанное по поводу их эффективности.

Хирургическое лечение остеохондроза зависит от вида его проявлений — компрессионные или рефлекторные симптомы. Оперативное воздействие может варьировать от мини-инвазивной пункционной манипуляции (при рефлекторных болевых проявлениях) до декомпрессивно-стабилизирующего вмешательства (при компрессионных формах остеохондроза).

При рефлекторных проявлениях остеохондроза (протрузия диска или выраженная дегенерация межпозвоночного диска с грубым спондилезом) хирургическое лечение заключается во внутри-дисковом пункционном лечебно-диагностическом воздействии: аппаратная дерецепция (холодно-плазменная нуклеопластика, лазерная вапоризация и т. д.); химическая дерецепция.

При компрессионных формах остеохондроза (грыжа межпозвоночного диска, сегментарная нестабильность или их сочетание) выполняют декомпрессию, стабилизацию или декомпрессивно-стабилизирующее воздействие на пораженный ПДС: микрохирургические декомпрессивные вмешательства; декомпрессивно-стабилизирующие вмешательства [5].

Медикаментозное лечение

- Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) широко используют для купирования болевого синдрома на всех этапах оказания помощи, особенно при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, суставов, в генезе которых важную роль играет воспаление. Безрецептурная продажа делает эти препараты доступными для населения, что повышает опасность их бесконтрольного применения и развития осложнений. Даже кратковременный прием НПВС может вызывать побочные эффекты, встречающиеся в 25 % случаев. У 5 % больных пожилого и старческого возраста они могут представлять серьезную угрозу для жизни. В связи с этим, при выборе способа болеутоления следует обязательно уточнить, принимает ли пациент препараты данной группы, как давно и в каких дозах.

- Местные анестетики. В основе их анальгетического действия лежит блокада натриевых каналов, стабилизация клеточной мембраны нейронов, что предотвращает распространение ноцицептивных импульсов. Местные анестетики могут использоваться для инфильтрационной анестезии, блокады нервов, а также в виде аппликаций.

- Миорелаксанты центрального действия.

- Препараты, оказывающие симптом-модифицирующее действие и структурно-модифицирующий эффект (витамины группы В).

- Корректоры метаболизма костной и хрящевой ткани.

- Антikonвульсанты при лечении невропатической боли.

- Диуретики, кортикостероиды (короткий курс).

- Противоишемические препараты: антиоксиданты, антигипоксанты, вазоактивные препараты (назначают при клиническом проявлении прогрессирования заболевания — развитие компрессионных корешковых и, нередко, компрессионных сосудистых корешково-спинальных синдромов).

- Трициклические антидепрессанты — индивидуальные дозы [12].

Физиотерапевтическое лечение

Физиотерапевтические методы лечения применяют на всех стадиях заболевания, в том числе и в период обострения, но не в самую острую фазу. Физиотерапевтическими методами можно снять болевой синдром, добиться расслабления напряженных мышц и заставить работать атрофированные, уменьшить воспалительные явления, отеки и улучшить микроциркуляцию в пораженной области.

В большинстве случаев выбирают следующие методики физиолечения:

- токотерапия — гальванизация или электрофорез, диадинамотерапия, амплипульс-терапия, короткоимпульсная аналгезия;
- ультразвук или ультрафонофорез;
- лазеротерапия и магнитолазер;
- магнитотерапия;
- бальнеотерапия;
- детензор-терапия;
- вибрационный точечный массаж;
- ультрафиолетовое облучение.

Мануальные методы лечения

Массаж имеет самостоятельное значение и является методом патогенетической терапии при нейродистрофических мышечных, связочно-суставных, костных, вегетативно-сосудистых синдромах, так как нормализует трофику тканей за счет улучшения микроциркуляции, лимфообращения, обмена веществ. Стимуляция механорецепторов при глубоком массаже рефлекторно блокирует болевые импульсы с периферии на уровне спинного мозга. Механическое воздействие на

очаг дистрофии в мышцах, сухожилиях, связках, фасциях разрывает фиброзные сращения, а улучшение перфузии тканей способствует удалению из них продуктов распада [3].

Мануальная терапия направлена на устранение функциональной блокады двигательного сегмента, возникшей в результате неадекватного статического (например, неправильная рабочая поза) или динамического (резкое движение при выполнении физического упражнения, поднятии тяжести и т. д.) воздействия на позвоночник [4].

Остеопатическая коррекция

На сегодняшний день в России сформулировано определение остеопатии, которое, на наш взгляд, отражает философские и методологические аспекты этой специальности. Остеопатия — холистическая мануальная медицинская система профилактики, диагностики, лечения и реабилитации последствий соматических дисфункций, влекущих за собой нарушение здоровья, направленная на восстановление природных способностей организма к самокоррекции.

Отличием остеопатии от других методов лечения руками является комплексный подход к организму как к единому целому, постановка диагноза и индивидуальное лечение пациента, а не изолированной болезни (и тем более — только одной локализации — в локомоторном аппарате), поиск причины болезни и устранение ее, а не борьба с симптомами [9].

Появление остеопатии датируется 1874 г. Основоположителем остеопатической медицины является американский врач-хирург Э.Т. Стилл. В основе слова «остеопатия» лежит термин «остео»: в данном случае Э.Т. Стилл имел в виду патологию не только опорно-двигательного аппарата, но и структурного аппарата вообще, то есть всех органов системы как набора биомеханических единиц, формирующих целостный организм.

Следует заметить, что на этапе разработки системы остеопатического воздействия Э.Т. Стилл предлагал, в основном, техники мышечно-суставной коррекции опорно-двигательной системы. С течением времени остеопатическая медицина пополнилась новыми направлениями деятельности. В настоящее время она включает три основных направления:

- *структуральная остеопатия* — техники, ориентированные на восстановление деятельности опорно-двигательной системы;
- *висцеральная остеопатия* — лечебное воздействие на внутренние органы посредством выполнения техник, направленных на восстановление нормальной подвижности внутренних органов, улучшение крово- и лимфообращения, восстановление обменных процессов в тканях;
- *краниосакральная остеопатия* — техники, призванные регулировать кинетику костей черепа, ликвородинамику, тонус мозговых сосудов, нормализацию натяжения различных отделов твердой мозговой оболочки; краниальная работа тесно связана с согласованием биодинамики черепа и крестца.

Специфическим объектом остеопатического воздействия является соматическая дисфункция (МКБ-10: М 99.0). Соматическая дисфункция — функциональное нарушение, проявляющееся биомеханическим, ритмогенным и нейродинамическим компонентами:

- биомеханическая составляющая — это функциональное нарушение подвижности, податливости и равновесия тканей тела человека;
- ритмогенная составляющая — это функциональное нарушение выработки, передачи и акцепции эндогенных ритмов;
- нейродинамическая составляющая — это функциональное нарушение нервной регуляции.

Важным, с нашей точки зрения, является тот факт, что в результате нарушения адаптационных процессов и процессов компенсации (при дезадаптации и декомпенсации) в организме соматическая дисфункция может вызвать клинические проявления, которые могут и не совпадать с ней по локализации. Соматические дисфункции в организме могут проявляться на глобальном, региональном или локальном уровне. Состояние пациента может быть также описано (охарактери-

зовано) на этих трех уровнях со стороны биомеханических, ритмогенных и нейродинамических нарушений [9].

Порядок обследования пациента на приеме: 1) наблюдение; 2) жалобы; анамнез заболевания; 3) анамнез жизни; 4) оценка соматического статуса; 5) общий остеопатический осмотр; 6) постановка диагноза; 7) коррекция; 8) контрольное тестирование корригируемых регионов (ре-тест); 9) рекомендации.

Всем пациентам, независимо от их жалоб и причины обращения, проводится общий остеопатический осмотр согласно утвержденным клиническим рекомендациям [9]. После выполнения диагностического алгоритма определяют проблемные регионы и отдельные органы, которые обследуют уже прицельно. В дальнейшем врач-остеопат оформляет остеопатическое заключение с указанием биомеханических, ритмогенных и нейродинамических нарушений на глобальном, региональном и локальном уровне (таблица). Остеопатическое заключение является завершающим этапом диагностической работы и отражает представление врача о данном пациенте на этом сеансе [9].

Остеопатическое заключение

Уровень/нарушение	Биомеханическое 1бл / 2 бл / 3бл	Ритмогенное 1бл / 2 бл / 3бл	Нейродинамическое 1бл / 2 бл / 3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион:	сома висцера	BC CB
	Головы	1 2 3 1 2 3	Cr 1 2 3
	Шеи	1 2 3 1 2 3	C1–C3 1 2 3 1 2 3
	Верх. конеч.	1 2 3	C4–C6 1 2 3 1 2 3
	Грудной	1 2 3 1 2 3	C7–Th1 1 2 3 1 2 3
	Поясничный	1 2 3 1 2 3	Th2–Th5 1 2 3 1 2 3
	Таза	1 2 3 1 2 3	Th6–Th9 1 2 3 1 2 3
	Нижн. конечн.	1 2 3	Th10–L1 1 2 3 1 2 3
	ТМО	1 2 3	L2–L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указывают отдельные соматические дисфункции (острые или хронические)		
Доминирующая соматическая дисфункция:			

Тактика остеопатической коррекции

Основываясь на жалобах, анамнезе, данных оценки соматического и остеопатического статуса, врач составляет индивидуальную схему лечения каждого пациента с учетом оформленного остеопатического заключения. При этом определяют число, характер (вид) техник и последовательность их использования на данном сеансе. Необходимо добавить, что лечение должно логично опираться на корректно заполненное остеопатическое заключение, а не противоречить ему.

Следует отметить, что в остром периоде заболевания дополнительно может использоваться локальная работа с пораженными структурами и тканями, что позволяет быстрее купировать жалобы пациента (в первую очередь — болевой синдром) и значительно улучшить качество жизни. Далее описаны отдельные остеопатические техники, использующиеся у пациентов с вертеброгенной патологией [8].

Техника коррекции соматической дисфункции твердой мозговой оболочки, ТМО (спайки)

Исходное положение пациента: лежа на боку лицом к врачу.

Исходное положение врача: стоя лицом к пациенту на уровне бедра.

Положение рук врача: правая рука укладывается продольно на крестец, левая — на остистом отростке позвонка в дисфункции (фиксирует его).

Техника коррекции: врач осуществляет тракцию крестца каудально. Если позвонок идет за этой тракцией, значит, есть спайка на нижней части позвонка. Далее врач переставляет руки: правая — на позвонке, левая — продольно на затылочной кости. Врач производит тракцию затылочной кости и проверяет, идет ли позвонок за тракцией. Так проверяется наличие спайки на верхней части позвонка.

Примечание: главное в технике — точно выходить на уровень ТМО, а не на артикулярный уровень. Для точного выхода на уровень ТМО необходимо выполнить ряд условий. Прежде всего, пациента нужно положить так, чтобы уменьшить напряжение мышц. Наилучшей в данном случае является поза «эмбриона». Это положение уже открывает суставные фасетки. Врач должен скорректировать зону внимания, переместив его с мышечно-скелетного на мембранозный уровень. На этом уровне необходимо сосредоточиться на пациенте как на едином целом, затем визуализировать срединную линию тела, спинной мозг, ТМО. Для этого пальцы левой руки укладываются на межпозвоночные пространства, а пальцы правой руки располагаются на крестце. Дальше начинается перцепция оси, ТМО и спинного мозга.

Для достижения оптимальной диагностической чувствительности необходимо врачу пребывать в нейтральном положении. Руки врача, выполняющие диагностическое исследование, не должны давить на тело пациента. Внешне диагностическая работа не обозначается движениями, весь объем диагностической работы неявный. Основная цель — почувствовать тенденцию вероятностного вектора перемещения V поясничного позвонка относительно крестца. Когда врач нашел напряжение тканей при проведении этой техники коррекции, он должен найти нейтральную точку. Это похоже на функциональную работу. Затем следует уравновесить все ткани на уровне перцепции в направлении наиболее свободного движения. Техника выполняется обеими руками.

По мере отработки этой задачи врач находит вновь параметр свободного движения и накладывает следующий параметр свободного движения на предыдущий (метод стэкинга). При выполнении техники не следует торопиться, учитывая инерционность тканей. На завершающем этапе отработки техники возникает движение под пальцами врача, представляющее собственное движение тканей. Пальпаторные ощущения сравнимы с движением «энергии», имеющей мягкую и нежную текстуру, пластичную, как мыльная вода. Перемещение тканей в процессе коррекции модулирует поражение, обуславливающее «несвободу» мягких тканей и структур позвоночника. Техника считается завершенной, когда ткани переместятся в нейтральную точку [3].

Техника «бельевой веревки» (по У.Г. Сатерленду)

Исходное положение пациента: лежа на спине.

Исходное положение врача: сидя сбоку от пациента.

Положение рук врача: врач проводит обе свои руки под спину пациента, пальцы руки на нижней части туловища укладываются под крестцовый гребень, пальцы руки на верхней части туловища располагаются в межостистых пространствах, начиная с уровня $Th_{xii} - L_i$ по направлению к крестцу.

Техника коррекции: врач ощущает своими пальцами спинной мозг и подвижность *dura mater* и следует за свободным движением тканей, уравнивая их в трех плоскостях.

Примечание: с позиций биодинамики, позвонки в данном случае играют роль «прищепок», а хорда колеблется, как на ветру, каудально и цефалически.

Жидкостная техника на межпозвоночном диске

Исходное положение пациента: лежа на животе.

Исходное положение врача: стоя слева от пациента на уровне бедра, положение рук врача: рука на нижней части туловища захватывает крестец, рука на верхней части туловища I пальцем упирается сбоку в остистый отросток позвонка; разница только в качестве импульса; врач должен подключиться к этим жидкостям.

Техника коррекции: правой рукой, позиционирующей на левом крестцово-подвздошном сочленении, врач посылает «волну» жидкости к тканям и проверяет, насколько свободно она проходит; потом врач посылает эту «волну» к поясничному отделу, вдоль всего позвоночника и следит, чтобы импульсы свободно поднимались по тканям.

Затем врач ставит пальцы на суставные фасетки, то есть в проекции диска. Перцепция врача обращена к межпозвоночному диску. Врач не давит на ткани, чтобы позиционироваться на фасетках. Все очень легко. Сознанием врач проникает вглубь, сдвигая морфическое поле до физического контакта с диском. Физического надавливания не происходит. Врач посылает «волну» к диску, и если волна свободно проходит через диск, то диск обрел жидкость и работа закончена. Диск приобрел исходное «жидкостное» качество [7].

Лифт затылочной кости

Исходное положение пациента: лежа на спине.

Исходное положение врача: сидя в головном конце кушетки.

Положение рук врача: одна рука продольным захватом на затылочной кости, вторая продольно на голове пациента так, чтобы III палец был в проекции серпа мозга. В данной технике важно точно выходить именно на уровень *dura mater*.

Техника коррекции: врач ощущает своими пальцами серп мозга, *dura mater*; далее врач создает натяжение ТМО, одновременно совершая движение — верхней рукой вентрально-каудальное, нижней рукой — цефаловентральное; врач создает натяжение до пораженного сегмента (зона, где есть дискофуникарный конфликт); при необходимости можно добавить флексию в шейном отделе позвоночника; дойдя до уровня, врач определяет сторону фиксации и создает головой пациента латерофлексию в противоположную от зоны дискофуникарного конфликта сторону и легкую ротацию в одноименную сторону для создания натяжения; далее врач сохраняет все набранные им параметры до релиза тканей.

Другие консервативные методы лечения:

- лечебная физкультура;
- санаторно-курортное лечение;
- ортопедические средства в лечении вертеброгенных заболеваний;
- рефлексотерапия;
- гирудотерапия.

Помощь должна быть комплексной и включать следующие мероприятия:

- образование пациента (разъяснение причин развития боли, возможностей ее контроля, объяснение механизма действия лекарственных препаратов и их побочных эффектов, необходимости принимать лекарства в соответствии с назначениями, соблюдать дату повторного посещения врача, разъяснение мер самопомощи при обострении болевого синдрома и возможностей обращения за медицинской помощью в ночное время, обучение методикам релаксации);
- меры, направленные на улучшение функционирования, — приспособления, уменьшающие нагрузку на суставы или позвоночник (ортопедическая обувь, корсеты, наколенники);
- изменение рабочей среды (удобное кресло и стол для работы за компьютером) и домашней обстановки (поручни в ванной и туалетной комнатах облегчают выполнение гигиенических процедур, снижают риск падения);
- повышение физической активности (занятия аэробными упражнениями, ходьба), что не только улучшает кровообращение в тканях, но и повышает настроение;
- соблюдение здорового образа жизни — рациональное питание, отказ от вредных привычек (подробнее см. Клинические рекомендации по первичной профилактике) [5].

Литература

1. Веселовский В. П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. Рига, 1991.
[Veselovskij V. P. Practical verteboneurology and manual therapy. Riga, 1991.] (rus.)
2. Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И., Гехт А. Б. Неврология: Национальное рук. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
[Gusev E. I., Kononov A. N., Skvortsova V. I., Geht A. B. Neurology: Nat. leadership. M.: GEOTAR-Media, 2009.] (rus.)
3. Ерёмускин М. А., Мохов Д. Е., Белаш В. О. Динамика нейропсихологических показателей у пациентов с синдромом позвоночной артерии на фоне остеопатического лечения // Рос. остеопат. журн. 2016. № 1–2 (32–33). С. 29–35.
[Yeremushkin M., Mokhov D., Belash V. Dynamics of Neuropsychological Indices in Patients Presenting the Vertebral Artery Syndrome in the Course of Osteopathic Treatment // Rus. osteopath. journ. 2016. № 1–2 (32–33). P. 29–35.] (rus.)
4. Клинические рекомендации «ведения больных с болевым синдромом в общей врачебной практике». М.: Ассоциация врачей общей практики РФ, 2013. URL: <http://gigabaza.ru/doc/106039.html> (дата обращения: 03.12.2016).
5. Клинические рекомендации «остеохондроз позвоночника» / Под ред. А. В. Крутько и др. Новосибирск, 2013.
[Clinical recommendations «osteochondrosis of the spine» / Ed. A. V. Krut'ko et al. Novosibirsk, 2013.] (rus.)
6. Кузнецов В. Ф. Справочник по вертеброневрологии: клиника, диагностика. Минск: Беларусь, 2000.
[Kuznecov V. F. Handbook of verteboneurology: clinic, diagnostics. Minsk: Belarus, 2000.] (rus.)
7. Новосельцев С. В., Малиновский Е. Л. Основы консервативного лечения пациентов с грыжами поясничных межпозвонковых дисков. СПб.: Фолиант, 2011.
[Novosel'cev S. V., Malinovskij E. L. Basics of conservative treatment of patients with herniated lumbar intervertebral discs. St. Petersburg: Foliant, 2009.] (rus.)
8. Новосельцев С. В. Остеопатический подход к лечению неврологических проявлений у пациентов с дегенеративно-дистрофическими изменениями в пояснично-крестцовом отделе позвоночника // Мануал. тер. 2008. № 2 (30). С. 25–28.
[Novosel'cev S. V. An osteopathic approach to the treatment of neurological manifestations in patients with degenerative-dystrophic changes in the lumbosacral spine // Manual ther. 2008. № 2 (30). P. 25–28.] (rus.)
9. Остеопатическая диагностика соматических дисфункций: Клинические рекомендации / Под ред. Д. Е. Мохова и др. СПб.: Невский ракурс, 2015.
[Osteopathic diagnosis of somatic dysfunction: Clinical guidelines / Ed. D. E. Mokhov et al. St. Petersburg: Nevskij rakurs, 2015.] (rus.)
10. Попелянский Я. Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология). М.: МЕДпресс-информ, 2011.
[Popel'janskij Ja. Ju. Orthopedic neurology (Verteboneurology). M.: MEDpress-inform, 2011.] (rus.)
11. Хабиров Ф. А. Клиническая неврология позвоночника. Казань, 2002.
[Habirov F. A. Clinical neurology of the spine. Kazan, 2002.] (rus.)
12. Chronic pain disorder medical treatment guideline. Denver (CO): Colorado Division of Workers Compansation; 2011 // URL: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=38441> (дата обращения: 03.12.2016).

Дата поступления 29.02.2017

Козлова Н. С., Белаш В. О. Остеопатические аспекты вертеброневрологии // Рос. остеопат. журн. 2017. № 1–2 (36–37). С. 105–117.