

С 2014 г. подготовлен целый ряд клинических рекомендаций по остеопатии, и этот процесс продолжается дальше. Сейчас в ближайшей перспективе развития остеопатии: переход от профессиональной переподготовки на длительные формы подготовки (ординатура 2–3 года); специалитет по «osteопатии»; профессионально-общественная экспертиза качества подготовки врачей-osteопатов; подготовка достаточного количества остеопатов для работы в медицинских организациях различных форм собственности.

Также не следует забывать о контроле качества оказываемой остеопатической помощи и развитии научного обоснования остеопатии.

В рамках повышения качества медицинской помощи необходимо: завершение разработки нормативных документов; ли-

цензирование медицинских организаций; разработка клинических рекомендаций, стандартов и протоколов; включение остеопатии в программы ОМС+ и ДМС; экспертиза качества медицинской помощи, а значит и подготовка экспертов.

В плане повышения качества науки необходимо: проведение мультицентровых исследований по единой методологии; изучение эффективности остеопатии при различных состояниях; изучение феномена «соматическая дисфункция» и ее анатомо-физиологических основ.

Oстеопаты должны поддерживать свои медицинские, научные и остеопатические знания и совершенствовать клинические навыки. Для этого обязательно необходимо продолжение профессионального развития.

Полиморфизм вертеброгенных болей

А.И. Небожин

ГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ. Москва, Россия

Широко используемые в медицинской практике термины «verteброгенная или спондилогенная патология» способствуют искажению представления врачей о сущности патологических процессов и их локализации, подменяя всех многообразие обобщающим понятием – «позвоночник». Множественность структур, конструкций и функций анатомических элементов, образующих позвоночник, предполагает разнообразие реакций и процессов, развивающихся в ответ на действие провоцирующего фактора.

У пациентов с болями в позвоночнике дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника выявлены только в 73,7%: 1) грыжи дисков задней и заднелатеральной локализации – у 33%; 2) сочетания грыж дисков с гипертрофией желтых связок – 53,4%; 3) гипертрофия желтых связок при анатомически узком позвоночном канале – 14,4%.

Визуализированную грыжу межпозвоночного диска врачи часто расценивают как

основную или единственную причину «verteброгенных болей». При анализе рентгенограмм и выданных по ним заключений, в 56% исследований отмечена гипердиагностика остеохондроза. У 23% обследованных была выявлена компрессия корешков, которая не имела клинических проявлений, а у 33% пациентов МРТ-подтвержденная грыжа диска была расположена на асимптомной стороне. При сопоставлении данных МРТ со степенью тяжести болевого синдрома не выявлено МРТ-соответствий при мышечно-тонической и нейромиодистрофической формах люмбоишалгии. Компрессионный фактор, как причина боли, зафиксирован только у 10% больных, предъявляющих жалобы на боли в спине.

Спондилоартроз клинически проявляется паравертебральной болью с обеих сторон, что может ее отличать от дискогенных болей. В результате рентгенографии при спондилоартрозе выявляют сужение меж-

суставных щелей, субхондральный склероз, деформацию и гипертрофию суставных фасеток вследствие костно-хрящевых разрастаний, но нередко подобные изменения не сопровождаются какой-либо симптоматикой.

Клинические особенности рефлекторного мышечно-тонического синдрома проявляются тупой, глубокой болью в пределах спазмированной мышцы, которая провоцируется движением с участием соответствующей мышцы. При пальпации мышца напряжена и болезненна неравномерно по всей длине.

Особую категорию формируют пациенты, которым была проведена операция по удалению межпозвонковой грыжи. Частота встречаемости рецидива грыжи колеблется до 15–50% всех операций. После проведения ламинэктомии 15–20% пациентам проводят повторные операции из-за рецидива грыжи. Боль у этих пациентов сохранялась и после операции, а ее интенсивность часто не изменялась.

Учитывая изложенные сведения, следует предположить, что в ряде клинических случаев причиной болей становятся не болезни межпозвонкового диска или наличие диско-радикулярного конфликта, а иные патологические состояния, которые совпадают или очень сходны с ними по своим клиническим проявлениям.

Клинические проявления в большинстве случаев возникают при фасет-синдроме, который служит причиной боли в спине примерно в 20% наблюдений. У лиц в возрасте старше 65 лет спондилоартроз становится частой причиной хронических

болей в спине (до 40%). При снижении высоты дисков суставная щель суживается, а суставные отростки сближаются настолько, что их суставные поверхности контактируют друг с другом. Суставная капсула подвергается механическим воздействиям, в одних сегментах – в виде компрессии, а в других сегментах – растяжения.

Структурно-конструктивно-функциональные изменения развиваются, спустя несколько лет после возникновения функциональных биомеханических нарушений и характеризуются изменениями топографо-анатомических взаимоотношений элементов сустава и сопровождаются возникновением функциональной блокады (ФБ) сустава.

Биомеханические нарушения (М99) в виде сегментарной или соматической дисфункции (М99.0), подвывихового комплекса вертебрального (М99.1) характеризуются болями, которые сопровождаются рефлекторной околосуставной миофиксацией, дистантными чувствительными, двигательными, вегетативными и висцеральными изменениями. Боль при биомеханических нарушениях, как правило, локальная и не распространяется за пределы одного-двух смежных регионов. Особенность функциональных биомеханических нарушений в том, что перечень рентгенологических и клинических признаков, которые используют при проведении дифференциальной диагностики, неэффективен, а использование рутинных тестов не способствует выявлению и установлению ФБ. Поэтому лечение, регламентируемое «стандартами», оказывается неэффективным.

Анатомические и физиологические предпосылки спондилогенных болевых синдромов

С.В. Никонов

Центр мануальной терапии, ГБУЗ Департамента здравоохранения г. Москвы. Россия

Доклад посвящен одной из наиболее насущных проблем современности: боли в спине.

Существует множество теорий ее возникновения, однако ни одна не объясняет