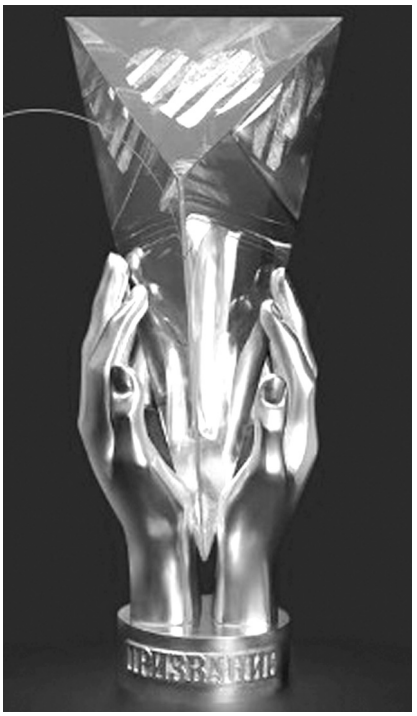
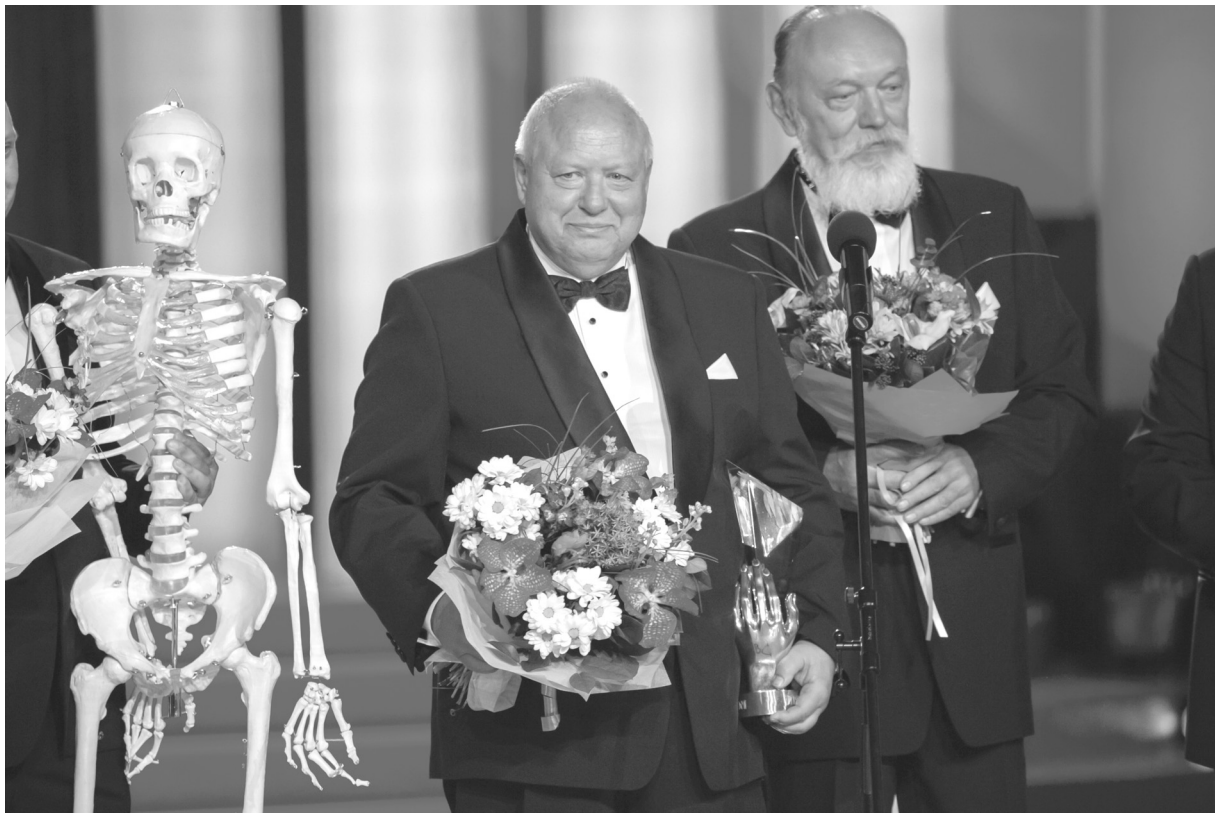
ПРЕМИЯ «ПРИЗВАНИЕ» ЗА СОЗДАНИЕ НОВОГО НАУЧНОГО НАПРАВЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНЕ С ОБРАЗОВАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»

В.В. Беляков, Е.Б. Тетерина, С.В. Никонов
Центр реабилитации. Обнинск, Россия
Центр мануальной терапии ДЗМ г. Москвы. Москва, Россия



12 июня 2014 года ко Дню медицинского работника в Академическом театре Советской армии прошла номинация ежегодной премии Министерства здравоохранения Российской Федерации и Первого канала телевидения – «ПРИЗВАНИЕ». Номинантом за образование нового научного направления в медицине и создание новой медицинской специальности «мануальная терапия» выдвинута группа врачей-ученых во главе с профессором А.Б. Сителем. Среди них сотрудники Центра мануальной терапии Департамента здравоохранения города Москвы – проф. А.Ю. Нефедов, доц. Е.Б. Тетерина, доц. Д.А. Болотов, к.м.н. С.В. Никонов, к.м.н. С.П. Канаев, к.м.н. К.О.



Кузьминов, к.м.н. С.Н. Растригин, к.м.н. М.А. Бахтадзе, а также сотрудники Обнинского филиала, редакции журнала «Мануальная терапия» д.м.н. В.В. Беляков, к.м.н. Н.П. Елисеев. Данная команда врачей-ученых под руководством проф. А.Б. Сителя в своих кандидатских и докторских диссертациях провела научное обоснование мануальной терапии, активно участвовала в продвижении специальности в России и за рубежом, внедрении ее в практику отечественного здравоохранения.

История создания данного направления в России началась в 1983 году, когда 30 лет назад на кафедре рефлексотерапии Центрального ордена Ленина института усовершенствования врачей (зав. кафедрой проф. В.С. Гойденко) совместно с чехословацкими специалистами был организован первый в России цикл первичной специализации врачей по мануальной терапии, куратором цикла стал доцент А.Б. Ситель. Организации этого цикла предшествовала большая и напряженная предварительная работа группы энтузиастов – заведующего и сотрудников кафедры рефлексотерапии. В течение 5 лет шло обучение наших преподавателей в Чехословакии, разрабатывались учебные планы, готовились лекции, семинары, учебные пособия, методические рекомендации, утверждение которых проводилось в Минздраве России.

После обучения на первом цикле мануальной терапии в 1983 году профессора и доценты в своих регионах и на своих кафедрах стали организовывать обучение практических врачей. Проф. О.Г. Коган и И.Р. Шмидт – в Новокузнецке, проф. А.В. Клименко –

в Запорожье, проф. А.А. Лиев – в Кисловодске, и др. Учитывая особенности развития неврологии, в России мануальная терапия оказалась предметом внимания прежде всего врачей-неврологов. В странах Западной Европы проблемами боли в области позвоночника и опорно-двигательного аппарата занимаются ревматологи и ортопеды. В 70-е, 80-е годы наметилась активизация этих врачей в мануальной терапии. Впоследствии отечественные специалисты обучались и у преподавателей из различных стран Европы. Здесь прежде всего следует отметить таких популяризаторов мануальной терапии, как К. Левит, В. Янда, Г. Бухманн и др. Технические приемы, которым их обучали, исходно были направлены на коррекцию суставной патобиомеханики (артикуляционные высокоскоростные / низкоамплитудные техники и низкоскоростные / высокоамплитудные техники – по глоссарию FIMM), что отражало общее состояние мануальной терапии начала 80-х годов в Европе. В этот период расширялись контакты отечественных специалистов с зарубежными коллегами.

В 1988 году по приказу Департамента здравоохранения города Москвы А.Б. Сителем на базе ГКБ № 15 был организован Московский центр мануальной терапии, который самостоятельный юридический статус получил в 1990 году, а в 1991 году на него были возложены организационно-методические функции Российского Центра мануальной терапии.

С 1991 года на базе Московского Центра мануальной терапии располагается курс мануальной терапии, кафедра неврологии Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова (зав. каф. проф. академик РАМН Е.И. Гусев). Начали проводиться циклы профессиональной переподготовки по мануальной терапии для врачей-неврологов, ортопедов-травматологов, терапевтов и педиатров, сертификационные циклы. С июня 1991 по 2013 год включительно подготовлено 1100 врачей, из них первичную специализацию прошли 723 человека, сертификационные курсы – 377 человек по специальности «врач мануальной терапии». Основной поток врачей – Москва и Россия (257 городов). Подготовлены врачи из семи иностранных государств (Казахстан, Белоруссия, Латвия, Приднестровье, Кыргызстан, Болгария, Греция).

Благодаря научному обоснованию методов мануальной терапии и большому потоку больных с тяжелыми формами спондилогенных заболеваний, которые раньше направлялись на оперативное вмешательство (в Центре ежедневно проводится лечение 500–600 человек), возникла необходимость выделения мануальной терапии в самостоятельную медицинскую специальность. 10 декабря 1997 года Минздравом России был издан приказ № 365 «О введении в номенклатуру медицинских и провизорских специальностей новой специальности: "мануальная терапия"». Определены должностные требования к врачу – мануальному терапевту и утверждена унифицированная программа обучения сроком на 4,5 мес. Врачами Центра защищено 3 докторских и 12 кандидатских диссертаций, получено 12 авторских свидетельств и патентов на изобретения.

В 1987 г. в г. Новокузнецке была организована Всесоюзная ассоциация мануальной медицины, ее президентами стали профессора О.Г. Коган (1987–1991), Г.А. Иваничев (1991–1994), А.А. Лиев (1994–1997). За 9 лет – с 1991 по 2000 г.г. – Ассоциацией опубликовано 15 номеров журнала с названием «Мануальная медицина» (проф. О.Г. Коган, А.Ф. Беляев).

В 1995 году, с целью объединения врачей – мануальных терапевтов и проведения лекций, семинаров, конференций для мануальных терапевтов Москвы и России, была организована общественная организация «Лига профессиональных мануальных терапевтов» (ЛПМТ), президентом которой избран проф. А.Б. Ситель.

В сентябре 1997 г. по приказу Минздрава РФ в Москве Лигой профессиональных мануальных терапевтов и Московским Центром мануальной терапии был организован I съезд мануальных терапевтов России.

Президентом был избран проф., чл.-корр. РАМН А.А. Скоромец. По приглашению Лиги в работе I съезда мануальных терапевтов России участвовали Президент FIMM (Международная федерация мануальной медицины) М. Хатсон и председатель научного комитета FIMM Я. Патин.

В 1998 г. по инициативе проф. А. Сителя сотрудники Московского центра мануальной терапии были командированы в Англию для установления контактов с доктором М. Хатсоном, в то время Президентом FIMM. Ознакомившись с работой Лиги, М. Хатсон принял приглашение посетить Москву и провести семинар с членами Лиги.

В 1999 г. при содействии члена Лиги доктора Р. Рамазанова (Португалия) был налажен контакт с Секретарем ULEMMM (Латино-Средиземноморский союз Мануальной Медицины) доктором М.-Ж. Тессандье (Франция).

ULEMMM на момент вступления в него (союз) Российской Федерации являлся самостоятельной общественной организацией, объединяющей врачей – мануальных терапевтов стран средиземноморского бассейна: Португалии, Испании, Франции, Италии, Греции, Израиля, Египта, Алжира. При этом Израиль, Египет и Алжир не являются членами FIMM. Также в него входят: Австрия, Бельгия, Германия и Эстония. Президент – проф. И. Коломбо (Италия). Почетные президенты: проф. Р. Мень (Франция), Г. Тилшер (Австрия). Генеральный секретарь – М.-Ж. Тессандье (Франция).

В 2001 г. проф. А. Ситель, д-ра С. Никонов и Д. Тетерин приняли участие в очередном Съезде и Генеральной ассамблее ULEMMM (Сиракузы, Италия), где Лига была принята действительным членом ULEMMM, как представитель РФ. Так как Генеральная ассамблея проводилась после Съезда, то представители стран-участниц под впечатлением блестящих докладов российских врачей (профессора А.Б. Сителя и д-ра С.В. Никонова) избрали проф. А.Б. Сителя советником Президента Ивано Коломбо. После вступления России Латино-Средиземноморский союз мануальной медицины был переименован в Латино-Европейский союз мануальной медицины (ULEMM). Членство в ULEMM не требует ежегодных денежных взносов.

По приглашению членов ULEMM и FIMM, Президентов союзов ММ Австрии (проф. Г. Тилшер), Италии (проф. Г. Бруньони) и Испании (Х. Айкарт) проф. А. Ситель принял участие в работе Генеральной ассамблеи FIMM в 2002 г. (Финляндия) и в 2003 г. (Швейцария) как представитель РФ в ULEMM без права решающего голоса. Других представителей от России на этих ассамблеях не было. Страны с немногочисленными организациями мануальных терапевтов, представители которых по тем или иным причинам не могли присутствовать на Ассамблеях (Люксембург, Эстония, Греция и некоторые другие), присылали в адрес Ассамблеи отчет о состоянии организации, о проведенных симпозиумах, семинарах, конгрессах. В 2003 г. на Генеральной ассамблее FIMM делегация России приняла участие в организации Международной Академии FIMM.

Принимая участие в обсуждении насущных проблем мануальной медицины в различных странах мира, проф. А. Ситель рассказывал о состоянии мануальной терапии в России, о различных школах и направлениях, о Лиге профессиональных мануальных терапевтов.

В июне 2004 года под эгидой ULEMM и по приказу Минздрава РФ Лига профессиональных мануальных терапевтов и Московский Центр мануальной терапии организовали в Москве Международный конгресс мануальной медицины, куда съехались мануальные терапевты со всех уголков России, Франции, Италии, Германии, Португалии. Были приглашены и руководители FIMM. Президент FIMM Б. Тэррье и вице-президент М. Хатсон приняли участие в съезде, ознакомились с работой Лиги профессиональных мануальных терапевтов, познакомились с ведущими специалистами РФ: проф. В.С. Гойденко, проф. А.А. Лиевым, проф. Л.Ф. Васильевой, проф. А.Ф. Неборским и др.

В августе 2004 г. проф. А. Ситель был приглашен на Генеральную ассамблею FIMM

На Московском международном конгрессе (*слева направо*):
доктор Р. Рамазанов (ULEMM), вице-президент FIMM М. Хатсон,
генеральный секретарь ULEMM М. Тессандье, проф. Р. Мень,
проф. А.А. Лиев, проф. В.С. Гойденко, проф. А.Б. Ситель

(Братислава) президентом FIMM Бернардом Тэррье с предложением вступить во Всемирную организацию мануальной медицины вместо исключаемой РАММ (президент академик РАМН А.А. Скоромец, вице-президент проф. Л.Ф. Васильева) согласно положению 5 параграфа Устава FIMM (неуплата членских взносов за 3 года и неучастие в работе FIMM). Членство во Всемирной ассоциации мануальной медицины предполагает участие в мероприятиях, проводимых ею (Генеральные ассамблеи, конференции, съезды), в работе комитетов (комитет по образованию, комитет по науке, комитет по политике, Академия FIMM) и уплату членских взносов (ежегодно 200 долларов США за организацию и по 5 швейцарских франков за каждого члена организации).

Лига профессиональных мануальных терапевтов начала активно участвовать в научной жизни FIMM, представляя доклады на различные темы, внося значительный вклад в научное обоснование мануальной терапии.

В 2006 г. Лига профессиональных мануальных терапевтов организовала в Москве работу Генеральной ассамблеи FIMM, на которой был избран новый президент Вольфганг вон Хейманн, а в исполнительный комитет был избран к.м.н. С.В. Никонов. Делегатам Генеральной ассамблеи были представлены переведенные на инстранные языки приказы Минздрава РФ о введении в номенклатуру медицинских специальностей мануальной терапии, унифицированная программа обучения врачей, подготовки специалистов – мануальных терапевтов. В последующем российская унифицированная программа обучения врачей была принята FIMM за основу при выработке программы FIMM.

ЛПМТ принимает участие во всех международных съездах и конференциях по мануальной медицине в рамках FIMM и IAMM (Международной академии ММ: 2004 (Братислава, Словакия), 2005 (Монтро, Швейцария), 2006 (Куопио, Финляндия), 2007 (Лейпциг, Германия), 2008 (Потсдам, Германия), 2009 (Амстердам, Нидерланды), 2009 (Копенгаген, Дания), 2010 (Анталия, Турция), 2011 (Берлин, Германия), 2012 (Стамбул, Турция), 2013 (Хельсинки, Финляндия).

С.В. Никонов по-прежнему является членом исполнительного комитета FIMM, возглавляет комитет по науке, принимает активное участие в организации международных научных собраний под эгидой FIMM и национальных организаций мануальных терапевтов. Доктора Кузьминов К.О., Бахтадзе М.А., Болотов Д.А., Беляков В.В., Елисеев Н.П. являются членами комитетов международной академии мануальной медицины.

Учитывая практический опыт, накопленный Московским Центром мануальной терапии с 1997 года, существующая система оказания медицинской помощи больным со спондилогенными заболеваниям (на 15 000

населения – 1 мануальный терапевт) не обеспечивала потребности населения в ней. Более квалифицированная помощь оказывается в отделениях и Центрах, где имеется достаточный штат мануальных терапевтов и специализированная аппаратура для диагностических обследований. На основании этого был подготовлен и выпущен приказ МЗ РФ № 337 от 6.06.2001 года о внесении в номенклатуру лечебных амбулаторно-поликлинических учреждений Центров мануальной терапии: районных, окружных, городских и областных. Параллельно шло внедрение мануальной терапии в регионах России. Такие Центры созданы в гг. Обнинске, Иванове, Владивостоке, Новосибирске, планируются в гг. Калуге, Кемерове, Ростове-на-Дону, Санкт-Петербурге, Ярославле, Уфе.

В 2000 году на базе поликлиники ООО «Центр реабилитации» г. Обнинска был создан Калужский Центр мануальной терапии и филиал Московского профессионального объединения мануальных терапевтов, президентом которого избран тогда еще к.м.н. В.В. Беляков, являющийся одновременно Главным мануальным терапевтом Департамента здравоохранения Калужской области.

На межрегиональной научно-практической конференции в г. Обнинске «Мануальная терапия на современном этапе и ее роль в практическом здравоохранении» было принято решение создать новый печатный орган Лиги профессиональных мануальных терапевтов и РАМН с названием по специальности «Мануальная терапия» как преемника журнала «Мануальная медицина», издававшегося ранее в Новокузнецке и Владивостоке. Главным редактором журнала с новым названием «Мануальная терапия» был избран профессор А.Б. Ситель. Тяжесть финансирования журнала взяли на себя руководители Обнинского «Центра реабилитации» Н.П. Елисеев и З.Р. Гуров, являющиеся также учредителями журнала (свидетельство о регистрации средства массовой информации в государственном комитете РФ по печати ПИ № 77-5874 от 08 декабря 2000 г.).

С 2001 года и по настоящее время журнал «Мануальная терапия» является рупором мануальных терапевтов России, специализированным изданием в области мануальной терапии, входящим в перечень журналов ВАК, публикации в которых признаны при защите кандидатских и докторских диссертаций. Выпущено 54 номера журнала.

Новые научные положения по диагностике и лечению спондилогенных заболеваний, разработанные школой проф. А.Б. Сителя, излагаются по пунктам.

I. Была доказана нозологическая самостоятельность и выделены новые отдельные формы заболеваний позвоночника: **дискогенная болезнь** (рефлекторные и компрессионные синдромы спондилогенных заболеваний); **вертебрально-базилярная болезнь I–IV ст.; сколиотическая болезнь у детей.**

Нозологическая самостоятельность разных форм спондилогенных заболеваний.

Таблица 1

ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА

1 – Функциональный диагноз:	*Код международной классификации*
• **Вертебрально-базилярная болезнь I и II стадии** (синдромы вертебрально-базилярной артериальной системы) цефалгический, вестибуломозжечковый, кардиопатический, вегетососудистый, астенодепрессивный, вестибулокохлеарный).	G 45.0
• **Вертебрально-базилярная болезнь III стадии** (транзиторная церебральная ишемическая атака)	G 45.9

• **Вертебрально-базилярная болезнь IV стадии** (транзиторная церебральная ишемическая атака в сочетании с атеросклерозом)	G 45.9
• **Дискогенная болезнь I и II стадии** (цервикобрахиалгия, цервикокраниалгия, плечелопаточный периартроз, торакалгия, люмбаго, люмбоишиалгия)	M 54.0
• **Дискогенная болезнь III стадии** (поражения межпозвонковых дисков шейного и других отделов позвоночника с радикулопатией)	M 51.1
• **Дискогенная болезнь IV стадии** (поражения межпозвонковых дисков шейного и других отделов позвоночника в стадии клинического выздоровления)	M 51.1
• **Сколиотическая болезнь (**инфантильный идиопатический сколиоз)	M 41.0
2 – Морфологический диагноз (в скобках):	*Код*
• **Остеохондроз позвоночника у взрослых**	M 42.1
• **Поражение межпозвонкового диска шейного отдела позвоночника с миелопатией**	M 50.0
• **Сглаженность физиологических изгибов позвоночника**	M 40.0
• **Увеличение физиологических изгибов позвоночника** (кифоз позиционный)	M 40.0
• **Шейное ребро I–II стадии**	Q 76.5
• **Грыжи Шморля** (болезнь Шойермана–Мау)	M 42.0
• **Артроз реберно-поперечных сочленений**	G 58.0
• **Другие деформирующие дорсопатии, аномалии развития**	M 43.0
• **Грыжа диска в поясничном отделе позвоночника**	M 51.1
• **Грыжа диска в шейном отделе позвоночника**	M 50.0
• **Остеопороз тел позвонков без патологического перелома**	M 81.0
• **Остеопороз тел позвонков с патологическим переломом**	M 80.0
• **Поражение плеча и плечевого пояса**	M 75.0
• **Плечевой периартрит**	M 75.1
• **Синдром сдавления передней спинальной или позвоночной артерии**	G 99.2
• **Спондилолиз**	M 43.0
• **Межреберная невропатия**	G 58.0

Примеры формирования диагноза:

Вертебрально-базилярная болезнь I–II стадии, хроническое течение, подострая стадия, цефалгические, веслибуломозжечковые, кардиопатические, вегетососудистые, астено-депрессивные, кохлеовестибулярные пароксизмы, частые приступы.

– острая стадия – до месяца;

– подострая, хроническая – больше месяца;

– вестибуломозжечковые пароксизмы – несистемные головокружения;

– вестибулокохлеарные пароксизмы – шум, звон в ушах;

– по классификации института неврологии РАМН: частые приступы – до месяца; редкие – несколько раз в год.

Вертебрально-базилярная болезнь III стадии, транзиторные церебральные ишемические атаки, редкие приступы.

При вертебрально-базилярной болезни IV стадии отдельно выставляется диагноз: атеросклероз сосудов головного мозга I–II стадии; дисциркуляторная энцефалопатия I–II стадии.

При наличии гипертонической болезни – перед атеросклерозом сосудов головного мозга I–II стадии – гипертоническая болезнь I–II стадии.

Дискогенная болезнь I–II стадии.

Цервикалгия правосторонняя (сглаженность шейного лордоза), хроническое течение подострая стадия, умеренно выраженный болевой синдром со статико-динамическими нарушениями.

Дискогенная болезнь III стадии.

Синдромы поражения корешков L_5 и S_1 (протрузия диска L_{IV}–L_V, грыжа диска L_V–S_I), хроническое течение, подострая стадия, резко выраженный болевой синдром со статико-динамическими нарушениями.

II. Основным этиологическим фактором при спондилогенных заболеваниях являются функциональные патобиомеханические изменения в позвоночнике и суставах конечностей – функциональные блокады, мозаика которых формирует патологический двигательный стереотип больного, закодированного вначале в кратковременной памяти, а затем в долговременной – как компенсаторный фактор для обеспечения двигательной активности человека.

III. Показаниями для применения мануальной терапии являются патобиохимические функциональные изменения в опорно-двигательной системе, когда установлено, что клиническая картина заболевания обусловлена спондилогенным этиологическим фактором в виде функциональной блокады, т.е. ограничением подвижности не органического, а функционального характера в пределах нормальной физиологической функции сустава.

Для получения положительного эффекта лечения у больных с заболеваниями опорно-двигательной системы необходима обязательная перекодировка двигательного стереотипа, для чего мануальной диагностикой определяются функциональные блокады, вызвавшие клинические проявления спондилогенного заболевания. Эти функциональные блокады ликвидируются мануальной терапией, перекодирующей патологический двигательный стереотип.

IV. Перекодировки двигательного стереотипа у больного с заболеванием опорно-двигательной системы и быстрого выздоровления пациента можно достигнуть только одномоментным воздействием с использованием суставной мобилизационной и манипуляционной техники, направленной сразу на все звенья патогенеза:

– функциональную блокаду сустава;

– мышцу;

– связку;

– фасцию;

– нервно-сосудистые образования двигательного сегмента позвоночника;

– межпозвонковый диск, с созданием внутридискового отрицательного давления (закон Гука).

В связи с этим суставную мобилизационную и манипуляционную технику необходимо относить к основным методам мануальной терапии.

Неспецифические методы мануальной терапии.

К неспецифическим методам мануальной терапии (миофасциальная, висцеральная, краниосакральная, прикладная кинезиология и др.) относят способы лечения заболеваний опорно-двигательной системы, направленные на одно из звеньев патогенеза функциональных нарушений двигательного сегмента позвоночного столба:

1 – на нормализацию дисбаланса укороченных и удлиненных мышц, фасций;

2 – на улучшение функционирования внутренних органов;

3 – на нормализацию биоритмов организма человека.

Эти методы успешно помогают на стадии предболезни и при рефлекторных проявлениях заболеваний опорно-двигательной системы.

V. Исследованиями школы проф. А.Б. Сителя доказан венозный характер клинических проявлений спондилогенных заболеваний. Ранее неврологи считали: радикулит (*-ит* – воспаление). Вертебрологи: сдавление межпозвонковой грыжей сосудисто-нервного пучка.

Оказалось, что истина лежит посередине: межпозвонковая грыжа всегда сдавливает мягкие ткани, никогда не компремирует сосудисто-нервный пучок непосредственно, асептическое воспаление корешка возникает в результате сдавления мягких тканей, отека и венозного стаза окружающих тканей.

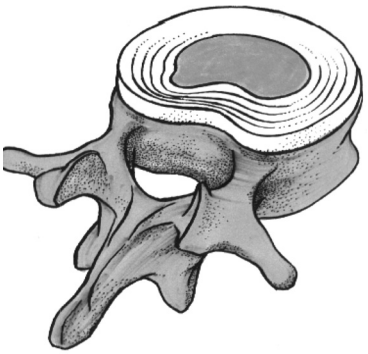
VI. В острый и подострый периоды клинических проявлений спондилогенных заболеваний абсолютно противопоказано применение методов реабилитации, вызывающих приток артериальной крови в зону очага поражения:

– тепловых;
– электрических;
– физиотерапевтических;
– массажа;
– бальнеотерапевтических;
– растираний.

Лечение методами мануальной терапии по методике профессора А.Б. Сителя способствует стимулированию естественных процессов организма, направленных на борьбу с болезнью (саногенез), при этом мы не вправляем грыжи, а создаем условия, при которых совершается процесс фибротизации грыжи межпозвонкового диска, сопровождающийся выздоровлением. Улучшается венозный отток, поскольку вены в позвоночнике не имеют клапанов, отток крови осуществляется посредством движения позвонков, которые заблокированы мышечным спазмом. Манипуляция снимает функциональную блокаду, улучшает венозный отток, снимает отек диска, что ведет к уменьшению сдавления корешка (А.Б. Ситель, К.О. Кузьминов, С.П. Канаев, С.В. Никонов, В.В. Беляков, 2009, 2014).

После основной манипуляции необходимо провести еще 5–8 закрепляющих суставных манипуляций на смежных отделах позвоночника, при этом отмечаются изменения его кривизны и отодвигание грыжевого выпячивания от корешка, разрушается патологический двигательный стереотип и более правильный закрепляется вначале в кратковременной, а затем в долговременной памяти. Однако процесс фибротизации межпозвонкового

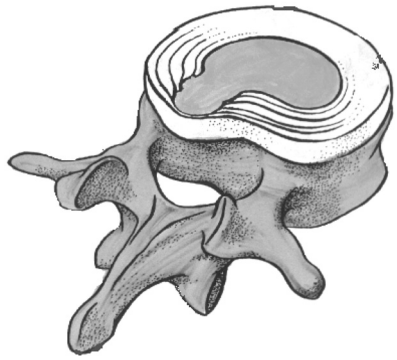
диска не происходит за один раз, лечение курсовое, продолжается от года до пяти лет (альтернатива – операция с последующей инвалидностью). Необходимо назначение медикаментозной терапии: дегидратационных средств, противовоспалительных препаратов, средств, уменьшающих проницаемость сосудистой стенки, венотоников, седативных средств и др.



Физиотерапия и массаж – прекрасные средства профилактики и лечения при правильном их применении. Однако на практике дело обстоит иначе: назначение физиотерапии и массажа в острый период заболевания ведет к его обострению, и тем самым оздоравливающие методы могут принести вред. Это происходит в связи с тем, что в острой стадии резко увеличена проницаемость сосудов, поэтому любое увеличение притока крови, к чему ведут массаж и физиотерапия, вызывают отек окружающих тканей с увеличением сдавления корешковых структур со всеми вытекающими последствиями.

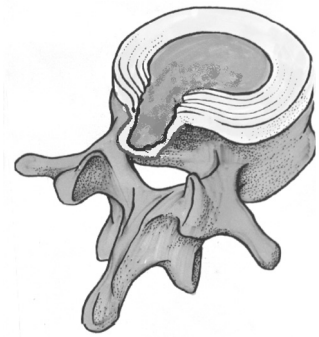
VII. Дискогенная болезнь: Центр мануальной терапии Департамента здравоохранения г. Москвы за «Способ лечения дискогенной болезни (рефлекторные и компрессионные синдромы спондилогенных заболеваний)» на Всемирной выставке изобретений в Брюсселе «Эврика 1993» получил бронзовую медаль.

Первая стадия заболевания – рефлекторная, возникает в результате статико-динамических нарушений в разных отделах позвоночника (изменение физиологических изгибов, сколиотических деформаций, врожденных патологий и др.) Функциональные блокады возникают в зоне очага поражения и в сопряженных двигательных сегментах позвоночника. Клиническая картина заболевания часто характеризуется острым началом и местной локальной болью (люмбалгия, дорсалгия, цервикалгия) с легко или умеренно выраженным болевым синдромом и мышечно-тоническими компонентами на фоне невыраженных статико-динамических изменений или без таковых.



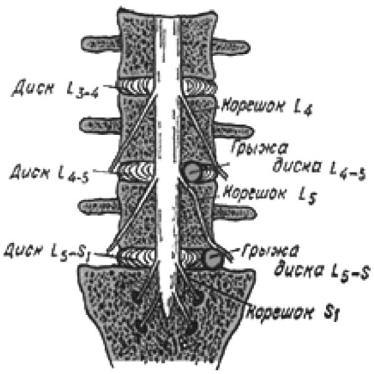
Вторая стадия заболевания характеризуется задними выпячиваниями межпозвонкового диска в позвоночный канал на 2–3 мм, по данным В. Янда, когда диск уже разрушен на 2/3, при этом он разволокняется, в фиброзном кольце появляются разрывы, отмечается передислокация пульпозного ядра в передние, задние или боковые отделы, т.е. происходит формирование протрузии. Этот процесс сопровождается формированием функциональных блокад, кроме основного двигательного сегмента, в сопряженных сегментах шейного отдела позвоночника.

Клиническая картина заболевания характеризуется болевым синдромом с иррадиацией (люмбоишиалгия, цервикобрахиалгия), умеренно выраженным мышечно-тоническим синдромом и незначительно выраженными статико-динамическими нарушениями. Отмечалась легкая асимметрия рефлексов, положительные или слабоположительные симптомы тонического напряжения верхнелопаточной области, ишиокруральных мышц, ишиалгия или брахиалгия, усиливающиеся после физических нагрузок и дискомфортных положений, реже встречаются чувствительные расстройства, как правило, в сочетании с вегетативными симптомами в зоне иннервации пораженного двигательного сегмента.



В третьей стадии заболевания отмечается формирование собственно грыжевого выпячивания, что сопровождается разрывом фиброзного кольца и выпадением грыжевого содержимого в позвоночный канал. При этом отмечается наличие функциональных блокад разной степени выраженности всего пораженного отдела позвоночника с функциональными блокадами шейного отдела позвоночника в сопряженных двигательных сегментах.

В поясничном отделе позвоночника наиболее часто страдают IV и V межпозвонковые диски. Клиническая картина заболевания характеризуется резким болевым синдромом с выраженными статико-динамическими нарушениями, анталгической позой, вынужденным положением пояснично-крестцового, грудного и шейного отделов позвоночника с перегрузкой по сопряженным двигательным сегментам. Среднестатистический просвет позвоночного канала на уровне поясничного отдела позвоночника – 24 мм, следовательно можно брать на лечение больных с грыжами от 4–5 до 18 мм при отсутствии определенной неврологической симптоматики (нарушения мочеиспускания, парезы нижних конечностей и др.). При синдроме поражения корешка отмечается очаговая неврологическая симптоматика в виде чувствительных и двигательных нарушений в зоне иннервации нерва, гипо-, арефлексия и др.

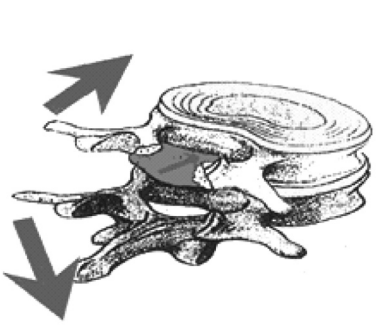


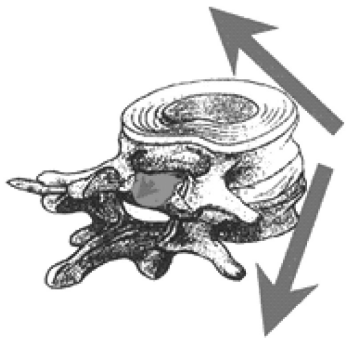
По локализации по отношению к корешку межпозвонковые грыжи делятся на задние (или центральные) и заднебоковые, некоторые имеют различные клинические проявления. Это важно для дальнейшей тактики лечения.

Школой проф. А.Б. Сителя разработаны дифференциально-диагностические критерии к применению мануальной терапии на основании пространственного расположения межпозвонковых грыж по отношению к сосудисто-нервному пучку (Ситель А.Б., Никонов С.В., 2008, 2014 г.г.). Основная манипуляция и мобилизация при срединных грыжах – на сгибание и дистракцию.

При этом грыжевое содержимое втягивается в межпозвонковое пространство, отодвигая его от дурального мешка. Движение на разгибание приводит к выпадению грыжевого содержимого.

Основной лечебной процедурой при заднелатеральных грыжах межпозвонковых дисков является манипуляция на разгибание в пораженном двигательном сегменте с одновременным наклоном в здоровую сторону и дистракцией. Достигаемое при этом отрицательное давление в межпозвонковом диске втягивает грыжевое содержимое.

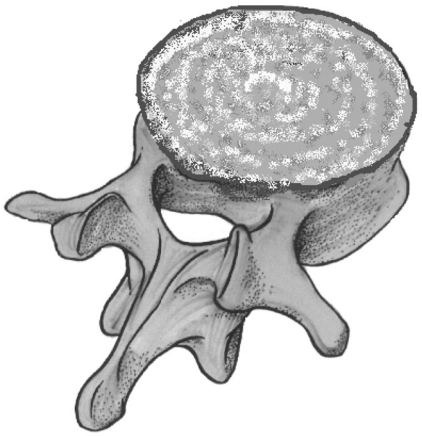




Запрещенное движение

Лечебное движение

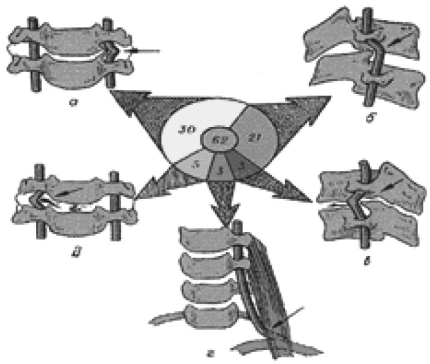
И, наоборот, при наклоне вперед или манипуляции на сгибание межпозвонковая грыжа выдавливается кзади, усиливая давление на сосудисто-нервный пучок.



Четвертая стадия заболевания (или фибротизация МПД) – это собственно процесс вызоровления. Функциональные блокады исчезают в выше- и нижележащих двигательных сегментах, оставаясь в сопряженных сегментах шейного отдела позвоночника.

В зоне пораженного двигательного сегмента регистрируется органический блок. Клиническая картина заболевания характеризуется отсутствием болевого синдрома и значительным уменьшением и исчезновением статико-динамических нарушений.

VIII. За способ лечения вертебрально-базилярной болезни Центр мануальной терапии Департамента здравоохранения г. Москвы на Всемирной выставке изобретений «Эврика 1993» получил grand-pri «Большую золотую медаль». Формулировка диагноза изложена в разделе I. На рисунке в процентном отношении изображены различные варианты сдавления позвоночных артерий при патологии шейного отдела позвоночника, ведущие к недостаточности мозгового кровообращения. Все эти изменения в позвоночнике носят механический характер, поэтому методом выбора является мануальная терапия. Лечение данной патологии только медикаментозными средствами неэффективно, поскольку они не устраняют препятствие кровотоку.



Школой проф. А.Б. Сителя разработаны детальные характеристики различных клинических проявлений заболевания в зависимости от этиологических и патогенетических факторов. При начальных проявлениях вертебрально-базилярной недостаточности («синдром Барре-Льесу», «задний шейный симпатический синдром», «синдром позвоночного нерва», «синдром позвоночной артерии») регистрируются функциональные блокады C_{I}–C_{II}, C_{VII}–Th_{I}–Th_{II}, в сопряженных двигательных сегментах поясничного отдела позвоночника. В результате патобиомеханических изменений в шейном отделе позвоночника происходит раздражение синувертебрального нерва Люшка и непосредственно крупнопетлистой периартериальной нервной сети позвоночного сплетения.

Клиническая картина заболевания характеризуется преобладанием субъективной симптоматики над признаками очагового поражения мозга: головокружения, усиливающиеся при перемене положения туловища – 85,2%, зрительные симптомы (фотоксии «ощущение точек или песка перед глазами», иногда цветными вспышками) – 35,7%, головные боли приступообразного характера – 25,8%, шум, гудение, жужжание, звон в ухе, давление и боль в наружном слуховом проходе – 12,3%.

По данным ультразвуковых исследований, экстравазальных гемодинамически значимых компрессий в этой стадии заболевания не отмечено. Регистрируется уменьшение индекса непрерывного кровотока, который возрастает после первой процедуры мануальной терапии до 59,1% (эффект «постманипуляционной гиперемии»), после курса – до 62,7% (явления ишемии регистрируются в одной из позвоночных артерий только при функциональных пробах (поворотах головы).

Во второй стадии болезни функциональные блокады отмечают у большинства больных во всех двигательных сегментах шейного отдела позвоночника (с меньшей частотой в сегменте C_{II}–C_{III}, C_{III}–C_{IV}), в сопряженных сегментах поясничного отдела позвоночника. В клинической картине заболевания во второй стадии доминирующим симптомом является головная боль, чаще постоянного характера, иногда со светлыми промежутками, усиливающаяся приступообразно, сочетающаяся с обилием вегетососудистой симптоматики в виде жара, озноба, сердцебиений, чувства страха, с депрессивными проявлениями, редко – приступами височной эпилепсии. В эту же группу вошли больные с синдромами передней лестничной мышцы, Унтернхарнштадта, дроп-атак.

При ультразвуковых исследованиях выявлялась гипоплазия одной из позвоночных артерий, характеризующаяся особым спектром линейной скорости кровотока (ЛСК) по одной из позвоночных артерий (ПА), часто ретроградным венозным кровотоком (РВК) на стороне гипоплазии, изменением ЛСК не более 10% от исходных значений при ротации головы, снижением ЛСК с углублением спектральных характеристик гипоплазии при росте ЛСК по неизмененной ПА, отсутствие феномена «постманипуляционной гиперемии». Выявлено четыре типа нарушения венозного оттока: пульсация, флюктуация, модуляция венозного сигнала пульсом и дыханием, немодулированный венозный кровоток. При сравнении ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) брахиоцефальных сосудов с сосудистой программой МРТ чувствительности УЗДГ 98%, а специфичность – 95%, что дает возможность этим больным не уточнять диагноз с помощью МРТ или дуплексного сканирования. Гипоплазия одной из позвоночных артерий требует увеличения длительности лечения мануальной терапией, включения в схему лечения транквилизаторов и антидепрессантов и не является противопоказанием для мануальной терапии.

При третьей стадии заболевания функциональной блокады регистрируются во всех двигательных сегментах шейного отдела позвоночника с меньшей частотой в двигательных сегментах C_{II}–C_{III}, C_{III}–C_{IV} и сопряженных двигательных сегментах поясничного отдела позвоночника.

Клиническая картина заболевания характеризовалась приступообразно появляющимися систематическими головокружениями (больной не может оторвать голову от подушки), часто сочетающимися с тошнотой, иногда рвотой, головной болью, в части случаев со слабостью в конечностях по гемитипу. Слабость в конечностях по гемитипу может проявляться и без системных головокружений. Частота приступов сильно варьирует. В одних случаях они возникают редко, разделяясь промежутками в 2–3–4 года, в других наблюдаются каждые полгода. В межприступный период у всех больных наблюдаются элементы симптомов Горнера или Пти, неустойчивость в позе Ромберга, в части случаев падение в позе Ромберга, дисметрия, дисадиадохокинез.

На УЗДГ выявляется синдром «единственной» позвоночной артерии, характеризующейся экзальтированным компенсаторным кровотоком по одной из позвоночных артерий, часто граничащей со спазмом, и феноменом «биения» по второй ПА. При ротации ЛСК падает по компенсирующей артерии более 50%.

Контрольные исследования позволяют корректировать лечение. УЗДГ выявило, что после 1-й процедуры мануальной терапии ЛСК возрастает на 40–50% – эффект постманипуляционной гиперемии по позвоночной артерии. Возврат к почти исходным параметрам кровотока наблюдается у 49,6% больных через 1,5–2 часа, у остальных снижается, но остается на достаточно высоком уровне. Максимум эффекта отмечается на 6–7-й процедуре, затем ЛСК стабилизируется, но если продолжать наращивать количество процедур, без перерыва, то это приводит на 12–14-й процедуре к недостаточной и нестабильной циркуляции (венозная и артериальная дисциркуляция нарастает). Больным в третьей

стадии заболевания назначают медикаментозные средства (церебролизин, стугерон, глицин, аскорутин и др.).

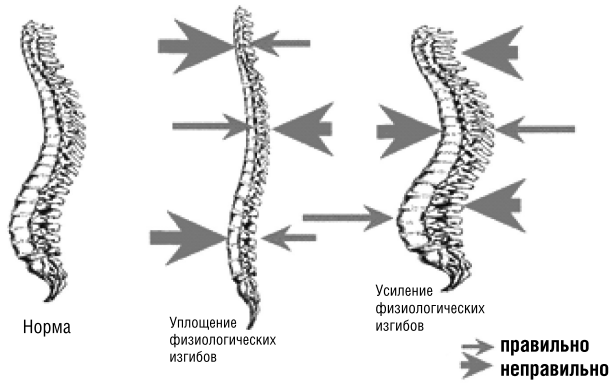
В IV стадии заболевания функциональные блокады регистрируются во всех двигательных сегментах шейного отдела позвоночника и сопряженных сегментах поясничного отдела позвоночника.

Перечисленные в III стадии клинические признаки наблюдались в разных сочетаниях, но обязательным компонентом являлись признаки мозжечковой недостаточности в виде неустойчивости и падения в позе Ромберга, дисметрии, дисадиадохокинез. У всех больных выявлялись в той или иной степени выраженности признаки атеросклероза сосудов головного мозга, синдромы орального автоматизма, в части случаев спонтанно возникающий горизонтальный нистагм, диплопия при взгляде вперед (признаки поражения III черепного нерва).

УЗДГ было направлено на то, чтобы не пропустить выраженные интравазальные стенозы брахиоцефальных сосудов, которые являются противопоказанием для проведения мануальной терапии и показанием для проведения дуплексного сканирования с последующим направлением к сосудистому хирургу. В отсутствии стенозов при наличии спондилогенной дисциркуляции в позвоночных артериях мы успешно проводим мануальную терапию, сочетая ее с назначением медикаментозных средств (те же, что при III стадии плюс антисклеротическая терапия).

IX. Сколиозы. За способ лечения идиопатических сколиозов I–II стадии у детей на Всемирной выставке изобретений «Эврика 1993» Московский Центр мануальной терапии получил бронзовую медаль.

Основой лечения является мануальная терапия в соответствии с анатомическими (рентгенологическими) данными и результатами дополнительных исследований. Например, при усилении изгибов позвоночника, что отмечается у 6–10 % людей, воздействие направлено на уменьшение физиологических изгибов позвоночника и наоборот – при сглаженности (90–96 %) людей – на их усиление.



В Центре мануальной терапии Департамента здравоохранения г. Москвы и Центре Реабилитации г. Обнинска разработана и успешно применяется методика лечения и профилактики идиопатического сколиоза I–II степени у детей. Степень сколиоза выявляется клинически и уточняется рентгенологически. Осмотр ребенка проводится по общепринятой схеме: в положении стоя (сзади и спереди), сидя, лежа на спине и животе. Рентгенологическое исследование проводится в положении стоя. Выявляется степень первичной дуги искривления позвоночника (от 0 до 10 градусов – I степень, от 10 до 25 градусов – II степень), наличие аномалий развития позвоночника: незаращение дужек, люмбализация, сакрализация, аномалия тропизма и других проявлений дизрафического статуса.

При идиопатическом сколиозе I–II степени лечение проводится в период роста ребенка, курсами, по 2 раза в год по 6–10 процедур на курс. Одновременно проводится массаж спины, N 10. В период активного роста курсы проводятся чаще, 3–4 раза в год.

Обязательна коррекция длины ног, лечебная гимнастика под руководством инструктора ЛФК, при необходимости возможно ношение корректора осанки. Необходимо довести до понимания ребенка и его родителей (что особенно важно!), что целью лечебных мероприятий при сколиозе является не непосредственное исправление деформированного позвоночника, а создание благоприятных условий для его свободного роста. При выполнении всех рекомендаций врача отмечаются хорошие результаты: улучшение осанки, уменьшение степени выраженности сколиоза и/или стабилизация процесса. Лечение продолжается до окончания роста пациента, т.е. приблизительно до 17–18-летнего возраста. В дальнейшем остающуюся деформацию позвоночника, к сожалению, исправить не представляется возможным, поэтому главным является своевременное обращение к специалисту по мануальной терапии.

Наглядным примером к вышеизложенному являются результаты скриннингового исследования, проведенного в школах г. Обнинска.

Было обнаружено, что процент здоровых (с точки зрения состояния позвоночника) детей уменьшается с 25% в младших классах до 12% в старших классах. Таким образом, детей, заканчивающих школу со здоровым позвоночником, практически нет. В настоящее время довольно часто выявляется остеохондропатия тел позвонков (болезнь Шейермана-Мау). Преимущественно страдают мальчики в возрасте от 12 до 17 лет, в период бурного роста и особенно при активных занятиях спортом. Чаще поражается 4 нижних грудных позвонка. На рентгенограммах выявляется снижение плотности тел позвонков, появление грыж Шморля, клиновидной деформации тел позвонков, усиление грудного кифоза. В таких случаях рекомендуется исключение осевых нагрузок на позвоночник, подъем тяжестей, запрещаются все движения на сгибание, особенно в грудном отделе позвоночника. Назначается массаж мышц спины курсами 3–4 раза в год, плавание на спине, специальный комплекс ЛФК, разработанный специалистами центра и направленный на укрепление мышц спины. Применяются только мягкие техники мануальной терапии. При отсутствии лечения и невыполнении рекомендаций врача может наступить значительная кифотическая деформация позвоночника и инвалидизация больного.

При сколиозах III–IV степени мануальная терапия не проводится. При сколиозах I–II степени лечение проводится 2–3 курса в год по 6–10 сеансов. Назначается специальная лечебная гимнастика, ношение корректора осанки. При выполнении этих условий отмечаются хорошие результаты – улучшается осанка, уменьшается степень выраженности сколиоза.

Таким образом, премия «ПРИЗВАНИЕ» явилась признанием того, что мануальная терапия за истекшие 30 лет совершила грандиозный скачок в научном понимании спондилогенных заболеваний, была успешно внедрена в практику современного здравоохранения. Была утверждена новая медицинская специальность «мануальная терапия», произошло возрождение журнала «Мануальная терапия», которое было единогласно поддержано во всех регионах России. Это свидетельствует о том, что на рубеже третьего тысячелетия мы вновь пришли к тому, с чего начали наши далекие предки, когда впервые протянули руку помощи больному, но теперь мы это делаем на более высоком уровне, на основе высоконаучных достижений, не вслепую не на ощупь, а вооруженные точным знанием, и в этом залог наших будущих успехов!