

Петров К.Б.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ОСТЕОХОНДРОЗ ПОЗВОНОЧНИКА: В ЗАЩИТУ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ, ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОЙ И КЛАССИФИКАЦИОННОЙ ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ

В Советском Союзе «остеохондроз позвоночника» выделился в самостоятельную нозологию к началу 70-х годов XX века. На Западе такого представления нет до сих пор. Имеются существенные разногласия в терминологии. В связи с ликвидацией многолетней изоляции отечественной науки, появлением новых методов клинической и инструментальной диагностики, распространением идей мануальной терапии и внедрением унифицированной классификации болезней МКБ-10 среди российских учёных появились необоснованные тенденции к ревизии учения об остеохондрозе позвоночника. Это ведёт к падению уровня квалификации специалистов данного профиля и, как следствие, к ухудшению диагностики и результатов лечения.

Ключевые слова: остеохондроз позвоночника; боль в спине; нозология; классификация.

Petrov K.B.

Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medical, Novokuznetsk

SPINAL OSTEOCHONDROSIS: IN DEFENSE NOSOLOGICAL, TERMINOLOGY AND CLASSIFICATION PERSONALITY

In the Soviet Union «spinal osteochondrosis» stood out as an independent nosology to the top 70-s of the twentieth century. In the West, such a representation is not so far. There are substantial differences in terminology. In connection with the liquidation of long-term isolation of Soviet science, the emergence of new methods of clinical and instrumental diagnosis of ideas of manual therapy and the introduction of a uniform classification of diseases ICD-10 among Russian scientists appeared unfounded trends in the audit exercise on osteochondrosis. This leads to a drop in the level of qualification of this profile, and as a consequence – to the deterioration diagnosis and treatment outcomes.

Key words: spinal osteochondrosis; back pain; nosology; classification.

В Советском Союзе уже к началу 70-х годов XX века учение о так называемом «остеохондрозе позвоночника» (ОП) созрело в стройную систему знаний и специфических мероприятий лечебно-диагностической и профилактической направленности, имеющих все признаки сложившейся нозологии, которая ближе всего тяготела к неврологии. За рубежом до настоящего времени состояние больных данного профиля описывается разрозненными синдромами, входящими в компетенцию специалистов различного профиля. В США, например, ортопеды и нейрохирурги для обозначения вертеброневрологических проблем применяют термин «грыжа» или «повреждение диска»; семейные врачи, хиропрактики и остеопаты — «дорсопатия» или «дорсалгия»; неврологи — «ишиас». Целый ряд синдромов дегенеративного заболевания позвоночника скрывается под определением «миофасциальная боль» [1].

Рассмотрим кратко историю вопроса. Начиная со второй половины XVIII века, названные клинические проявления обозначались как ишиас (Cotunnus, 1770) или радикулит (Dejerine, 1896). В последующем получили распространение синдромальные определения — люмбагия, торокальгия, цервикальгия, т.е. позвоночная боль. Доминирующей на данном этапе была концепция воспалительного (инфекционного) поражения различных участков экстрадуральной порции корешка (Sicard, 1918).

Beneke R. (1897) впервые отметил дистрофические проявления в позвоночнике и собирательно обозначил их термином «спондилез». Позже Ch.G. Schmorl (1928-1932 гг.) на огромном аутопсическом материале исследовал патоморфологические изменения в межпозвоночном диске и прилежащих к нему телах позвонков. Все, что отличалось от нормы, он отнес к патологии и предложил называть её межтеловым остеохондрозом. Наименование «остеохондроз межпозвоночного диска» было предложено А. Hildebrandt в 1935 г.

Поскольку Ch.G. Schmorl не делал различий между патологическими и саногенетическими реакциями, на первых порах остеохондрозом назывались все дистрофические и дегенеративные изменения позвоночно-двигательного сегмента (ПДС). В дальнейшем оказалось, что некоторые из них, например, грыжа Шморля или деформирующий спондилёз, клинически не актуальны, а вот деформирующий спондилоартроз имеет вполне определённое значение. Это дало повод И.Л. Клионеру (1957) расширить данное понятие не только на межтеловую область, но и на межпозвоночные суставы, изменив название на «межпозвоночный остеохондроз».

Попелянский Я.Ю. [2] предложил ещё более широкую трактовку для ОП, обозначив его как «полифакториальное дегенеративное заболевание двигатель-

ного сегмента, поражающее первично межпозвоночный диск, а вторично — другие отделы позвоночника, опорно-двигательного аппарата и нервную систему».

Шмидт И.Р. [3] были конкретизированы основные патоморфологические субстраты ОП: внутридискковая дистрофия, нестабильность вследствие нарушения фиксации способности фиброзного кольца, грыжа диска, спондилоартроз, а также возникающие в связи с дистрофическими изменениями в ПДС нарушения межпозвоночного отверстия и спинального канала, реактивный асептический лептоменингит или эпидурит. Её клинико-генеалогические и генетико-математические исследования установили, что ОП — это мультифакториальное заболевание, фенотип которого детерминирован олигогенной комплиментарной системой главных генов и генов модификаторов при влиянии других систем генома.

На основании этих исследований была доказана нозологическая самостоятельность ОП. Дано следующее определение: «Остеохондроз позвоночника — это мультифакториальное заболевание, характеризующееся дистрофическим поражением ПДС, преимущественно их передних отделов, проявляющееся в определенных условиях полиморфными (рефлекторными, компрессионными, компрессионно-рефлекторными и рефлекторно-компрессионными) неврологическими синдромами. Это хронически рецидивирующее заболевание, имеющее тенденцию к прогрессивности в молодом и зрелом возрасте, к регрессивности — в пожилом, к клиническому выздоровлению — в старческом возрасте, несмотря на необратимость самого дистрофического процесса».

Уже в 30-е годы 20-го столетия стало ясно, что ОП (в частности, его рентгенологические признаки) далеко не всегда имеет клиническое значение. Чтобы внести ясность, говорили о «клинически значимом остеохондрозе» или о «неврологических синдромах ОП». В 70-е годы получил распространение термин «неврологические проявления остеохондроза позвоночника» (НПОП) [3].

Обсуждая роль центра и периферии в реализации НПОП, В.П. Веселовский [4] писал, что это не только и не столько проблема заболевания опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы; лишь с позиции нарушения функционирования таламо-рубральных структур центральной нервной системы (ЦНС) можно объяснить происхождение большинства его рефлекторных синдромов. В этом он видел одну из причин отсутствия чётких корреляций между патоморфологическими субстратами ОП и клиническими проявлениями, а также закономерное выявление функциональных патобиомеханических нарушений в значительном числе непораженных дистрофическим процессом ПДС.

Дальнейшее развитие эти идеи получили в работах Г.А. Иваничева [5]. Он утверждает, что представление об обязательном сопровождении дегенеративно-дистрофических изменений ПДС клиническими синдромами следует считать ошибочными. Патологическая интеграция морфологических субстратов ОП осуществляется в ЦНС, где нарушение деятельнос-

Корреспонденцию адресовать:

ПЕТРОВ Константин Борисович,
654005, г. Новокузнецк, пр. Строителей, 5, НГИУВ.
Тел.: 8 (3843) 73-47-30; +7-905-910-99-19.
E-mail: kon3048006@yandex.ru

ти одного ПДС может быть представлено в виде генератора патологической детерминантной системы по Г.Н. Крыжановскому. В результате, развиваются нарушения двигательного стереотипа, трофики, гемодинамики, иммунных реакций и пр., распространяющиеся далеко за пределы поражённого ПДС.

В 1962-1973 гг. в рамках вертеброневрологии постепенно сложилась синдромно-патогенетическая классификация ОП, в которой выделялись компрессионные (корешковые и спинальные), рефлекторные (мышечно-тонические и нейродистрофические), а позже и миоадаптивные синдромы. При этом подчёркивалось, что любой из этих вариантов редко выступает изолированно [2].

В 1982 году Антонов И.П. [6] предложил развёрнутую клиническую классификацию заболеваний периферической нервной системы, в которую рефлекторные и компрессионные проявления при «вертеброгенных поражениях» входили как составная часть. Здесь впервые учитывался характер течения заболевания, его стадия, степень нарушения функций и трудоспособность. После обсуждения на расширенном заседании пленума Всесоюзной проблемной комиссии «Заболевания периферической нервной системы» в Киеве она была принята в 1984 г. как «Всесоюзная».

Примерно в это же время наиболее авторитетные вертеброневрологические школы разработали свои классификации, которые получили региональное распространение.

В «Казанской» классификации Веселовского В.П. [4] при вертеброгенных заболеваниях нервной системы предлагается выделять вертебральный, невралгический, нейрососудистый и мышечный синдромы. При формулировке диагноза на первое место рекомендуется ставить синдром, на второе — этиологический фактор, затем механизм поражения, саногенеза, вид течения, стадию и этап процесса, а также выраженность клинических проявлений.

«Новокузнецкая» многоаспектная классификационная модель НПОП Когана О.Г., Шмидт И.Р. и соавт. [3] включает 7 категорий деления: 1) локализация патологического процесса в позвоночнике; 2) степень его выраженности; 3) зависимость от существующих врождённых и приобретённых изменений позвоночника; 4) динамика болезни; 5) топико-патогенетические варианты неврологических синдромов; 6) их динамика; 7) степень выраженности клинических проявлений.

С распространением в нашей стране идей мануальной медицины классификационная модель НПОП была доработана. В этой связи Шмидт И.Р. [3] подчёркивала: «... истинная классификация является инструментом мышления и отражает определённый этап развития учения о классифицируемом явлении. Другими словами, классификация не может быть ни единой, ни окончательной».

В США и Великобритании наименование «остеохондроз позвоночника» в привычном для нас смысле до недавнего времени не употреблялось, им обозначали дегенеративный процесс в одном или более центрах окостенения у детей [1]. Однако в последние годы в этом направлении наблюдается некоторое сближение позиций. В 2001 году три радиологические организации США разработали новый терминологический словарь по патологии поясничного диска. В нём под термином «межпозвоночный остеохондроз» предлагается подразумевать дегенеративный процесс позвоночника, захватывающий тело позвонка и его диск (фиброзное кольцо и пульпозное ядро).

В 2003 г. на Международной конференции в США межпозвоночный ОП был официально признан главной причиной «of Low Back and Neck Pain». По грустной иронии судьбы в том же году ушёл из жизни великий основоположник вертеброневрологии Попелянский Я.Ю. [2].

К сожалению, на этой сентиментальной фразе мы не можем поставить точку, ибо обсуждаемая нозология по роковому стечению обстоятельств теперь уже становится изгоем в нашем собственном отечестве.

В связи с ликвидацией многолетней изоляции отечественной науки, интенсивным изучением проблемы боли, как самодавяющего наднозологического фактора, и внедрением в клиническую практику международной классификации болезней появились высказывания о том, что наилучшим диагнозом для обозначения вертеброгенной патологии являются принятые в западных странах дефиниции типа «дорсопатия» или «дорсалгия». При этом одни авторы под «дорсопатией» подразумевают болевой синдром в области туловища и конечностей невисцеральной этиологии, связанный с дегенеративными заболеваниями позвоночника [7], другие характеризуют её как собирательный термин, применяющийся не только для обозначения патологии позвоночника, но и всех других невоспалительных поражений мягких тканей спины [8, 9]. Иными словами, возникает ситуация, в которой предлагается заново «открывать остеохондроз».

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) — это нормативный документ ВОЗ, предназначенный для обеспечения единства методических подходов при оценке заболеваемости и смертности населения. С января 1991 года действует её десятый пересмотр — МКБ-10. Приказом Минздрава России от 27.05.1997 г. № 170 всем органам и учреждениям отечественного здравоохранения было предписано с 01.01.1999 г. перейти на использование МКБ-10.

В инструкции по использованию МКБ [10] подчёркивается, что она: «...должна способствовать унификации деятельности научных школ, защищающих различные направления в формировании клинических классификаций болезней. ... Вместе с тем, из

Сведения об авторах:

ПЕТРОВ Константин Борисович, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой восстановительной медицины, ГБОУ «НГИУВ» МЗ и СР, г. Новокузнецк, Россия.

этого не следует, что сейчас ... < её > можно рекомендовать в качестве образца терминологии и записей клинических диагнозов в учетных медицинских документах. ... Остается проблемой сопоставление клинических диагнозов и диагнозов, приведенных в МКБ».

Исходя из сказанного, у большинства учёных и практических врачей сформировалось вполне логичное убеждение, что МКБ-10 носит рекомендательный характер, не заменяет клинических диагнозов и не противопоставляется национальным классификациям и классификациям ведущих научных школ. Очевидно, что МКБ-10 не предназначена и для индексации отдельных клинических случаев. Поэтому в научной литературе обычно дается двойной диагноз — один согласно МКБ-10, другой — в соответствии с принятыми в РФ классификациями.

Тем не менее, не только сотрудники судебных, налоговых, страховых и т.п. органов (что ещё можно понять), но и чиновники от здравоохранения стали требовать при ведении медицинской документации (истории болезней, амбулаторные карты, справки) исключительного использования терминов МКБ-10. Статистическая терминология всё чаще звучит и в клинических диагнозах.

В международной классификации десятой редакции НПОП предлагается шифровать в разделе «Дорсопатии» (M40 — M54) класса заболеваний скелетно-мышечной системы и соединительной ткани. Действительно, там, в группе «Деформирующие дорсопатии» есть пункт «Остеохондроз позвоночника» (M42), а в нём содержится код M42.1 («Остеохондроз позвоночника у взрослых»). Однако, судя по тому, что первым в этой рубрике (M42.0) указан «Юношеский остеохондроз позвоночника», то есть болезнь Кальве и болезнь Шойермана-Мау, то термин «остеохондроз» здесь не соответствует российскому понятию «ОП» и используется для обозначения остеохондропатий. Этой сугубо ортопедической патологией вертеброневрология не занимается [3].

В 2002 году появилось информационно-методическое письмо [11], в котором признавалось, что в настоящее время в отечественной медицине используется значительное число диагностических терминов, не имеющих четких аналогов в МКБ-10. Часть из них соответствует современным национальным клиническим классификациям, другие представляют собой устаревшие термины, которые, однако, еще широко используются. В этом письме, в частности, предписывается использовать при ОП коды группы «Другие дорсопатии» (M50 — M54) — рубрика «Дорсалгии» (M54.1 — «Радикулопатия», M54.2 — «Цервикалгия», M54.3 — «Ишиас», M54.4 — «Люмбаго с ишиасом»).

Шмидт И.Р. [3], проанализировав МКБ-10, пришла к выводу, что НПОП не находят себе места ни в пункте M42 подраздела «Деформирующие дорсопатии», ни в рубрике «Дорсалгии». Хотя её коды

M54.1 — M54.4 и могут иметь отношение к НПОП, каждый из них снабжён пометкой: «исключены — ... при поражении межпозвоночного диска».

Не удовлетворяет требованиям к шифровке НПОП и блок «Спондилопатии» (M45 — M49). Так, включённая в него рубрика M47 («Спондилез») отражает первичные воспалительные и дистрофические поражения суставов позвоночника, что не соответствует российскому термину «деформирующий спондилез». Ещё одна рубрика — M48 («Другие спондилопатии») охватывает чисто ортопедическую патологию: спинальный стеноз, болезнь Форестье, «целующиеся» позвонки, травматическую спондилопатию и т.п.

По мнению Шмидт И.Р. [3], проявления НПОП следует относить к рубрикам M50 и M51 блока «Другие дорсопатии» (M50 — M54). При этом компрессионные синдромы шейного остеохондроза соответствуют пунктам M50.0 — поражение межпозвоночных дисков с миелопатией и M50.1 — с радикулопатией. Компрессионные синдромы поясничного и грудного остеохондроза шифруются как M51.0 — поражение дисков с миелопатией и M51.1 — с радикулопатией. Все рефлекторные синдромы шейного остеохондроза, в том числе туннельные рефлекторно-компрессионные синдромы, должны быть отнесены в рубрику M50.3 («Другая дегенерация межпозвоночного диска шейного отдела»). Что касается рефлекторных синдромов грудного и поясничного остеохондроза (люмбаго, люмбалгия, люмбоишиалгия, синдром грушевидной мышцы и т.п.), то они могут быть отнесены к рубрике M51.2 («Другое уточнённое смещение межпозвоночного диска»), если установлено, что их патоморфологическим субстратом является грыжа диска. Если же в основе перечисленных синдромов лежат другие патоморфологические субстраты (внутридисковая дистрофия, нестабильность и т.п.), то их следует отнести в рубрику M51.3 («Другая уточнённая дегенерация межпозвоночного диска»).

В рубрике M53 можно найти некоторые вегетативные проявления ОП. «Шейно-черепной синдром» (M53.0) соответствует широко распространенному в нашей стране термину «синдром позвоночной артерии». Под «шейно-плечевым синдромом» (M53.1) следует понимать вегетативно-дистрофические изменения типа плечелопаточного периартроза или синдрома «плечо-кисть». Когцигодия шифруется как «крестцово-копчиковые нарушения, не классифицированные в других рубриках» (53.3) [7].

Следует также напомнить, что в МКБ-10 отсутствует понятие о степени выраженности обострения и полноте ремиссии, характере течения заболевания и его фазности. Всё это отрицательно сказывается на эффективности вновь возрождаемой диспансеризации, профориентации и других профилактических мероприятий.

Очевидно, применительно к российской действительности, «боль в спине» не только не подходит для

Information about authors:

PETROV Konstantin Borisovich, doctor of medical sciences, professor, head of the rehabilitation medicine department, Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medical, Novokuznetsk, Russia.

определения болезни, но даже не дотягивает до понятия «синдром», поскольку имеет различное семиотическое содержание при разных заболеваниях, а обозначать нозологическую форму одним симптомом — нонсенс. Кроме того, заболевание, которое хотят назвать «дорсопатией», не ограничивается только болью, а сопровождается целым рядом других проявлений [12].

Обычно критики вертеброневрологической концепции, забыв (или не зная!) историю эволюции термина «остеохондроз позвоночника», пеняют на то, что, во-первых, его нет в западной клинической медицине, во-вторых, он не соответствует по смыслу сути заболевания и в дословном переводе означает «окаменение хряща» [9].

Все эти авторы никак не могут понять, что знакомое миллионам людей на постсоветском пространстве понятие «остеохондроз» в современной вертеброневрологии давно имеет более широкую трактовку, чем только патология диска. По существу, это уже нарицательное наименование, выходящее далеко за рамки его первоначального семантического смысла.

Безусловно, «ОП» — исторически сложившееся в нашей стране, в чём-то собирательное, название, но собирательности в нём не больше, чем в понятии «остеоартроз», или «цереброваскулярная болезнь»! Последняя представляет собой группу патологических состояний, имеющих различную этиологию и отличающихся порой своеобразием патогенеза, но ведь мы относимся к ней как к единой нозологической единице, исходя во многом из общности лечебно-реабилитационных мероприятий. Известно достаточно много заболеваний, привычные названия которых далеко не исчерпывающе отражают представление об их этиопатогенетической сущности.

Алтунбаев Р.А. [8] полагает, что современные представления об ОП как о мультифакториальном заболевании давно утратили своё нозологическое единство. Патология межпозвонкового диска, хотя и наиболее частая причина позвоночной боли, но далеко не единственная, а механизмы реализации рефлекторных и корешковых синдромов НПОП имеют различный патогенез. Именно по этой причине словосочетание «остеохондроз позвоночника» якобы не может быть принято в качестве обозначения нозологической единицы и потому международное понятие «back pain» (боль в спине) не имеет альтернативы.

Сложность идентификации в рамках НПОП многочисленных рефлекторных синдромов (туннельных и вегетативно-ирритативных, периартрозов и т.д.) обусловлена тем, что их проявления неспецифичны и нередко бывают обусловлены другими заболеваниями опорно-двигательного аппарата или внутренних органов. Однако многочисленные исследования [13-15] убедительно доказали их патогенетическую связь, в том числе и с дегенеративно-дистрофическими поражениями ПДС.

В конце концов, в патогенезе большинства известных болезней присутствуют такие универсальные механизмы, как воспаление, аллергия или стресс, однако это не мешает клиницистам выделять индиви-

дуальные черты воспаления почки или особенности иммунитета при ревматоидном полиартрите!

Известно, что признаком нозологии, помимо прочего, является единство этиологии, патогенеза и морфогенеза, а также общность алгоритма постановки диагноза [16]. Вряд ли эти критерии позволяют на данном этапе знаний разделить ОП на ряд автономных болезней.

Например, Луцки А.А. с соавт. [12] в порядке дискуссии предлагают считать самостоятельными заболеваниями спондилоартроз и остеохондроз. Вместе с тем, это не мешает ему признать, что «в каждом конкретном случае трудно отличить артрогенные боли от дискогенных, патогенез которых сходен в связи с общностью вегетативной и соматической иннервации элементов ПДС». Очевидно, что в данном случае отсутствуют главные черты нозологии — своеобразие клинических проявлений и наличие чётких дифференциально-диагностических критериев.

Там, где патология диска не доказана, можно было бы попытаться давать название по имеющимся патоморфологическим признакам: «стенозирующий лигаментоз жёлтой связки», «спондилоартроз», но они, как правило, не встречаются изолированно. В одном сегменте доминируют одни изменения, в другом — преобладают другие. Случается, что причинами различных по времени обострений болезни служат неидентичные патоморфологические субстраты, реализующиеся к тому же в разных ПДС. В подавляющем большинстве случаев все они объединены сложными причинно-следственными связями в рамках единого патологического (дегенеративно-дистрофического) процесса.

Отдельно следует сказать об аномалиях развития и дезонтогенезах позвоночника (аномалии краниовертебральной области, Кимерли, суставного тропизма, шейные рёбра, врождённые конкреценции, spina bifida и т.д., конституциональная слабость связочного аппарата, спондилолиз и т.п.). Традиционно они также рассматриваются в связи с ОП, как факторы, способствующие его более ранней манифестации или усугубляющие его течение. За исключением случаев с грубыми анатомическими дефектами, большинство из них без сопутствующих дегенеративно-дистрофических изменений в ПДС себя не реализуют. Будучи вычленёнными из контекста единой клинической картины заболевания, они вряд ли смогут претендовать на статус самостоятельной нозологии.

Мануальная медицина получила широкое распространение в Советском Союзе, начиная 80-х годов XX века. С одной стороны, она обогатила вертеброневрологию чрезвычайно эффективными методами лечения, с другой — привнесла новые понятия о «функциональности» (обратимости) ряда патологических изменений не только в поражённых дистрофическим процессом ПДС, но и в интактных, а также во всей мышечно-скелетной системе в целом.

Являясь полноценным детищем западной медицинской мысли, мануальная медицина не придаёт существенного значения понятию «остеохондроз». Напротив, всячески подчёркивается, что патоморфологи-

ческие изменения в ПДС не коррелируют с клиническими проявлениями. Этот факт нашёл отражение в дискуссиях между корифеями вертеброневрологии и мануальной медицины в начале 90-х годов [2, 17].

Бездумное противопоставление мануальной медицины и вертеброневрологии приводит к тому, что целый ряд клинических феноменов (триггерная точка, миофасциальный болевой синдром, мышечный гипертонус, соматическая дисфункция и т.д.) нередко рассматриваются без должной нозологической конкретизации. Создается видимость самостоятельного существования отдельных синдромов (локтевой и крестцово-копчиковый периартрозы, межлопаточный болевой синдром и др.) в отрыве от их вертеброневрологической сущности. С другой стороны, без учёта функциональных патобиомеханических изменений, изучаемых мануальной медициной, нельзя объяснить дисфункциональные изменения в опорно-двигательном аппарате вдали от очага поражения в ПДС. В свете сказанного эти клинические дисциплины следует рассматривать как нечто единое, дополняющее друг друга.

В эпоху беспрецедентного плюрализма мнений в науке приходится защищать вертеброневрологию от нападков различных ревизионистов-демагогов и дилетантов-ниспровергателей.

Эрдес Ш.Ф. с соавт. [18] полагает, что больные с диагнозом «обострение остеохондроза» не нуждаются в обязательной консультации невролога и плановой рентгенографии позвоночника, а должны лечиться у семейного врача, участкового терапевта или врача общей практики. Любопытны и другие его высказывания: «... к остеохондрозу по недоразумению относят и грыжу диска ...»; а также: «... Грыжи диска образуются чаще у молодых ... Грыжа диска пожилых людей ... <—> случайная находка ..., так как содержимым грыжи является пульпозное ядро, в пожилом возрасте фибрилизированное, которое практически не может выпасть через разрыв диска». Далее следует: «... умозрительные утопические учения приносят вред медицине и больному ..., ярким примером этому может служить отечественное изобретение — учение об остеохондрозе ...».

Представим на минуту, что остеохондроз (или то, как мы его будем называть) перестанет существовать. Тогда больных с синдромом позвоночной артерии будут лечить классические неврологи от вертебробазиллярной сосудистой недостаточности преимущественно медикаментозными средствами. Вполне очевидно, что без воздействия на шейный отдел позвоночника блокадами, мануальной терапией или физиопроцедурами радикального улучшения не наступит. Плечелопаточные периартрозы отдадут на откуп ортопедам-травматологам, и те тоже будут проводить лечение без вертеброневрологической специфики. Остальные рефлекторные синдромы, по-видимому, достанутся участковым терапевтам и семейным врачам. Стоит ли дальше продолжать? Програвшей в этом случае будет лишь одна сторона — больные. Даже в угоду всеобщей стандартизации и унификации такая жертва вряд ли оправдана.

Жарков П.Л. [9] безапелляционно утверждает, что: «... боли в опорно-двигательной системе ... являются не следствием остеохондроза, а <исключительно> результатом повреждения дистрофически измененных сухожилий мышц, самих мышц, связок у людей зрелого и пожилого возраста, а у молодых спортсменов — следствием механической травмы нормальных связок, сухожилий, мышц. ... Теория же остеохондроза не только ничего не даёт науке, но в практике затягивает лечение на многие недели и даже месяцы, ведёт к бесполезной трате сил и средств на обследование и нецеленаправленное лечение и уже создала целые фабрики по производству инвалидов ...».

Ему вторит Богачёва Л.А. [19], призывающая не использовать больше «псевдоучение об остеохондрозе позвоночника и ложную концепцию его неврологических проявлений». Вместо этого она претендует на открытие «новой ортопедической болезни в области спины» под названием «Дорсалгия» и пропагандирует якобы созданное ею научное направление, называемое «деструктивно-дисфункциональной мышечно-скелетной болью».

Безусловно, изолированные связочно-мышечные (миофасциальные) проявления, будучи, как указывалось выше, неспецифическими рефлекторными синдромами, могут реализоваться в результате хронических профессиональных или спортивных перегрузок, однако при отсутствии фоновых вегетативно-трофических расстройств, а также стойких динамических сдвигов в ЦНС [5] (вследствие ОП или других причин) они скоротечны и легко курабельны. Впрочем, видение проблемы зависит даже от того, с какими пациентами работает специалист: пользует посетителя фитнес-клуба или лечит больных в нейрохирургическом отделении.

Если мы уйдём от «остеохондроза» как нозологии, то потеряем связь между позвоночником и многими рефлекторными синдромами. Как следствие, ухудшатся диагностика и результаты лечения, особенно если данными больными будут заниматься непрофильные специалисты. Любой практический врач знает, как трудно вылечить, например, локтевой эпикондилит или когцигодинамию без воздействия на соответствующие ПДС, хотя на первый взгляд они кажутся многим самостоятельными заболеваниями.

Подводя итог, можно выделить как минимум 6 причин, которые привели к ревизии понятия «остеохондроз позвоночника».

Смена поколений в вертеброневрологии: уход лидеров (Попелянский Я.Ю., Веселовский В.П., Шмидт И.Р. и др.), долгое время определявших её основные положения и защищавших её от неадекватной критики, при недостаточной общественной активности их преемников.

Несоответствие термина «ОП», имеющего чёткие морфологические признаки, характеру клинического течения заболевания (эту надоевшую тему, несмотря на неоднократные высказывания классиков по данному поводу, муссируют до сих пор).

Появление новых методов клинической и инструментальной диагностики, позволяющих избиратель-

но дифференцировать патологию отдельных структур ПДС, ранее не различаемую в рамках единой дискогенной концепции.

Широкое распространение в нашей стране идей мануальной терапии, которая, во-первых, отдаёт приоритет биомеханике, в отличие от господствовавших ранее гистохимических и нейрорефлекторных концепций; во-вторых, рассматривает в качестве основных патоморфологических субстратов патологии двигательной системы изменения со стороны межпозвоноковых суставов, скелетных мышц и двигательного стереотипа в целом, а не только межпозвоночного диска.

Отсутствие в западной и американской медицине концепций и понятий, аналогичных отечественным.

Внедрение унифицированной классификации болезней МКБ-10, которая должна пересматриваться каждое десятилетие, но существует уже 14 лет.

Наша страна стремительно встраивается в мировое сообщество, а в чужой дом, как известно, со своими порядками не приходят. В итоге происходит худшее из возможного: отечественная медицина теряет

нозологию, в которой когда-то занимала лидирующие позиции. В национальном руководстве по неврологии [20] сведения о НПОП уже полностью отсутствуют. Как следствие, падает квалификация врачей в данной области, довершаемая терминологической неразберихой.

Обидно сознавать, что «за право на вход» мы платим неоправданно высокую цену! Может быть, следует попытаться сохранить свои очевидные научные приоритеты и добиваться их внедрения в МКБ будущих пересмотров? Не надо воспринимать учение о НПОП, как заблуждение или местечковую экзотику. Без ложной скромности следует признать, что не только «в области балета и ракет» мы были «впереди планеты всей». Вертеброневрология – гордость национального здравоохранения.

Попелянский А.Я., сын великого учёного, сам обладающий незаурядным талантом учёного-публициста [11], так отозвался на обсуждаемую проблему из США: «Всё образуется. Классика никуда не исчезнет. Просто будет более или менее выпячена или заслонена, в зависимости от готовности к ней общества».

ЛИТЕРАТУРА:

1. Попелянский, А.Я. Об отце и его деле [Электронный ресурс] /А.Я. Попелянский. – Режим доступа: http://www.russianseattle.com/spinalneurology/2_about_my_father_rus.shtml (дата обращения: 15.07.2011).
2. Попелянский, Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология): рук-во для врачей /Я.Ю. Попелянский. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 672 с.
3. Шмидт, И.Р. Решенные и нерешенные проблемы вертеброневрологии на современном этапе развития науки /И.Р. Шмидт // Медицина в Кузбассе. – 2004. – № 2. – С. 13-17.
4. Веселовский, В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия [Электронный ресурс] /В.П. Веселовский – Рига, 1991. – 343 с. – Режим доступа: <http://www.kodges.ru/67544-prakticheskaya-vertebro-nevrologiya-i-manualnaya.html> (дата обращения: 13.07.2011).
5. Иваничев, Г.А. Боль в спине: эволюционные аспекты и проблемы реабилитации /Г.А. Иваничев, К. Lewit // Неврологический вестн. – 1994. – Т. XXVI, вып. 3-4. – С.67-68.
6. Антонов, И.П. Клиническая классификация заболеваний периферической нервной системы /И.П.Антонов. – М., 1987. – 14 с.
7. Федин, А.И. Дорсопатии (классификация и диагностика) [Электронный ресурс] /А.И. Федин. – Режим доступа: <http://www.med-links.ru/article.php?sid=8832> (дата обращения: 17.07.2011).
8. Алтунбаев, Р.А. «Остеохондроз» или «радикулит»? (опыт подхода к терминологической дилемме) /Р.А. Алтунбаев // Неврологический вестник. – 1996. – Т. XXVIII, вып. 1-2. – С. 44-50.
9. Жарков, П.Л. «Поясничные» боли: диагностика, причины, лечение /П.Л. Жарков, А.П. Жарков, С.М. Бубновский. – М.: ОАО «Оригинал», 2001. – 143 с.
10. Инструкция по использованию международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (утв. Минздравом РФ 25.05.1998 № 2000/52-98) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.lawmix.ru/med.php?id=14400> (дата обращения: 17.07.2011).
11. Кокорина, Е.П. Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины: инф-метод. письмо [Электронный ресурс] /Е.П. Кокорина, М.В. Максимова, О.Д. Мишнев. – М., 2002. – Режим доступа: http://www.zdrav.spb.ru/official_documents/other/mkb.doc (дата обращения: 14.07.2011).
12. Луцки, А.А. Спондиллоартроз /А.А. Луцки, И.Р. Шмидт, Е.Б. Колотов. – Новосибирск: Издатель, 2003. – 290 с.
13. Гордон, И.Б. К патогенезу дифференциации верхне-квадрантных вегетативных расстройств с болями в области сердца /И.Б. Гордон // Остеохондроз позвоночника: 3 Всерос. конф. по проблеме остеохондроза позвоночника. – Новокузнецк, 1973. – Ч. 1. – С. 218-224.
14. Петров, Б.Г. Феномен отражения при холецистите у больных шейным остеохондрозом /Б.Г. Петров // Остеохондрозы позвоночника. – Новокузнецк, 1962. – С. 119-122.
15. Заславский, Е.С. Синдром плечо-кость у больных туберкулезом легких /Е.С. Заславский // Пробл. туберкулеза. – 1970. – № 9. – С. 84-85.
16. Википедия – свободная энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org/wiki> (дата обращения: 18.07.2011).
17. Левит, К. Замечания к номенклатуре вертебральных расстройств и нарушений функций опорно-двигательного аппарата /К. Левит, Х.Д. Вольф // Мануальная медицина. – Новокузнецк, 1993. – № 5. – С. 37-39.
18. Эрдес, Ш.Ф. Остеохондроз – особенности отечественной интерпретации болезни /Ш.Ф. Эрдес, О.М. Флореева // Научно-практическая ревматология. – 2010. – № 4. – С. 87-93.
19. Богачёва, Л.А. Дорсалгия – новая ортопедическая болезнь [Электронный ресурс] /Л.А. Богачёва. – Режим доступа: <http://www.dorsalgia.ru> (дата обращения: 18.07.2011).
20. Неврология. Национальное руководство /под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 1040 с.