

Луцик А.А., Бондаренко Г.Ю., Елифанцев А.Г., Череватенко Е.В., Трегуб И.С.
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ОСТЕОХОНДРОЗ ПОЗВОНОЧНИКА – ЭТО ВЫДУМКА РОССИЙСКИХ ВРАЧЕЙ ИЛИ ОБЪЕКТИВНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ?

В последние годы появились публикации, авторы которых предлагают заменить «остеохондроз позвоночника» другими названиями: дорсопатии, дорзалгии, дископатии и другие. Критики ссылаются на отсутствие диагноза «остеохондроз позвоночника» за рубежом и в международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10). Научные достижения отечественных вертебрологов показали, что не все синдромы остеохондроза позвоночника можно уложить в разделы МКБ-10, особенно многообразные рефлекторные (миодистонические, нейродистрофические, ангиопатические) синдромы.

В разъяснениях к МКБ-10 подчеркивается, что ее термины не должны канонизироваться и не заменяют клинических диагнозов, так как эта классификация не является медицинской номенклатурой болезней (МНБ), не отменяет клинических, в том числе национальных, классификаций. При очередном пересмотре (совершенствовании) международной классификации болезней необходимо учесть научные достижения российских врачей, свидетельствующие об объективной реальности существования остеохондроза позвоночника, о нозологической самостоятельности этого заболевания.

Описана классификация компрессионных и рефлекторных синдромов остеохондроза позвоночника. Современные методы диагностики (КТ, МРТ) объективно выявляют дискогенные причины компрессии нервных и сосудистых образований: спинного мозга, его сосудов и корешков. Другим методом объективизации компрессионных синдромов остеохондроза позвоночника является эффективность хирургического лечения больных с дискогенным корешковым синдромом, миелопатией, с синдромом позвоночной артерии и другими компрессионными синдромами.

Рефлекторные синдромы остеохондроза позвоночника с экспериментальной точностью выявляются методом провокационной дискографии. Пациент узнает воспроизведенные из определенного диска боли. Эффективность рефлекторных синдромов остеохондроза позвоночника подтверждается также эффективностью пункционной денервации клинически актуальных межпозвонковых дисков, из которых воспроизведены диагностированные у пациента синдромы.

Ключевые слова: нозологическая самостоятельность остеохондроза позвоночника; патогенез; диагностика; лечение.

Lutsik A.A., Bondarenko G.Y., Yepifantsev A.G., Cherevatenko E.V., Tregub I.S.
Novokuznetsk State Institute of Doctors Upgrading, Novokuznetsk

OSTEOCHONDROSIS – RUSSIAN MEDICAL PROFESSIONALS' INVENTION OR OBJECTIVE REALITY?

Recently, some scientific articles in which the authors propose to replace the term «osteochondrosis» to the other ones: dorsoopathies, dorsalgia, discopathy and some others have appeared. Some controversy initially occurred because the diagnosis is not commonly accepted abroad and is not mentioned in the International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10). Vertebrologists' scientific investigations made in Russia showed that some osteochondrosis syndromes can't be classified according to ICD-10 sections, especially diverse reflex syndromes (miodystonic, neurodystrophic, angiopathic). Elucidation to ICD-10 emphasizes that the terms contained should not be canonized and are not considered to be clinical diagnosis substitutes, as this classification is not a disease nomenclature and does not cancel clinical classifications usage, including national ones. Next international disease classification revision should, in our opinion, reflect Russian doctors' scientific achievements, testifying objectively osteochondrosis existence and nosological disease independence.

The given article describes compression and reflex osteochondrosis syndromes classification. Modern diagnostic methods usage (CT, MRI) allows identifying objectively discogenic nerve and vessel compression causes: spinal cord, its blood vessels and nerve roots. Another compression osteochondrosis syndromes objectification method is effective surgical treatment of patients with discogenic radicular syndrome, myelopathy, vertebral artery syndrome and other compression ones.

Reflex osteochondrosis syndromes are reliably identified by provocative discography method. The patient identifies pain response induced in specific disc area. Reflex osteochondrosis syndromes objectivity is also confirmed by puncture denervation efficacy of the intervertebral discs that reproduce diagnosed syndromes.

Key words: nosological independence of osteochondrosis; pathogenesis; diagnosis; treatment.

Поводом для данной публикации послужило появление дискуссионной статьи одного из авторитетных специалистов по неврологическим проявлениям дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника профессора К.Б. Петрова [1]. Указанный автор защищает от критических нападок название «остеохондроз позвоночника», описывает ис-

торию учения об остеохондрозе позвоночника, принципы классификации его клинических проявлений.

Цель работы — представить доказательства реального существования остеохондроза позвоночника как самостоятельной нозологической формы. В последние годы появились публикации, авторы которых, подражая иностранцам и ссылаясь на МКБ-10, предлагают все клинические проявления остеохондроза позвоночника называть дорсопатиями или дорсалгиями. Все болезни спины, а не только остеохондроз позвоночника, пытаются обозначать этим термином. Боль в спине — это симптом многих заболеваний. При остеохондрозе позвоночника боль является не единс-

Корреспонденцию адресовать:

ЛУЦИК Анатолий Андреевич,
654080, г. Новокузнецк, ул. Франкфурта, 1-14.
Тел.: 8 (3843) 53-64-13; +7-905-078-03-47.
E-mail: Lucikaa@rdtc.ru

твенным, а при ряде синдромов и не главным симптомом. Хорошо известно, что при грубых неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника (например, при дискогенной миелопатии) грубые двигательные расстройства часто не сопровождаются болевыми проявлениями и даже могут не выявляться в анамнезе.

От такого неадекватного использования группового диагноза «дорсалгия» или «дорсопатия», объединяющего всю вертебральную патологию (воспалительные, опухолевые, травматические и прочие заболевания), предостерегает, в частности, информационно-методическое письмо МЗ РФ и НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко от 2002 года [2]. Это название не нравится даже одному из непримиримых критиков остеохондроза позвоночника Ш.Ф. Эрде-су [3], который предлагает «дорсалгию» заменить на «неспецифическую боль внизу спины – БНС», т.к. это, по мнению указанного автора, удачно шифруется в МКБ-10 (M54.5) и фигурирует в иностранной литературе. А что же делать с болью в верхней части спины (в шее или в грудном отделе), чем это название лучше привычного и понятного всем «остеохондроза позвоночника»?

Появление и нарастание этой «критической волны» обусловлено главным образом тем, что в литературе последних лет создалась определенная растерянность в связи со стремлением многих отечественных специалистов воспринимать зарубежную информацию (ставшую для нас более доступной) как истину последней инстанции.

Назаренко Г.И. и Черкашов А.М. [4], например, предлагают «остеохондроз позвоночника», якобы не отражающий клинический характер морфологических изменений в позвоночном двигательном сегменте (ПДС), заменить на «дискоз». Вместе с тем, еще Schmorl и Yungmans [5] доказали, что «хондроз» (он же «дискоз»), отражая дистрофический процесс в межпозвонковом диске, закономерно переходит в «остеохондроз» в связи с появлением патогенетических и саногенетических изменений в прилежащих костях (телах позвонков, опирающихся на неполноценные диски, суставных отростках и других элементах позвоночного двигательного сегмента – ПДС). Такой диагноз так же отражает только морфологическое состояние диска, так же требует подтверждения клинической значимости, не несет информации о сути клинических проявлений. Указанные авторы считают, что «исключительно продуктивным представ-

ляется применение посиндромного подхода в вертебологии». С этим постулатом можно согласиться, но в первую очередь следует указать заболевание, которое формирует конкретные синдромы, а затем определить патогенетическую ситуацию, которая обуславливает каждый имеющийся у больного синдром. Только при таком подходе можно определить патогенетическое лечение, которое непременно должно быть комплексным, т.е. направленным на устранение патогенетических механизмов формирования каждого из имеющихся у конкретного больного синдромов остеохондроза позвоночника.

Вертебология (условно можно назвать её вертеброневрологией или нейровертебологией, это не имеет большого значения, т.к. официально таких специальностей нет) имеет взаимосвязи со многими разделами медицины. В рамках вертебологии позвоночник рассматривается в совокупности с различными тканями и органами, имеющими общую вегетативную иннервацию с конкретным ПДС в пределах единого склеротома (вегетатома), с центральной и периферической нервной системой как функциональная биологическая система. Пограничное положение вертебологии к другим разделам медицины вызывает как большой интерес теоретиков и практиков, так и споры и дискуссии, вплоть до полного неприятия остеохондроза как самостоятельной нозологической формы. В частности, мануальные терапевты обвиняют вертебологов в том, что они якобы умаляют значение и самостоятельность мануальной медицины. В связи с широким распространением мануальной терапии и прикладной кинезиологии, появилась тенденция всякие боли в спине объяснять патобиомеханическими нарушениями типа функциональных блоков [6, 7].

Использование лечебно-диагностических блокад и дерекции межпозвонковых дисков позволило нам подтвердить литературные данные о том, что остеохондроз позвоночника нередко сопровождается патобиомеханическими нарушениями в позвоночнике, крестцово-подвздошных сочленениях и рёбрах (рефлекторным укорочением мышц, функциональными блоками, регионарным постуральным дисбалансом мышц и др.), которые могут быть обусловлены патологической импульсацией из пораженного ПДС. В процессе мануального тестирования пациентов патобиомеханические нарушения были обнаружены нами у всех обследованных больных с дегенеративными заболеваниями позвоночника, у 100 % больных ДЦП, у 78,5 % детей, страдающих энурезом. Вра-

Сведения об авторах:

ЛУЦИК Анатолий Андреевич, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой нейрохирургии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздравсоцразвития России, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: Lucikaa@rdtc.ru

БОНДАРЕНКО Глеб Юрьевич, канд. мед. наук, ассистент, кафедра нейрохирургии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздравсоцразвития России, г. Новокузнецк, Россия.

ЕПИФАНЦЕВ Александр Геннадьевич, канд. мед. наук, доцент, кафедра нейрохирургии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздравсоцразвития России, г. Новокузнецк, Россия.

ЧЕРЕВАТЕНКО Евгений Вадимович, аспирант, кафедра нейрохирургии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздравсоцразвития России, г. Новокузнецк, Россия.

ТРЕГУБ Игорь Сергеевич, аспирант, кафедра нейрохирургии, ГБОУ ДПО НГИУВ Минздравсоцразвития России, г. Новокузнецк, Россия.

чу, квалифицированно занимающемуся патологией позвоночника, полезны знания и навыки мануальной диагностики, так как это существенно расширяет его возможности.

В клинической медицине последних десятилетий выделилось специальное направление — миофасциальная патология, в рамках которой миофасциальные нарушения трактуются как первопричина страданий с мультифакторным генезом. Путаница в причинно-следственных связях привела к тому, что мышечно-связочно-фасциальный дисбаланс в нижнем отделе спины стали считать основной причиной люмбагии (дорсалгии) [8]. В раздел МКБ-10 «дорсалгии» (М54), наряду с «ишиасом» и «люмбалгией с ишиасом», предлагают включать «радикулопатию», которая, как известно, обусловлена сдавлением корешка грыжей диска или другими компрессирующими субстратами остеохондроза позвоночника. В то же время подчеркивается, что «дорсалгические синдромы не сопровождаются симптомами выпадения функций спинномозговых корешков».

Известно также, что под «ишиасом» принято понимать боль в ноге, в том числе зависящую от дегенеративного поражения позвоночника. При остеохондрозе позвоночника боль в ноге может быть отражённой (склеротомной), зависеть от вторичных дистрофических изменений в мышечно-связочно-фасциальных тканях ноги, от ангиопатических и дисциркуляторных проявлений остеохондроза, от миодистонических синдромов (например, синдрома грушевидной мышцы, под которой может вторично сдавливаться седалищный нерв). Все эти некомпрессионные или рефлекторные синдромы поясничного остеохондроза можно воспроизвести провокационной дискографией и тут же ликвидировать дерецепцией пораженного диска, тем самым, с экспериментальной точностью доказать их зависимость от патологической импульсации из ПДС.

Безусловно, мышечно-фасциальные нарушения, как и патобиомеханические изменения типа функциональных блоков, могут зависеть от различных заболеваний, сопровождающихся патологической интроцептивной, проприоцептивной и экстероцептивной импульсацией, в том числе из пораженных позвоночных двигательных сегментов. Указанные патологические процессы являются наиболее частым проявлением остеохондроза позвоночника, при лечебном (например, дископункционном) воздействии на который они наиболее эффективно ликвидируются.

Одним из поводов подвергать сомнению нозологическую самостоятельность остеохондроза позвоноч-

ника послужила возможность бессимптомного течения заболевания и нередкое несоответствие морфологических (рентгенологических) признаков остеохондроза и клинических проявлений. Споры часто определяются незнанием предмета, смешением понятий, неточностью, вольным использованием терминологии (часто с претензией на приоритет и новизну). Итогом может быть возвращение в начало 20-го века, чтобы заново «открывать остеохондроз позвоночника».

Специалистам известно, что чем более выражены рентгенологические признаки остеохондроза позвоночника, тем незначительней клинические его проявления и, наоборот, при острейших рефлекторных болевых синдромах выявляются минимальные рентгенологические данные. И это не является поводом для исключения данной нозологической формы; при многих заболеваниях бывает период бессимптомного течения. В первых двух стадиях остеохондроза позвоночника патологическая импульсация из потерявшего эластичность межпозвонкового диска может вызывать выраженные местные и отраженные в границах единого склеротома болевые синдромы. Формируются рефлекторные миодистонические, нейродистрофические, ангиопатические синдромы. Разволокнение и растрескивание фиброзного кольца является основой для выпячивания или выпадения элементов пульпозного ядра диска в сторону нервно-сосудистых образований, возникают синдромы компрессии спинного мозга, его корешков или сосудов. Последующий грубый фиброз диска, снижение его высоты, обездвиженность ПДС способствуют ликвидации патологической импульсации из ПДС и, следовательно, рефлекторно-болевых синдромов. Фибротизированный и обездвиженный диск утрачивает клиническую актуальность.

Врачи, недостаточно знакомые с данным заболеванием, в большей степени склонны к его гипердиагностике. Доступность современных методов нейровизуализации (КТ, МРТ) привела к переоценке их результатов, игнорированию клинических синдромов, диагностике остеохондроза позвоночника «по картинке». Вертебрологи знают, что нередко на МРТ выявляются несколько грыж дисков, но ни одна из них может не принимать участия в формировании имеющегося у пациента болевого синдрома. С другой стороны, псевдорадикулярные боли в ноге или в руке, являющиеся частыми проявлениями рефлекторных болевых синдромов остеохондроза позвоночника, часто ошибочно расценивают как корешковые

Information about authors:

LUTSIK Anatoly Andreevich, doctor of medical sciences, professor, head of the neurosurgery chair, Novokuznetsk State Institute of Doctors Upgrading, Novokuznetsk, Russia. E-mail: Lucikaa@rdtc.ru

BONDARENKO Gleb Yurjevich, candidate of medical sciences, assistant, neurosurgery chair, Novokuznetsk State Institute of Doctors Upgrading, Novokuznetsk, Russia.

YEPIFANTSEV Alexander Gennadjevich, candidate of medical sciences, docent, neurosurgery chair, Novokuznetsk State Institute of Doctors Upgrading, Novokuznetsk, Russia.

CHEREVATENKO Eugene Vadimovich, postgraduate student, neurosurgery chair, Novokuznetsk State Institute of Doctors Upgrading, Novokuznetsk, Russia.

TREGUB Igor Sergeevich, postgraduate student, neurosurgery chair, Novokuznetsk State Institute of Doctors Upgrading, Novokuznetsk, Russia.

боли и напрасно оперируют больного по поводу обнаруженной грыжи диска.

Критики учения об остеохондрозе позвоночника приводят ещё один аргумент. При использовании тракционного лечения можно наблюдать хороший лечебный эффект относительно компрессионного корешкового болевого синдрома, тогда как на контрольной МРТ грыжа диска остаётся. Аналогичная ситуация наблюдается при использовании лазерной вапоризации или холодноплазменной коагуляции межпозвонковых дисков. По-видимому, это противоречие можно объяснить тем, что за корешковую боль ошибочно принимается псевдорадикулярный рефлекторный болевой синдром в конечности, либо легкая степень сдавления корешка протрузией диска уменьшается даже небольшим уменьшением выпячивания, ликвидацией сопутствующего отека сдавленного корешка.

О нозологической самостоятельности остеохондроза позвоночника свидетельствуют хорошо изученные в России этиология, патогенез, специфические клинические синдромы, инструментальная диагностика, эффективные методы консервативной и оперативной терапии, реабилитации и профилактики данного заболевания. За рубежом нет такого цельного представления об остеохондрозе позвоночника потому, что разные синдромы этого заболевания лечат разные специалисты: грыжи диска оперируют нейрохирурги, стабилизирующие операции выполняют ортопеды, а многочисленные рефлекторные (некомпрессионные) синдромы под разными другими диагнозами лечат физиотерапевты, семейные врачи и ревматологи (?). Слепое подражание зарубежным авторам породило недоверие отечественным ученым. Недаром некоторые наши ревматологи заявляют, что остеохондроз позвоночника – это выдумка (фантазии) российских врачей, поскольку за рубежом вместо диагноза «остеохондроз позвоночника» признают спондилос, грыжи Шморля, грыжи дисков, дорсалгии [3]. Не понятно такое грубое пренебрежение достижениями отечественной науки. Здесь речь идет уже не о том, как лучше назвать данное дегенеративное поражение позвоночника, как правильно разложить по разделам МКБ-10 многообразные синдромы заболевания, а о полном исключении данного заболевания. Вызывает недоумение, в частности, такое утверждение Ш.Ф. Эрдеца: «К остеохондрозу по недоразумению относят и грыжу диска, которая является следствием его разрыва, причём, как правило, нормального диска, а не изменённого дистрофическим процессом. Поэтому называть грыжу диска остеохондрозом ... неверно». Уважаемый Ш.Ф. Эрдец [3] готов признать спондилос и грыжу Шморля (клинически незначимые формы дегенеративного изменения позвоночника) только потому, что такими диагнозами пользуются иностранцы.

Ссылаясь исключительно на статьи в газетах, иглотеерапевт М.Я. Жолондз [9] провел «частное исследование ошибочности современного представления об остеохондрозе позвоночника». На основании увеличения расстояния между следами уколов после сеансов акупунктуры он сделал «открытие», что

межпозвонковые диски не дегенерированы, поскольку они «раздвигают позвонки, поднимают расположенную выше часть туловища и, тем самым, приносят исцеление». Об этих парадоксах можно было бы не говорить, если бы не колоссальный вред, наносимый врачам и пациентам такими «революционными» публикациями. Примечательно, что М.Я. Жолондз провел аналогичное «частное расследование ошибочности современного представления по поводу инфаркта миокарда, стенокардии и атеросклероза» на основании наблюдений за результатами акупунктуры.

Проведенными Шмидт И.Р. [10] клинико-генетическими (324 родословных) и популяционными исследованиями (26689 человек) с генетико-математическим анализом доказано, что остеохондроз позвоночника – это мультифакториальное заболевание, фенотип которого детерминирован олигогенной комплексной системой главных генов и генов модификаторов при влиянии других систем генома. Установлено, что вклад генетической компоненты в развитие остеохондроза позвоночника составляет 80 % (аутосомы 66 %, гоносомы 14 %), вклад средовой компоненты – 20 % (закономерные факторы – 6 %, случайные – 14 %). Доказано также, что основными причинами раннего развития остеохондроза позвоночника являются: аномалии и дисплазии позвоночника; травматический разрыв межпозвонкового диска, запускающий его последующую дистрофию; микротравматизация (хроническая перегрузка диска, связанная с профессиональными и спортивными вредностями), нарушения кровоснабжения и метаболизма в ПДС; гормональная недостаточность.

В бессосудистом диске протеогликаны – это главные структурные компоненты, которые связаны с коллагеном и определяют структуру и метаболизм межпозвонкового диска. В патогенезе остеохондроза позвоночника ведущая роль принадлежит нарушению конформации протеогликанов, выполняющих трофическую, информационную и барьерную функции. Это ведёт к утрате амортизационной способности пульпозного ядра межпозвонкового диска, его усыханию и некрозу, фрагментации и растрескиванию. Нарушение эластичности и пружинящих свойств диска вызывает увеличение нагрузки на периферические отделы диска, «износ» фиброзного кольца – разрыхление, а затем и его растрескивание. Нарушается фиксационная функция диска. Трещины фиброзного кольца могут быть причиной образования протрузий или пролапсов дисков. Если они направлены в позвоночный канал или в межпозвонковое отверстие, то могут вызывать компрессию спинного мозга или его корешка. Трещины диска, как и выпячивание фиброзного кольца, могут формировать источник патологической импульсации, вызывающий рефлекторные болевые синдромы остеохондроза позвоночника. Вследствие повышенной нагрузки на тела позвонков, прилежащих к дегенерированному диску, в них развивается субхондральный склероз, «уплотнение» замыкающих пластинок позвонка и образование краевых костных разрастаний. Последние иг-

рают роль дополнительной площади опоры позвонка, компенсирующей функциональную неполноценность пораженного диска. Нередко они оказываются компрессирующими факторами, сдавливающими прилежащие нервно-сосудистые образования.

Клиническая актуальность пораженных ПДС зависит от последовательно возникающих морфологических и патофизиологических изменений, которые логично укладываются в 4 периода клинико-патогенетической классификации остеохондроза позвоночника:

1. Период внутридискового патологического процесса (с утратой амортизационных свойств диска и формированием рефлекторно-болевых синдромов).
2. Период патологической подвижности в сегменте (утраты фиксирующей роли диска и связочного аппарата ПДС), в котором, помимо рефлекторно-болевых синдромов, может формироваться синдром нестабильности, реже — щипцовый механизм сдавления позвоночной артерии или спинного мозга в узком позвоночном канале.
3. Период формирования грыж межпозвонковых дисков — разрыв фиброзного кольца ведет к формированию протрузии или пролапса, которые могут сдавливать корешок спинномозгового нерва или спинной мозг в зависимости от направления грыжевого выпячивания.
4. Период фиброза диска и тотального поражения ПДС (с грубыми реактивными изменениями в соседних телах позвонков, вторичным спондилоартрозом или унко-вертебральным артрозом, нередко с рубцово-спаечным процессом в позвоночном канале).

Клинические проявления остеохондроза позвоночника весьма многообразны. Они включают в себя поражения центральной и периферической нервной системы, дисфункцию висцеральных органов, вегетативно-трофические, вегетативно-сосудистые и мышечно-фасциальные расстройства, патобиомеханические нарушения в позвоночнике и в экстравертебральных тканях и органах. Преимущественно вегетативная иннервация пораженного остеохондрозом межпозвонкового диска и глубоких тканей ПДС участвует в формировании рефлекторно-болевых проявлений, локализующихся именно в тех тканях и органах, которые имеют общую вегетативную иннервацию с этим диском, т.е. находятся с ним в одном склеротоме (вегетатоме). Эти наиболее распространенные рефлекторные проявления остеохондроза позвоночника часто сочетаются с компрессионными синдромами. Комплексное лечение должно включать не только ликвидацию компрессирующего субстрата, но и патогенетических ситуаций, формирующих каждый из имеющихся у пациента синдромов.

Компрессионные синдромы остеохондроза позвоночника хорошо известны, т.к. таких больных чаще приходится оперировать. Современные методы нейровизуализации позволяют увидеть компрессирующий субстрат, формирующий корешковый компрессионный синдром, синдром миелорадикулоишемии (в связи со сдавлением артерии Депрож-Готтерона),

дискогенная миелопатия (шейная, грудная), дискогенная вертебро-базилярная сосудистая недостаточность (синдром позвоночной артерии), кауда-синдром. Обнаружение компрессирующего субстрата во время операции и его удаление ведут к ликвидации болевого синдрома и регрессу неврологических расстройств у 90-96 % больных [11, 12].

Рефлекторные или некомпрессионные синдромы целесообразно классифицировать по клинико-патогенетическому принципу на следующие группы:

1. Местные болевые синдромы — дискальгический синдром, синдром шейного, грудного или поясничного прострела.
2. Рефлекторные отраженные синдромы — межлопаточный болевой синдром; кардиальгический синдром; синдром отраженных брахиальгий или ишиаса; синдром отраженных цефальгий; абдоминальный отраженный болевой синдром и др.
3. Рефлекторные миодистонические — рефлекторно-компрессионные или туннельные) синдромы, включая скаленус-синдром, синдром малой грудной мышцы, синдром нижней косой мышцы головы, синдром грушевидной мышцы и др.
4. Рефлекторные дистрофические синдромы — плечелопаточный болевой синдром, лопаточно-реберный синдром, синдром локтевого или коленного эпикондилита, синдром трохантериита, стилоидита (локтевого, лучевого) и др.
5. Рефлекторные ангиопатические синдромы — рефлекторный ангиопатический синдром позвоночных артерий, рефлекторный ангиопатический кардиальгический синдром, рефлекторный ангиопатический брахиальгический синдром или синдром облитерирующего эндартериита, синдром ночных парестезий конечностей, синдром «плечо-кисть» и другие дискогенные ангиодистонические синдромы.
6. Дискогенные патобиомеханические синдромы позвоночника и других суставов, включая: функциональные блоки, патологическое укорочение или расслабление отдельных мышц, регионарный постуральный дисбаланс мышц (РПДМ), неоптимальный двигательный стереотип.

Представление об отраженных болевых синдромах остеохондроза (альгической стадии нейроостеофиброза по Я.Ю. Попелянскому [13] базируется на результатах работы Кловарда и Кигана [14, 15], которые в 1959 году проводили исследования на волонтерах. Во время операций под местной анестезией путем механического и химического раздражения различных участков межпозвонковых дисков они анализировали типичные локализации воспроизводимых болей. Благодаря такому уникальному эксперименту были представлены «склеротомные карты», т.е. закономерности локализации отраженных из того или иного диска болей в пределах склеротома или вегетотома исследуемого диска. Они впервые убедительно доказали, что отраженные из межпозвонкового диска боли могут локализоваться в различных тканях и органах, но только в тех, которые имеют общую вегетативную иннервацию с исследуемым (по-

раженным) диском, т.е. в пределах склеротома этого ПДС. Указанные исследования нашли развитие в клиниках Новокузнецкого ГИУВа. В своей повседневной многолетней практике использования дископункционных лечебно-диагностических манипуляций мы убеждаемся в достоверности «склеротомных карт» Кловарда и Кигана и возможности воспроизведения характерных для пациента (знакомых ему) болей как по характеру, так и по локализации, а затем их ликвидации так называемой дерещепцией «виновных дисков» путем пропитывания их спирт-новокаиновым раствором для деструкции нервных окончаний, контактирующих с трещинами диска.

Внутридисковые исследования подтвердили, что манифестация местных и отражённых (в склеротом пораженного диска) болевых синдромов, как и более сложных рефлекторных синдромов, зависят от внутридисковых перемещений, дистрофии диска, его отека и повышения внутридискового давления. Местные болевые синдромы нередко появляются или усугубляются вследствие присоединения патобиомеханических нарушений типа функциональных блоков позвонков.

Из группы рефлекторных миодистонических синдромов наиболее актуальными, требующими специфической диагностики и лечения, являются рефлекторно-компрессионные или туннельные синдромы, т.к. при них вторично сдавливаются нервно-сосудистые образования, расположенные в каналах и щелях, образованных спазмированными мышцами. Например, при синдроме передней лестничной мышцы рефлекторное напряжение этой мышцы сопровождается придавливанием к первому ребру и средней лестничной мышце нижних первичных стволов плечевого сплетения, подключичной артерии с её богатым вегетативным периапериальным сплетением. Возникают болезненные парестезии по ульнарному краю руки до 4-5 пальцев. Дополнительный выраженный спазм подключичной артерии и её ветвей формирует более сложные рефлекторные ангиопатические синдромы «кисть» и «плечо-кисть». У больного, наряду с плече-лопаточным болевым синдромом, появляется резкая отечность и болезненность кисти, её цианоз и слабость, ухудшение или исчезновение пульсации лучевой артерии. Перечисленные симптомы провоцируются давлением на напряженную переднюю лестничную мышцу, а её новокаинизация улучшает состояние руки.

Внутридисковая блокада и дерещепция диска является патогенетически наиболее оправданным методом лечения рефлекторных синдромов, т.к. все они обусловлены патологической импульсацией из пораженных ПДС. Использование внутридисковых исследований и дерещепции дисков помогло понять, что как отраженные боли, так и дистрофические, миодистонические и ангиопатические синдромы остеохондроза, локализируются в тех тканях и органах, которые имеют общую вегетативную иннервацию с пораженным диском, т.е. находятся с ним в одном склеротоме (вегетотоме).

Рефлекторный ангиопатический синдром позвоночной артерии в преобладающем большинстве слу-

чаев зависит от патологической импульсации из диска С2-3, реже — С3-4. Из диска С4-5 обычно формируется плече-лопаточный болевой синдром (более известный как «периапартроз»). При патологической импульсации из диска С5-6 часто наблюдаются синдромы передней грудной стенки, малой грудной мышцы, синдрома локтевого эпикондилита, дистальных синдромов руки. Кардиальгический синдром обычно зависит от патологической импульсации из диска С6-7. Из верхних поясничных дисков могут формироваться псевдоабдоминальные, псевдогенитальные, псевдопочечные синдромы, а из нижних поясничных дисков — синдром трохантериита, коленного эпикондилита, ахиллодинии и другие болевые синдромы в ноге.

Клинические проявления ОП обычно формируют совокупность рефлекторных и(или) компрессионных синдромов, каждый из которых обусловлен патогенетической ситуацией в соседних дисках, и требует дифференцированного комплексного лечебного воздействия на его звенья, включая декомпрессионные, декомпрессионно-стабилизирующие или стабилизирующие операции, а также дерещепцию клинически актуальных дисков.

Мы не можем полностью разделить беспокойство Ш.Ф. Эрдеса [3], что «незнание как рентгенологами, так и клиницистами, признаков дистрофических изменений позвоночника (хондроз, остеохондроз, спондилоартроз, спондилоз, фиксирующий гиперостоз и др.), ведёт к гипердиагностике: эти виды находят там, где их нет». Странно, что ревматолог считает, что он знает эту проблему лучше, чем специалисты, ежедневно на протяжении десятилетий занимающиеся данной проблемой. Нас больше беспокоит, что врачи часто переоценивают результаты лучевой диагностики, не сопоставляют их с имеющимися клиническими синдромами. Всякую боль в ноге или в руке считают корешковой, тогда как псевдордикулярные (склеротомные, рефлекторные дистрофические, ангиопатические, миодистонические туннельные) боли в конечности бывают многократно чаще корешкового компрессионного синдрома. Например, если болит нога и на МРТ видят грыжу диска, нередко напрасно оперируют больного, которого можно вылечить консервативно или дископункционным методом. Современные методы лучевой визуализации (КТ, МРТ) не могут заменить полноценного клинико-неврологического обследования, т.к. выявляемые на МРТ у 30 % больных грыжи дисков не вызывают сдавления нервно-сосудистых образований и могут быть клинически незначимыми.

Эрдес Ш.Ф. [3] на основании изучения талонов посещения врача поликлиническими больными из 4-х областей РФ сделал неожиданный для себя вывод, что больных с «любимым отечественными врачами диагнозом «остеохондроз позвоночника» оказалось 54 %». Статистика подтверждает, что данное заболевание действительно является чрезвычайно распространенным.

МКБ — не МНБ! В разъяснениях к МКБ-10 подчеркивается, что термины МКБ не канонизируются

и не заменяют клинических диагнозов, так как МКБ ни в коем случае не является медицинской номенклатурой болезней и не отменяет клинических, в том числе национальных, классификаций. Хочется надеяться, что при очередном пересмотре МКБ (что положено было делать через 10 лет) примут участие вертебрологи, знающие данную проблему не понаслышке, имеющие большой опыт, и научные школы по изучению дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника. До этого мы должны смириться с несовершенством существующей МКБ и пытаться «втискивать» в её рамки многообразные рефлектор-

но-болевые и компрессионные синдромы шейного, грудного и поясничного остеохондроза.

Таким образом, нозологическая самостоятельность остеохондроза позвоночника не вызывает сомнения. Комплексное патогенетическое лечение хорошо помогает преобладающему большинству таких пациентов. К настоящему времени в России разработаны основные теоретические положения и обоснованы практические рекомендации в нейровертебрологии, но, как в любом серьезном разделе науки, в нем еще имеются нерешенные вопросы, которые нуждаются в дальнейшем изучении.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Петров, К.Б. Остеохондроз позвоночника: в защиту нозологической, терминологической и классификационной индивидуальности /К.Б. Петров //Медицина в Кузбассе. – 2012. – № 1. – С. 52-58.
2. Использование международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины: информ.-метод. письмо МЗ РФ, НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохран. им. Н.А. Семашко. – М., 2002. – С. 3-41.
3. Эрдес, Ш.Ф. Остеохондроз – особенности отечественной интерпретации болезни /Ш.Ф. Эрдес, О.М. Фоломеева //Науч.-практ. ревматология. – 2010. – № 4. – С. 87-93.
4. Назаренко, Г.И. Терминология в вертебрологии (исторический и гносеологический аспекты) /Г.И. Назаренко, А.М. Черкашов //Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2000. – № 4. – С. 50-56.
5. Schmorl, G. Die Gesunde und kranke Wirbelsäule im Röntgenbild und Klinik /G. Schmorl, H. Junghanns. – Stuttgart, 1957. – 257 s.
6. Анохин, Ю.В. Открытое письмо в редакцию журнала «Мануальная терапия» /Ю.В. Анохин, В.Г. Безрукова, С.В. Белан //Мануальная терапия. – 2002. – № 1(5). – С. 60-61.
7. Синдром межпозвонковых и крестцово-подвздошных суставов («facet syndrome») при патологии пояснично-крестцового отдела позвоночника /Х.А. Мусалатов, А.Д. Ченский, С.К. Макиров и др. //Вестн. травматол. и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2002. – № 3. – С. 22-30.
8. Федин, А.И. Дорсопатии (классификация и диагностика) /А.И. Федин //Атмосфера. Нервные болезни. – 2002. – № 2. – С. 2-8.
9. Жолондз, М.Я. Остеохондрозы: заблуждение (частное расследование) /М.Я. Жолондз. – Л., 1991. – 54 с.
10. Шмидт, И.Р. Остеохондроз позвоночника. Этиология и профилактика /И.Р. Шмидт. – Новосибирск, 1992. – 240 с.
11. Луцки, А.А. Компрессионные синдромы остеохондроза шейного отдела позвоночника /А.А. Луцки. – Новосибирск, 1997. – 310 с.
12. Луцки, А.А. Спондилоартроз /А.А. Луцки, И.Р. Шмидт, Е.Б. Колотов. – Новосибирск, 2003. – 288 с.
13. Попелянский, Я.Ю. Вертеброгенные заболевания нервной системы /Я.Ю. Попелянский. – Йошкар-Ола, 1983. – Т. 2. – 359 с.
14. Cloward, R.W. Cervical discography: A contribution to the etiology and mechanism of neck, shoulders and arm pain /R.W. Cloward //Ann. Surg. – 1959. – N 150. – P. 52-64.
15. Keegan, J.J. The cause of dissociate motor loss in the upper extremity with cervical spondylosis /J.J. Keegan //J. Neurosurg. – 1965. – V. 23, N 5. – P. 528-536.



Мальцев С.Н.

Департамент здравоохранения Администрации города Омска

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОТЕРИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ОБРАЩЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ПОСЛЕДНИЙ ГОД ЖИЗНИ И ОТСУТСТВИЕМ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПОСЛУЖИВШИХ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ

Исследована обращаемость в медицинские учреждения 2544 граждан, умерших от заболеваний в возрасте от 18 до 103 лет. Приведены данные по объемам неэффективных финансовых расходов медицинских учреждений, связанных с обращением пациентов за медицинской помощью и отсутствием лечения заболеваний, послуживших причиной смерти.

Ключевые слова: обращаемость; смертность; неэффективные финансовые расходы; пожилые люди.