



ДИСКУССИОННЫЕ И БЕССПОРНЫЕ АСПЕКТЫ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

А.А. Луцик¹, Н.Г. Фомичев², А.М. Зайдман², Г.Ю. Бондаренко³, А.В. Крутько², Г.И. Окладников²

¹Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей

²Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии

³Городская клиническая больница № 29, Новокузнецк

В статье в дискуссионной форме обсуждаются научные достижения отечественных вертебрологов в области остеохондроза позвоночника. Авторы доказывают, что не все синдромы остеохондроза позвоночника можно уложить в разделы МКБ-10, особенно многообразные не-компрессионные или рефлекторные (миодистонические, нейродистрофические, ангиопатические) синдромы. Описывается отечественная классификация синдромов остеохондроза позвоночника.

Ключевые слова: этиология, патогенез, диагностика остеохондроза позвоночника, МКБ-10.

CONTROVERSIAL AND UNDISPUTED ASPECTS OF SPINAL OSTEOCHONDROSIS

A.A. Lutsik, N.G. Fomichev, A.M. Zaidman, G.Yu. Bondarenko, A.V. Krutko, G.I. Okladnikov

The paper discusses controversies of scientific achievements of domestic vertebrologists in the study of osteochondrosis. Authors argue that ICD-10 sections can not incorporate all the syndromes of osteochondrosis, especially multiple non-compressive or reflectory (myodystonic, neurodystrophic, and angiopathy) ones. Russian classification of osteochondrosis syndromes is presented.

Key Words: etiology, pathogenesis, diagnosis of spinal osteochondrosis, ICD-10.

Hir. Pozvonoc. 2012; (2):63–69.

Некоторые отечественные авторы (неврологи, ревматологи, мануальные терапевты, рентгенологи), по аналогии с иностранными и ссылаясь на МКБ-10, предлагают все клинические проявления остеохондроза позвоночника называть дорсопатиями (дорсалгиями). При этом все болезни спины, а не только остеохондроз позвоночника, пытаются обозначать этим термином. Называть нозологию одним симптомом – нонсенс. Боль в спине – это симптом очень многих заболеваний. При остеохондрозе позвоночника боль является не единственным, а при ряде синдромов и не главным симптомом. Едва ли можно адекватно лечить пациента с диагнозом «дорсалгия». Если даже подразумевать конкретное заболевание, проявляющееся болью в спине, то это заболевание, как правило, не ограничивается только болевым

синдромом, а сопровождается целым рядом других синдромов. Хорошо известно, что при грубых неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника (например, дискогенной миелопатии) болевые проявления остеохондроза нередко отсутствуют и даже могут не выявляться в анамнезе.

От такого неадекватного использования группового диагноза «дорсалгия/дорсопатия», объединяющего всю вертебральную патологию (воспалительные, опухолевые, травматические и прочие заболевания), предостерегает, в частности, информационно-методическое письмо Минздрава России и НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко [3]. Это название не нравится даже одному из непримиримых критиков остеохондроза позвоночника Ш.Ф. Эрде-су [9], который предлагает термин

«дорсалгия» заменить названием «неспецифическая боль в низу спины – БНС», так как это удачно шифруется в МКБ-10 (M54.5). 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 обусловлены, 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 в последней инстанции.

Г.И. Назаренко, А.М. Черкашов [5], например, предлагают термин «остеохондроз позвоночника», якобы не отражающий клинического характера морфологических изменений

в позвоночно-двигательном сегменте (ПДС), заменить на «дискоз». Вместе с тем еще Schmorl и Yunghans 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 ПДС). Такой диагноз отражает только морфологическое состояние, требует подтверждения клинической значимости, не несет информации о сути клинических проявлений. Указанные авторы считают, что исключительно продуктивным представляется применение посиндромного подхода в вертебологии. С этим постулатом можно согласиться, но следует в первую очередь указать заболевание, которое формирует конкретные синдромы, а затем определить патогенетическую ситуацию, которая обуславливает каждый имеющийся у больного синдром. Только при этом условии можно определить патогенетическое лечение, которое непременно должно быть комплексным, то есть направленным на устранение патогенетических механизмов формирования каждого из имеющихся у конкретного больного синдромов остеохондроза позвоночника.

Такая же путаница возникла со стенозом позвоночного канала. Стенозу стали приписывать нозологическую самостоятельность. Вместе с тем диагноз «стеноз позвоночника» звучит так же неопределенно, как «острый живот». Врожденное сужение позвоночного канала и межпозвонкового отверстия является неблагоприятной почвой, на которой легче клинически проявляется приобретенный стеноз и формируется компрессия нервно-сосудистых образований. Именно от приобретенных стенозирующих субстратов, обусловленных конкретными дегенеративными заболеваниями (костно-хрящевыми разрастаниями тел позвонков, грыжами диска и/или дегенеративным спондилоли-

стезом при остеохондрозе, гипертрофией желтой связки при лигаментозе, остеофитами и гипертрофией суставных отростков при спондилоартрозе), зависит сдавление нервно-сосудистых образований, которые нередко определяют хирургическую тактику. Дифференцированный подход к лечению больного со стенозом позвоночника должен включать в себя четыре последовательных этапа: 1) диагностику дегенеративного поражения соответствующего отдела позвоночника; 2) выявление всего комплекса компрессионных и рефлекторных синдромов; 3) выяснение патогенетической ситуации, обуславливающей каждый синдром; 4) планирование патогенетического комплексного лечения, направленного на ликвидацию каждой патогенетической ситуации.

Вертебология (условно можно назвать ее вертеброневрологией или нейровертебологией – это не имеет большого значения, так как официально таких специальностей нет) – это раздел медицины, предметом изучения которого является система «позвоночник в норме и при патологии» (анатомия, физиология, биомеханика, патобиомеханика, клиника и диагностика вертеброневрологических синдромов, их патоморфология, пато- и саногенез, лечение, реабилитация, профилатика). Вертебология взаимосвязана со многими разделами медицины: ортопедией, мануальной терапией, нейрохирургией, неврологией, психосоматоневрологией, реабилитацией и профилактикой. Однако каждый из этих разделов сохраняет свою самостоятельность. В рамках вертеброневрологии позвоночник рассматривается в совокупности с различными тканями и органами, имеющими общую вегетативную иннервацию с конкретными ПДС в пределах единого склеротома (вегетатома), с центральной и периферической нервной системой, как функциональная биологическая система.

Пограничное положение вертебологии по отношению к другим разделам медицины вызывает как боль-

шой 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 [1, 4]. Довольно распространенное междисциплинарное представление о самостоятельной клинической значимости функциональных блоков позвонков мешает выявлять синдромы остеохондроза позвоночника и осуществлять его патогенетическое лечение.

Использование лечебно-диагностических блокад и дерцепции межпозвонковых дисков позволило нам подтвердить литературные данные о том, что остеохондроз позвоночника нередко сопровождается патобиомеханическими нарушениями в позвоночнике, крестцово-подвздошных сочленениях и ребрах (рефлекторным укорочением мышц, функциональными блоками, регионарным постуральным дисбалансом мышц и др.), которые могут быть обусловлены патологической импульсацией из пораженного ПДС. Следовательно, в комплекс обследования больного с рефлекторными и/или компрессионными синдромами полезно включать мануальную диагностику и прикладную кинезиологию. Так, в процессе мануального тестирования патобиомеханические нарушения были обнаружены у всех пациентов с дегенеративными заболеваниями позвоночника, у 100 % больных ДЦП, у 78,5 % детей, страдающих энурезом. Врачу, квалифицированно занимающемуся патологией позвоночника, полезны знания и навыки мануальной диагностики, так как это существенно расширяет его возможности.

Одним из поводов подвергать сомнению нозологическую самосто-

тельность остеохондроза позвоночника послужили возможность бессимптомного течения заболевания и нередкое несоответствие морфологических 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 XX в., чтобы заново открывать остеохондроз позвоночника.

Специалистам известно: 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 склеротома соответствующего ПДС болевые синдромы. Формируются рефлекторные миодистонические, нейродистрофические ангиопатические синдромы. Разволокнение и растрескивание фиброзного кольца являются 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 гипердиагностике. Доступность современных методов нейровизуализации (КТ,

МРТ) привела к переоценке их результатов, игнорированию клинических синдромов, диагностике остеохондроза позвоночника «по картинке». Вертебологи знают, что нередко на МРТ выявляются несколько грыж дисков, но они могут не принимать участия в формировании имеющегося у пациента болевого синдрома. С другой стороны, псевдорадикулярные боли в ноге или руке, являющиеся частыми проявлениями рефлекторных болевых синдромов остеохондроза позвоночника, часто ошибочно расценивают как корешковые боли и напрасно оперируют больного по поводу обнаруженной грыжи диска.

В клинической медицине последних десятилетий выделилось специальное направление – миофасциальная патология, в рамках которой миофасциальные нарушения и функциональные блоки трактуются как первопричина страданий с мультифакторным генезом. Это привело к тому, что мышечно-связочно-фасциальный дисбаланс в нижнем отделе спины стали считать основной причиной люмбагии (дорсалгии) [7]. В раздел МКБ-10 «дорсалгии» (М54), наряду с цервикалгией, торакалгией, люмбагией, ишиасом, люмбагией с ишиасом, предлагается 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 спинно-мозговых корешков. Под ишиасом принято понимать боль в ноге, в том числе зависящую от дегенеративного поражения позвоночника. При остеохондрозе позвоночника боль в ноге может быть отраженной (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 сдавли-

ваться седалищный нерв). Все эти некомпрессионные или рефлекторные синдромы поясничного остеохондроза можно воспроизвести провокационной дискографией и тут же ликвидировать дерцепцией 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 интероцептивной, проприоцептивной и экстероцептивной импульсацией, в том числе из пораженных ПДС. Указанные патологические процессы являются наиболее частым проявлением остеохондроза позвоночника, при лечебном (например, дископункционном) воздействии на который они наиболее эффективно ликвидируются.

Критики учения об остеохондрозе позвоночника приводят еще один аргумент. При использовании тракционного лечения можно наблюдать хороший эффект относительно компрессионного корешкового болевого синдрома, тогда как на контрольной МРТ грыжа диска остается. 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 устраняется 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, реабилита-

ции 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 к отечественным ученым. Недавно некоторые наши ревматологи заявляют, что остеохондроз позвоночника – это выдумка (фантазии) российских врачей, поскольку за рубежом вместо диагноза «остеохондроз позвоночника» признают спондилоз, грыжи Шморля, грыжи дисков, дорсалгии [9]. Непонятно 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. Эрдеса, О.М. Фоломеевой [9]: «К остеохондрозу по недоразумению относят и грыжу диска, которая является следствием его разрыва, причем, как правило, нормального диска, а не измененного дистрофическим процессом. Поэтому называть грыжу диска остеохондрозом неверно». Авторы готовы признать спондилоз и грыжу Шморля (клинически незначимые формы дегенеративного изменения позвоночника) только потому, что такими диагнозами пользуются иностранцы.

Ссылаясь исключительно на статьи в газетах, иглотерапевт М.Я. Жолондз [2] провел частное исследование ошибочности современного представления об остеохондрозе позвоночника. На основании увеличения расстояния между следами уколов после сеансов акупунктуры он сделал «открытие», что межпозвоночные диски не дегене-

рированы, 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, который наносят врачам и пациентам такие «революционные» публикации. Примечательно, что М.Я. Жолондз провел аналогичное частное исследование ошибочности современного представления по поводу инфаркта миокарда, стенокардии и атеросклероза на основании наблюдений за результатами акупунктуры.

И.Р. Шмидт [8] провел клинико-генеалогические (324 родословных) и популяционные (26 689 человек) исследования с генетико-математическим анализом и доказал, что остеохондроз позвоночника – это мультифакториальное заболевание, фенотип которого детерминирован олигогенной комплементарной системой главных генов и генов-модификаторов при влиянии других систем генома. Установлено, что вклад генетической компоненты составляет 80,0 % (аутосомы 66,0 %, гомозомы 14,0 %), средовой – 20,0 % (закономерные факторы 6,0 %, случайные – 14,0 %). Доказал также, что основными причинами раннего развития остеохондроза позвоночника являются аномалии и дисплазии позвоночника, травматический разрыв межпозвоночного диска, запускающий его последующую дистрофию, микротравматизация (хроническая перегрузка диска, связанная с профессиональными и спортивными вредностями), нарушения кровоснабжения и метаболизма в ПДС, гормональная недостаточность.

В патогенезе остеохондроза позвоночника ведущая роль принадлежит нарушению конформации протеогликанов, выполняющих трофическую, информационную и барьерную функции. В бессосудистом диске протеогликаны – это главные структурные компоненты, которые связаны с коллагеном и определяют структуру и метаболизм межпозвоночного диска. Это ведет к утрате амортизационной способности пульпозного ядра

межпозвоночного 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 межпозвоночное 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 развиваются субхондральный склероз, уплотнение замыкающих пластинок позвонка, образуются краевые костные разрастания. Последние играют 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 четыре периода клинико-патогенетической классификации остеохондроза позвоночника:

- 1) период внутрисдискового патологического процесса (утрата амортизационных свойств диска и формирование рефлекторно-болевых синдромов);
- 2) период патологической подвижности в сегменте (утрата фиксирующей роли диска и связочного аппарата ПДС), в котором, помимо рефлекторно-болевых синдромов, может формироваться синдром нестабильности, реже – щипцо-

вый 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 спинно-мозгового 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 унковертебральным 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 участвует в формировании рефлекторно-болевого проявления, локализующихся именно в тех тканях и органах, которые имеют общую вегетативную иннервацию с этим диском, то есть 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, так как таких больных чаще приходится оперировать. Это корешковый компрессионный синдром, синдром миелорадикулоише-

мии (в связи со сдавлением артерии Демпрож-Готтерона), дискогенная миелопатия (шейная, грудная), дискогенная вертебробазилярная сосудистая недостаточность (синдром позвоночной артерии), кауда-синдром.

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

- 1) местные болевые синдромы (дискалгический синдром, синдром шейного, грудного или поясничного прострела);
- 2) рефлекторные отраженные синдромы (межлопаточный болевой синдром, кардиалгический синдром, синдром отраженных брахиалгий или ишиаса, синдром отраженных цефалгий, 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, синдромы трохантериита, локтевого и лучевого стилоидита и др.);
- 5) рефлекторные ангиопатические синдромы (рефлекторный ангиопатический синдром позвоночных артерий, рефлекторный ангиопатический кардиалгический синдром, рефлекторный ангиопатический брахиалгический синдром или синдром облитерирующего эндартериита, синдром ночных парестезий конечностей, синдром «плечо – кисть» и др.);
- 6) дискогенные патобиомеханические синдромы позвоночника и других суставов, включая функциональные блоки, патологическое укорочение или расслабление отдельных мышц, регионарный постуральный дисба-

ланс мышц, неоптимальный двигательный стереотип.

Представление об отраженных болевых синдромах остеохондроза (алгической стадии нейроостеофиброза) по Я.Ю. Попелянскому [6] базируется на результатах работ Cloward [10] и Keegan [11], которые в 1959 г. 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 они представили склеротомные карты, то есть 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 разных тканях и органах, но только в тех, которые имеют общую вегетативную иннервацию с исследуемым (пораженным) диском, то есть в пределах склеротома этого ПДС. Указанные исследования нашли развитие в клиниках Новокузнецкого ГИУВ и Новосибирского НИИТО. В своей повседневной многолетней практике использования дископункционных лечебно-диагностических манипуляций мы убеждаемся в достоверности склеротомных карт Cloward и Keegan и возможности воспроизведения характерных для пациента (знакомых ему) болей как по характеру, так и по локализации, а затем их ликвидации так называемой дерцепцией винных дисков путем пропитывания их спирт-новокаиновым раствором для деструкции нервных окончаний, контактирующих с трещинами диска.

Внутридисковые исследования подтвердили, что манифестация местных и отраженных (в склеротом пораженного диска) болевых синдромов, как и более сложных рефлекторных синдромов, зависит 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, так как 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 прижатием к первому ребру и средней лестничной мышце нижних первичных стволов плечевого сплетения, подключичной артерии с ее богатым вегетативным периадвентициальным сплетением. Возникают болезненные парестезии по ульнарному краю руки до 4–5-го пальца. Дополнительный выраженный спазм подключичной артерии и ее ветвей формирует более сложный рефлекторный ангиопатический синдром «кисть», а при присоединении плечелопаточного периартроза, который также обусловлен патологической импульсацией из пораженного диска, появляется еще более сложный синдром «плечо – кисть». У больного, наряду с плечелопаточным болевым синдромом, появляются резкая отечность и болезненность кисти, ее цианоз и слабость, ухудшение или исчезновение пульсации лучевой артерии. Перечисленные симптомы провоцируются давлением на напряженную переднюю лестничную мышцу, а ее новокаинизация улучшает состояние руки.

Внутридисковая блокада и дерцепция диска являются патогенетически наиболее оправданным методом лечения всякого рефлекторного синдрома. Использование внутридисковых исследований и дерцепции 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, то есть находятся с ним в одном склеротоме (вегетотоме).

Рефлекторный ангиопатический синдром позвоночной артерии в преобладающем большинстве случаев зависит от патологической импульсации из диска C_2-C_3 , реже – C_3-C_4 . Из диска C_4-C_5 обычно формируется плечелопаточный болевой синдром, более известный как периартроз. При патологической импульсации из диска C_5-C_6 часто наблюдаются синдромы передней грудной стенки, малой грудной мышцы и локтевого эпикондилита, дистальных синдромов руки. Кардиалгический синдром обычно зависит от патологической импульсации из диска C_6-C_7 . Из верхних поясничных дисков могут формироваться псевдоабдоминальные, псевдогенитальные, псевдопочечные синдромы, а из нижних поясничных дисков – синдромы трохантериита, коленного эпикондилита, ахиллодинии и другие болевые синдромы в ноге.

Клинические проявления остеохондроза позвоночника 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 дерцепцию клинически актуальных дисков.

Мы не можем полностью разделить беспокойство Ш.Ф. Эрдеса [9] о том, что незнание как рентгенологами, так и клиницистами признаков дистрофических изменений позвоночника (хондроза, остеохондроза, спондилоартроза, спондилоза, фиксирующего гиперостоза и др.) ведет к гипердиагностике: эти виды находят там, где их нет. Странно, что ревматолог считает, будто он знает эту проблему лучше, чем специалисты, ежедневно на протяжении десятилетий занимающиеся данным вопросом. Нас больше беспокоит, что врачи часто переоце-

нивают результаты лучевой диагностики, не сопоставляют их с имеющимися клиническими синдромами. Всякую боль в ноге или в руке считают корешковой, тогда как псевдорadicулярные (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, так как у 30 % больных выявляемые на МРТ грыжи дисков не вызывают сдавления нервно-сосудистых образований и могут быть клинически незначимыми.

Ш.Ф. Эрдес [9] на основании изучения талонов посещения врачей поликлиническими больными из четырех областей России 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.

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 в очередном пересмотре МКБ примут участие вертебологи, 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 попытаться втиснуть в ее рамки многообразные рефлекторно-болевые и компрессионные синдромы шейного, грудного и поясничного остеохондроза.

И так, нозологическая самостоятельность остеохондроза позвоночника не вызывает сомнений. Комплексное патогенетическое лечение хорошо помогает преобладающему большин-

ству пациентов с таким диагнозом. К настоящему времени в России разработаны основные теоретические положения и обоснованы практические рекомендации в нейровертебро-

логии, но, как в любом серьезном разделе науки, еще имеются нерешенные вопросы, которые нуждаются в дальнейшем изучении.

Литература

1. Анохин Ю.В., Безрукова В.Г., Белан С.В. и др. Открытое письмо в редакцию журнала «Мануальная терапия» // Мануальная терапия. 2002. № 1(5). С. 60–61.
2. Жолондз М.Я. Остеохондрозы – заблуждение: частное расследование. СПб., 1991.
3. Использование международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины // Информационно-методическое письмо МЗ РФ, НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. М., 2002. С. 3–41.
4. Мусалатов Х.А., Ченский А.Д., Макиров С.К. и др. Синдром межпозвоночных и крестцово-подвздошных суставов («faset syndrome») при патологии пояснично-крестцового отдела позвоночника // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2002. № 3. С. 25–30.
5. Назаренко Г.И., Черкашов А.М. Терминология в вертебрологии (исторический и гносеологический аспекты) // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2000. № 4. С. 50–56.
6. Попелянский Я.Ю. Вертеброгенные заболевания нервной системы: Т. 2, ч. 1. Йошкар-Ола, 1983.
7. Федин А.И. Дорсопатии (классификация и диагностика) // Атмосфера. Нервные болезни. 2002. № 2. С. 2–8.
8. Шмидт И.Р. Остеохондроз позвоночника. Этиология и профилактика. Новосибирск, 1992.
9. Эрдес Ш.Ф., Фоломеева О.М. Остеохондроз – особенности отечественной интерпретации болезни // Научно-практическая ревматология. 2010. № 4. С. 87–93.

10. Cloward RB. Cervical diskography: a contribution to the etiology and mechanism of neck, shoulder and arm pain. Ann Surg. 1959;150:1052–1064.
11. Keegan JJ. The cause of dissociate motor loss in the upper extremity with cervical spondylosis. J Neurosurg. 1965;23:528–536.

References

1. Anokhin YuV, Bezrukova VG, Belan SV, et al. [Open letter to the editor of The Manual Therapy journal]. Manualnaya Terapiya. 2002;(1):60–61. In Russian.
2. Zholondz MYa. [Osteochondrosis is a Misconception: Private Investigation]. St. Petersburg, 1991. In Russian.
3. [The Use of International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th edition (ICD-10) in the Medical Practice in Russia]. Informational-Methodical Letter of the RF Ministry of Health, Research Institute of Social Hygiene, Economy and Management of Public Healthcare n.a. N.A. Semashko. Moscow, 2002;3–41. In Russian.
4. Musalатов HA, Chensky AD, Makirov SK, et al. [Syndrome of intervertebral and sacroiliac joints («faset syndrome») in lumbarsacral spine pathology]. Vestnik Travmatologii i Ortopedii im. N.N. Priorova. 2002;(3): 25–30. In Russian.
5. Nazarenko GI, Cherkashov AM. [Spinal terms (historical and gnoseological aspects)]. Vestnik Travmatologii i Ortopedii im. N.N. Priorova. 2000;(4):50–56. In Russian.
6. Popelyansky YaYu. Vertebrogenic Diseases of the Nervous System: Vol. 2, Ch. 2]. Yoshkar-Ola, 1983. In Russian.
7. Fedin AI. [Dorsopathies (classification and diagnosis)]. Atmosfera. Nervnye Bolezni. 2002;(2):2–8. In Russian.

8. Shmidt IR. [Spinal Osteochondrosis. Etiology and Prevention]. Novosibirsk, 1992. In Russian.
9. Erdes ShF, Folomeeva OM. [Osteochondrosis – specifics of the disease interpretation in Russia]. Rheumatology Science & Practice. 2010;(4):87–93. In Russian.
10. Cloward RB. Cervical diskography: a contribution to the etiology and mechanism of neck, shoulder and arm pain. Ann Surg. 1959;150:1052–1064.
11. Keegan JJ. The cause of dissociate motor loss in the upper extremity with cervical spondylosis. J Neurosurg. 1965;23:528–536.

Адрес для переписки:
Луцик Анатолий Андреевич
654080, Новокузнецк,
ул. Франкфурта, 1–14,
Lucikaa@rdtc.ru

Статья поступила в редакцию 28.12.2011

А.А. Луцик, д-р мед. наук, проф., Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей; Н.Г. Фомичев, д-р мед. наук, проф.; А.М. Зайдман, д-р мед. наук, проф.; А.В. Крутько, канд. мед. наук; Г.И. Окладников, д-р мед. наук, проф., Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии; Г.Ю. Бондаренко, канд. мед. наук, Городская клиническая больница № 29, Новокузнецк.

A.A. Lutsik, MD, DMSc, Prof., Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine; N.G. Fomichev, MD, DMSc, Prof.; A.M. Zaidman, MD, DMSc, Prof.; A.V. Krutko, MD, PhD; G.I. Okladnikov, MD, DMSc, Prof., Novosibirsk Research Institute of Traumatology and Orthopaedics; G.Yu. Bondarenko, MD, PhD, City Clinical Hospital No. 29, Novokuznetsk.