

## ОСТЕОХОНДРОЗ – ОСОБЕННОСТИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ БОЛЕЗНИ

Контакты: Шандор Федорович Эрдес [erdes@irramn.ru](mailto:erdes@irramn.ru)

Contact: Shandor Fedorovich Erdes [erdes@irramn.ru](mailto:erdes@irramn.ru)

«Термин «остеохондроз позвоночника» и теория остеохондроза позвоночника – достижение советской и постсоветской медицины».

*Википедия – свободная энциклопедия*

В России с 60-х годов прошлого столетия широко применяется термин «остеохондроз позвоночника», предложенный А. Hildebrandt еще в 1935 г. В то же время ни в одной из развитых стран мира, ни в одной медицинской классификации **дегенеративно-дистрофических заболеваний** нет нозологической единицы «остеохондроз позвоночника». С чем это связано, почему у нас и в этом вопросе «свой путь»?

В первую очередь следует упомянуть, что имеется несколько не сильно отличающихся друг от друга хорошо известных и понятных отечественных определений остеохондроза, среди которых наиболее распространено предложенное Я.Ю. Попелянским: «остеохондроз (новолат. *osteochondrosis*: греч. *osteon* – кость + греч. *chondros* – хрящ + лат. *-osis*) позвоночника – полифакторное дегенеративное заболевание позвоночно-двигательного сегмента, первично поражающее межпозвонковый диск, а вторично – другие отделы позвоночника, опорно-двигательного аппарата и нервную систему» [1–4].

Парадигма «остеохондроза» с легкой подачи отечественных неврологов (многие из которых в дальнейшем были переименованы в *вертебрологов* – медицинская специальность, которая в нашей стране не существует и которой не обучают специально) уже более 40 лет властвует над умами практических врачей нашей страны. Результатом этого учения стало то, что сегодня практически любая боль в области спины считается верным признаком пресловутого остеохондроза позвоночника [5]. Происходит это потому, что сам термин «остеохондроз» превратился в синоним неврологического обозначения боли в области спины. При этом желательно (хотя и не обязательно) подтвердить этот «диагноз» при рентгенографии. И он практически всегда подтверждается!

Наличие причинной связи болевого синдрома в спине с патологией позвоночника настолько прочно укоренилось в сознании врачей, что это привело к недопустимому умалению роли клинического обследования больных или неполноценному его проведению [5]. И в самом деле, какой смысл тратить время и силы на тщательное клиническое обследование, если все равно известно, что причина коренится в позвоночном столбе и связана с остеохондрозом позвоночника.

Почему-то авторов – приверженцев теории остеохондроза – не смущает то, что во всем мире, говоря о вертеброгенном болевом синдроме, имеют в виду лишь грыжи дисков, спондилоартроз, а вовсе не остеохондроз в нашем понимании. По-видимому, «их остеохондроз» – это что-то отличное от «нашего остеохондроза». В «их» понимании, остеохондроз, хондроз, артроз, выпячивание дисков и грыжи дисков – вовсе не одно и то же, не признаки эволюции одного патологического процесса.

В открытой англоязычной версии энциклопедии Wikipedia остеохондроз определяется «как семейство орто-

педических заболеваний суставов, встречающееся у детей и быстро растущих животных (обычно у свиней, лошадей и собак). Они связаны с нарушением (прекращением) кровоснабжения кости, обычно в области эпифиза, приводящим к развитию локализованного остеонекроза, за которым, как правило, следует восстановление кости. Эта патология проявляется как фокальное нарушение энхондральной оссификации, имеющее мультифакторную этиологию». Остеохондроз развивается преимущественно у мальчиков, в первой, реже второй декаде жизни [6].

Еще в одном определении остеохондроз представлен как гетерогенная группа заболеваний, характеризующихся общими признаками в виде поражения костей **незрелого скелета**, вовлечения эпифизов, апофизов или эпифизоидных костей и рентгенографическими изменениями в них: фрагментация, коллапс, склероз и часто реоссификация с восстановлением контура кости [7]. Указывается, что, например, позвоночный остеохондроз – болезнь Шейермана – может быть причиной формирования кифоза верхних отделов спины, вплоть до развития горба [8].

Таким образом, учитывая приведенные определения, действительно, наш остеохондроз и их остеохондроз – это абсолютно противоположные понятия.

Следует учитывать, что если хондроз – это дистрофическое изменение только дискового хряща, то остеохондроз – дистрофическое изменение диска и прилежащих к нему тел позвонков. (Хотя, наверное, в соответствии с нашим определением правильнее было бы назвать эту патологию хондроостеозом, учитывая эволюцию процесса – первичность патологии межпозвонкового диска с последующим вовлечением в процесс тел позвонков.) Хотелось бы отметить также, что грыжи дисков могут образоваться только при разрыве диска, причем в любом возрасте, но чаще у молодых людей и даже детей и редко у пожилых, у которых диск ослаблен дистрофическим процессом. Грыжа диска у большинства пожилых людей, – как правило, случайная находка патологии, приобретенной в молодом возрасте, так как содержимым грыжи является пульпозное ядро, в пожилом возрасте фиброзированный, которое практически не может выпадать через разрыв диска [5]. Таким образом, предположение о том, что грыжа диска является результатом «дегенеративно-дистрофического» процесса, вызывает большие сомнения.

Практически каждый человек хотя бы раз в жизни испытывал боль, локализованную чаще всего между нижним краем XII пары ребер и ягодичными складками, т. е. в нижней части спины (БНС), реже в других ее отделах (шейном и грудном).

Острая боль в спине обычно (до 90% случаев) носит характер доброкачественного, саморазрешающегося в течение 1 мес процесса, в остальных случаях она становится хронической. Причин хронизации боли может быть не-

сколько, однако основными считают развитие и прогрессирование какой-либо патологии и неадекватное лечение самой острой боли. О широкой распространенности стойкой патологии позвоночника и околопозвоночных тканей, как правило, сопровождающейся болевым синдромом, свидетельствует и то, что у 45,5 (2001 г.) — 32% (2005 г.) российских больных, впервые признанных инвалидами в связи с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС — XIII класс МКБ-10), причиной инвалидности оказывались различные дорсопатии, т. е. патологические процессы в спине [9].

Синдром БНС (английское название — Low back pain) как диагноз находится в XIII классе МКБ-10 [10] в разделе «Дорсалгия» (M54; см. приложение), регистрационный код — M54.5. Здесь же представлены цервикалгия (M54.2) и боль в грудном отделе позвоночника (M54.6), а также радикулопатия (M54.1), ишиас (M54.3), люмбаго с ишиасом (M54.4). Причем, как указано в комментарии, «критерием исключения из данной статистической рубрики для всех названных болевых синдромов являются поражения/смещения межпозвоночного диска и спондилез» (выделено нами. — Авт.). Этим подчеркивается возможность появления боли в спине без «морфологического субстрата», т. е. без видимых изменений в самом позвоночнике.

БНС является по сути симптомом, появляющимся при развитии большого числа патологических процессов в органах грудной и брюшной полости, малом тазу и структурах позвоночника; кроме того, она может быть психогенной. Но чаще всего причину БНС установить не удается. Она сопровождается мышечным напряжением, нередко — наличием болезненных точек. Поэтому в других странах широко распространенная классификация, направленная на оптимизацию оказания медицинской помощи при БНС, различает специфическую, радикулярную и неспецифическую БНС [11, 12].

*Специфическая боль* в спине является симптомом определенного заболевания, нередко — тяжелого и даже угрожающего жизни (онкологического, включая метастазы в позвоночник; инфекционного — туберкулез, остеомиелит позвоночника, эпидуральный абсцесс и др.; воспалительного, — например, анкилозирующий спондилит и другие спондилоартриты; травматического и остеопоротического перелома позвонка; аневризмы брюшной аорты; гинекологических, урологических и почечных заболеваний; стеноза позвоночного канала и синдрома «конского хвоста» и др.). Специфической БНС часто сопутствуют характерные для основного заболевания «знаки угрозы» («red flags»), помогающие врачу заподозрить у пациента наличие серьезной патологии и целенаправленно обследовать его (предпочтительнее с привлечением соответствующего специалиста) для установления правильного диагноза и проведения лечения.

*Радикулярная (корешковая) БНС*, включая ишиалгический синдром, является следствием сдавления спинномозгового корешка. Ведение больных с радикулярной БНС — прерогатива невролога, при особых показаниях требуется участие нейрохирурга. На практике же такие пациенты часто прибегают к помощи мануальных терапевтов.

И, наконец, самая частая, *неспецифическая, БНС* не связана с какими-либо висцеральным заболеванием, серьезной патологией позвоночника, спинного мозга и его корешков. Многие современные, в основном зарубежные, авторы подчеркивают, в частности, отсутствие параллелизма между наличием рентгенологических признаков дегенера-

тивных изменений в позвоночнике, с одной стороны, и появлением или интенсивностью БНС — с другой [11–15]. Р.Л. Гэлли и соавт. утверждают: «Аксиома: только у 1 из 10 пациентов с рентгенологическими признаками дегенеративного поражения позвоночника имеются клинические проявления заболевания» [16]. Таким образом, нельзя отождествлять каждый случай развития эпизода боли в спине (после обязательного исключения специфической БНС) с чаще всего имеющимися у больного «дегенеративно-дистрофическими» изменениями позвоночника, ставя «привычный» диагноз «обострение (!) остеохондроза» или просто «остеохондроз». И вполне обоснованно плановая рентгенография позвоночника не входит в рекомендации по обследованию больных с синдромом неспецифической БНС [17]. Такие больные не нуждаются в обязательной консультации невролога, а должны лечиться у семейного врача, участкового терапевта или врача общей практики [11].

Однако в отечественной литературе до настоящего времени роль нарушения биомеханики двигательного акта и дисбаланса мышечно-связочно-фасциального аппарата в развитии дорсалгий обсуждается лишь при отсутствии рентгенологических признаков дегенеративно-дистрофических изменений в позвоночнике [18], которые рассматриваются как закономерная основа большинства не только корешковых, но и других болевых эпизодов в спине.

Вся патология собственно позвоночника и формирующих его структур (кроме травм) представлена в МКБ-10 рубрикой «Дорсопатии» (M40—M54; см. приложение). В нее включены основные «Спондилопатии» — «Анкилозирующий спондилит» (M45) и «Спондилез» (M47). Последний также обозначен как «Артроз, или остеоартроз позвоночника и дегенерация дугоотростчатых суставов». В разделе «Другие дорсопатии» (M50—M54), помимо «Дорсалгии», о которой говорилось выше, подробно дана классификация «Поражений межпозвоночных дисков» (M50) в различных отделах позвоночника, включая их дегенерацию, смещение и узлы (грыжи) Шморля, как сопровождающиеся, так и не сопровождающиеся неврологическими проявлениями (миелопатия, радикулопатия).

А где же столь любимый отечественными врачами, в основном неврологами, «остеохондроз», т. е. диагноз, который обычно ставят в поликлиниках большинству больных с синдромом БНС? Попытка отыскать этот диагноз в VI статистическом классе МКБ-10 («Болезни нервной системы») оказывается безуспешной: такого термина там нет. Интересно, что, изучив талоны посещения врача поликлиническими больными из 4 областей РФ, отнесенных к вышеуказанному XIII статистическому классу БКМС, за 1998 г. (всего проанализировано 55 623 талона), мы установили, что доля талонов с диагнозами «остеохондроз; обострение остеохондроза» составила более 54% [19]. Полагаем, что к настоящему времени она, к сожалению, не снизилась. Обратил на себя внимание факт, что этот диагноз кодировался статистиками либо как «Спондилез и связанные с ним состояния», либо как «Болезни межпозвоночных дисков», либо как «Другие болезни шейного отдела позвоночника» или «Неуточненные болезни позвоночника». Итак, медицинским статистикам приходилось определенным образом приспосабливать традиционный диагноз «остеохондроз» к терминам и рубрикам МКБ.

В разделе «Деформирующие дорсопатии» МКБ-10 (M40—M43), кроме кифоза, лордоза, сколиоза, находим, наконец, «Остеохондроз позвоночника» (M42). К нему отнесены «Ювенильный остеохондроз позвоночника» — болезнь Шейерманна — поражение апофизов позвонков (1925) и болезнь Кальве — поражение тел позвонков (1935)

вследствие локального нарушения васкуляризации кости (M42.0). Здесь же (что подразумевает их патогенетическую и клиническую близость) находится «Остеохондроз позвоночника у взрослых» (M42.1).

Продолжая изучение МКБ-10, в рубрике «Хондропатии» (M91—M94) обнаруживаем целую серию остеохондрозов. Но все они оказываются «юношескими» (именно остеохондроз, а не остеохондропатия), локализируются в различных костях и носят имена описавших их ученых. Например, остеохондроз подвздошного гребешка (Бьюкене-на), головки бедренной кости (Легга—Калве—Пертеса), головки плечевой кости (Хааса), головки лучевой кости (Брейлсфорда), полулунной кости запястья (Кинбека), бугорка большеберцовой кости (Осгуда—Шлаттера) и др.

С чем же это связано? Оказывается, остеохондроз (на что хотим еще раз обратить внимание) в МКБ рассматривается как болезнь растущих центров оссификации у детей, начинающаяся как дегенерация или некроз кости с последующей локальной регенерацией или рекальцификацией, носящая различные названия в соответствии с тем, в какой кости она локализуется. В отечественной практике термин «ювенильный остеохондроз», сущность которого приведена выше, произвольно заменен на термин «остеохондропатия», не соответствующий рубрикации МКБ-10 [20].

Ясно, что кратко охарактеризованный выше остеохондроз (преимущественно ювенильный), включая остеохондроз позвоночника — болезнь Шейермана и болезнь Калве, а также, скорее всего, и остеохондроз позвоночника у взрослых, — объединенный с ними в единой классификационно-статистической рубрике МКБ-10, не являются аналогом «дегенеративно-дистрофического» поражения структур позвоночника у людей зрелого и пожилого возраста, обозначаемого в России как «остеохондроз».

В некоторых иностранных справочниках (например, в словаре американских неврологов) в разделе «Остеохондроз» отдельно упоминается «межverteбральный (остео)хондроз» как «дегенеративное поражение дискоverteбральных сочленений позвоночника с характерными радиографическими проявлениями в виде сужения межпозвоночных промежутков и реактивного склерозирования верхних и нижних поверхностей тел позвонков». Таким образом, в данном контексте термином «остеохондроз позвоночника» обозначается рентгенологический симптомом-комплекс, а не клинически определенное заболевание.

В современной зарубежной литературе термин «остеохондроз позвоночника» (исключая ювенильный остеохондроз) фактически отсутствует в отличие от чрезвычайно широкого его использования, даже без уточнения того, что речь идет о позвоночнике, в практике отечественных врачей.

Откуда же в отечественной медицинской практике появился остеохондроз? В основу учения о дегенеративно-дистрофических поражениях позвоночника легли патологоанатомические исследования Ch.G. Schmorl и его школы (1928), предложивших обозначать изменения в межпозвоночном диске и прилежащих к нему телах позвонков как межкорпоральный остеохондроз (*osteocondrosis intercorporalis*), в 1858 г. G. Reiner назвал остеохондрозом дегенерацию межпозвоночного диска, а в 1897 г. R. Beneke, обнаружив различные дистрофические изменения в позвоночнике, обозначил их собирательным термином «спондилез». В 1933 г. Hildebrandt ввел более расширенный термин «остеохондроз позвоночника», имея в виду, однако, прежде всего распространенные дегенеративно-дистрофические изменения межпозвоночных дисков.

В отечественном учении об остеохондрозе выделяется несколько стадий: 1 — появление трещин во внутренних слоях фиброзного кольца межпозвоночного диска и в студенистом ядре; 2 — дальнейшее разрушение фиброзного кольца и ухудшение фиксации позвонков между собой, ведущее к их нестабильности; 3 — разрыв фиброзного кольца и образование грыж диска; 4 — распространение дегенеративного процесса на желтые связки, межостистые связки и другие образования позвоночника, дальнейшее уплощение, рубцевание и фиброз межпозвоночного диска. Параллельно обычно развивается артроз в межпозвоночных и ункоverteбральных суставах (называемый спондилоартрозом). В то же время спондилоартроз (с эпитетом «деформирующий») рассматривается и более широко — как поражение межпозвоночных суставов, а также суставов между С<sub>1</sub> и С<sub>2</sub> и атлантоокципитальных сочленений в виде дегенерации суставного хряща, субхондрального остеосклероза и оссификации параартикулярных тканей. Рентгенологически при этом обнаруживаются уменьшение ширины суставной щели, субхондральный остеосклероз и краевые костные разрастания [21].

В свою очередь спондилез, рассматриваемый как англоязычный эквивалент остеохондроза, определяется одними авторами как процесс избыточного подвязочного костеобразования под передней продольной связкой — спондилезный остеофитоз [22], не связанный с дистрофическими изменениями межпозвоночного диска и не имеющий отношения к собственно продольной связке, а другими — как обызвествление передней продольной связки на ограниченном участке [21].

Наиболее дифференцированное разделение рентгенологических проявлений дистрофического поражения позвоночника представила еще в 1961 г. Н.С. Косинская, выделив остеохондроз, спондилез, хрящевые грыжи (Шморля), обызвествление диска, фиксирующий лигаментоз (болезнь Форестье), деформирующий артроз межпозвоночных и реберно-позвоночных суставов и др. [23].

Особую терминологическую (и не только!) путаницу внесло использование термина «остеохондроз» не только для обозначения обнаруживаемых рентгенологических изменений в позвоночнике (сужение межпозвоночной щели, субхондральный склероз кости, краевые остеофиты и др.), но и в качестве синонима связываемой с ними неврологической патологии. Так, известный отечественный невролог-verteболог (!) Я.Ю. Попелянский (см. выше данное им определение остеохондроза) связывает остеохондроз с практически обязательной *неврологической* симптоматикой. Он пишет: «Позвоночник — это не только позвонки, суставы, диски, связки, это еще и сложно иннервируемые мышцы данного органа. Соответствующие изменения в нервной системе (с момента включения патологии позвоночно-двигательных сегментов) *во всех случаях будут вертеброгенными*» [2]. Я.Ю. Попелянский разработал клиническую классификацию *синдромов остеохондроза позвоночника*, разделив их на компрессионные, рефлекторные и миоадаптивные. В статье, посвященной 80-летию юбилею ученого, указывается, что, защитив в 1963 г. докторскую диссертацию «Шейный остеохондроз», «он положил этим начало научной эпопеи по изучению остеохондроза позвоночника... и создал (отечественную) вертеброневрологическую школу» [3]. Эта «эпопея» продолжается до настоящего времени!

Остеохондроз позвоночника в отечественном справочнике «Вертебология в терминах, цифрах и рисунках» (2005) [21] определяется как «*исторически сложившийся термин* (выделено нами. — Авт.), используемый для обозначения дегенеративно-дистрофического поражения

межпозвоночного диска и субхондральных отделов позвоночника». Еще раньше в руководстве «Остеохондроз позвоночника» Н.М. Жулев и соавт. указывали, что в литературе, в основном рентгенологической, для обозначения невоспалительных, дегенеративно-дистрофических изменений в позвоночнике используются, кроме остеохондроза, и другие термины — спондилез, хондроз, дискос, дископатии, деформирующий артроз межпозвоночных и реберно-позвоночных суставов, спондилоартроз и др. [4]. Однако авторы отмечают, что для всех этих изменений «традиционно установилось наименование — остеоохондроз» (выделено нами. — Авт.). Следовало бы подчеркнуть, что эта «традиция» поддерживается именно отечественными специалистами, главным образом невропатологами и *вертебрологами* (представителями не признанной в нашей стране медицинской специальности). Близкую позицию можно найти и в высказывании В.Ф. Кузнецова: «Традиционно все разнообразные дистрофические процессы (в позвоночнике) обозначаются термином «остеоохондроз» (в англоязычной литературе — «спондилез»)» [24].

И, что принципиально важно, одно дело — интерпретировать и называть обнаруживаемые при рентгенологических и других современных методах исследования признаки морфологических изменений в структурах позвоночника, а другое — формулировать диагноз при определенных жалобах, чаще всего в связи с болями в спине. Еще раз подчеркнем, что ни в одной из зарубежных стран, ни в одной зарубежной классификации дегенеративно-дистрофических заболеваний нет нозологической единицы «остеоохондроз позвоночника». Мы согласны с мнением П.Л. Жаркова о том, что ни «остеоохондроз», ни какой-либо иной термин, характеризующий дистрофическое изменение позвоночника, нельзя употреблять в качестве синонима клинического диагноза [25].

Кроме того, незнание как рентгенологами, так и клиницистами признаков дистрофических изменений позвоночника (хондроз, остеоохондроз, спондилоартроз, спондилез, фиксирующий гиперостоз и др.) ведет к гипердиагностике: эти виды патологии находят там, где их нет. Нередко остеоохондрозом называют все перечисленные дистрофические изменения в силу незнания различий между ними. К остеоохондрозу 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 остеоохондрозом так же неверно, как разрыв мениска в коленном суставе — остеоартрозом.

В Информационно-методическом письме, подготовленном и изданном в 2002 г. МЗ РФ и НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко «Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины» также подчеркивается, что формулировка диагноза не должна строиться на основе этиологии (в случае остеохондроза — недоказанной. — Прим авт.) возникшего нарушения, а призвана отражать конкретное состояние (заболевание), приведшее больного к врачу или явившееся причиной госпитализации. В качестве неправильной формулировки диагноза в письме приводится пример: «Дорсопатия. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Ишиалгия. Люмбализация». Правильный диагноз в данном случае должен звучать так: «Люмбаго с ишиасом на фоне *остеохондроза поясничного отдела позвоночника*» (выделено нами. — Авт.). Люмбализация. (код М54.4)» [26]. Таким образом,

даже авторы этого методического письма находились под гипнотическим влиянием парадигмы отечественного «остеохондроза»!

Заметим, что Международная ассоциация вертебро-неврологов рекомендует в случаях появления соответствующим клинических симптомов пользоваться обобщающим термином «вертебральные дисфункции» [27] (которого, кстати, тоже нет в МКБ-10). Споры по поводу наименований дистрофических изменений позвоночника и ассоциируемой с ними клинической симптоматики длятся не одно десятилетие. Попыткой их разрешения и достижения консенсуса является предложение некоторых ученых (А.И. Федин, Н.А. Шостак и др.) [18,28] заменить бытующий в России термин «остеоохондроз» на термин «дорсопатия», якобы в соответствии с МКБ-10. Однако нам и это предложение кажется некорректным, ибо, как указано выше, «Дорсопатии» с позиции обязательной для всех МКБ-10 объединяют всю нетравматическую вертебральную патологию, включая болевые синдромы, воспалительные и невоспалительные поражения позвоночника, его приобретенные деформации и др., представляющие отдельные нозологические или клинико-патогенетические сущности. От такого неправильного использования группового понятия «дорсопатия» в качестве заключительного диагноза предостерегает и цитируемое выше Письмо МЗ РФ и НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко [26], так как это понятие не подлежит кодированию в соответствии с рубрикой МКБ-10, поскольку охватывает целый блок трехзначных рубрик (М40—М54). Подчеркивается, что диагноз должен четко указывать на конкретную нозологическую форму, подлежащую кодированию.

Таким образом, термин «остеоохондроз» обозначает различные понятия у разных специалистов и в разных странах. В созданной и утвержденной ВОЗ МКБ-10 к остеоохондрозу относятся прежде всего поражения костей и суставов у детей и подростков, являющиеся, по сути, следствием локальных ишемических некрозов, часто склонных к последующей регенерации с восстановлением контуров и функции суставов.

Термин «остеоохондроз», применяемый для обозначения иных, в частности «дегенеративно-дистрофических», изменений именно в позвоночнике, усугубляющихся по мере взросления и старения человека, изначально и по существу относится лишь к патологии межпозвоночных дисков и отражает их морфологические и/или рентгеноанатомические изменения. Однако он «традиционно» используется в нашей стране, во-первых, для обозначения не только межпозвоночных (дисковых), но и всех выявляемых невоспалительных изменений в структурах позвоночника, которые упоминались выше, что некорректно.

И, во-вторых, в любом случае остеоохондроз, даже с указанием в диагнозе, что это остеоохондроз **позвочника**, не является (или не должен являться) клиническим понятием. Однако отечественные неврологи, другие специалисты и врачи общей практики отождествляют термин «остеоохондроз» с большинством вертебральных и паравертебральных клинических синдромов. К последним относятся и неспецифическая БНС, при которой доказано отсутствие непосредственной связи между широко распространенными в популяции дегенеративно-дистрофическими процессами в позвоночнике и возникающими болевыми ощущениями в спине. Поэтому остеоохондроз в соответствии с выставляемыми больным диагнозами оказывается самым распространенным «заболеванием» среди всех болезней суставно-костно-мышечной системы в России.

Ответ на вопрос, каким единым термином следует российским врачам заменить термин «остеохондроз», а также целесообразно ли к этому стремиться, требует обдуманного и дифференцированного подхода. В частности, этот термин может быть сохранен для обозначения стадийных морфологических изменений в межпозвонковых дисках, обычно существующих бессимптомно и выявляемых рентгенологически. Но он не может быть аналогом всех клинических нарушений и клинических проявлений дорсопатий. Нельзя любую боль в спине бездумно обозначать как остеохондроз, что, к сожалению, широко практикуется в амбулаторной практике России и ведет к искажению клинических и статистических представлений о многообразии дорсальной патологии, как специфической, так и неврологической (радикулярной), особенно неспецифической. В этом плане определенным ориентиром при формулировке диагноза должны быть термины, используемые в МКБ-10, в соответствии с которыми проводятся кодирование и статистическая регистрация диагноза. В частности, мы считаем, что наиболее распространенный синдром **неспецифических болей** в пояснице так и должен называться (во всяком случае, пока ему не найдено более конкретное наименование) — «боль внизу (или в нижней части) спины — БНС» (M54.5). Однако нельзя не признать, что данный термин не вполне соответствует традициям отечественной медицины, стремящейся к выявлению этиологической сущности, патогенетических механизмов и определению нозологической принадлежности заболевания (состояния). Думается, что термин «БНС» не является окончательным, но в настоящее время необходимо. Надеемся также, что и неврологи, занимающиеся проблемой боли в спине, придут к консенсусу в отношении единой номенклатуры ее проявлений, не противоречащей формулировкам МКБ-10.

Хорошо быть оригинальными и самобытными, но врачам следует разговаривать на одном языке, чтобы однозначно понимать суть используемых терминов. Однако существующая неразбериха в обозначении различных проявлений дорсопатий, «скрывающихся» в России под термином «остеохондроз», не способствует одинаковому пониманию и обозначению единой для населения всех стран патологии.

Ревматологи могут поделиться с другими специалистами успешным опытом наведения терминологического порядка в обозначении ряда ревматических заболеваний. Например, в середине XX в. развитие отечественной ревматологии нередко сопровождалось введением оригинальной терминологии, часто в соответствии с распространенными в те годы теоретическими постулатами. Так, хроническое прогрессирующее воспалительное заболевание суставов с деструкцией и нарушением функции называлось в те годы «инфекционным неспецифическим полиартритом» (сокращенно — «инфектарит»), тогда как во всем мире оно было известно как ревматоидный артрит (РА) и именно так было представлено в МКБ тех лет (8-й и 9-й пересмотры). Однако отечественные ревматологи по мере углубления знаний в данной области и расширения деловых контактов с зарубежными коллегами пришли к пониманию неадекватности такого «оригинального» присвоения нового имени давно известному ревматическому заболеванию и стали использовать общепринятый термин — «РА». Таким образом был наведен порядок в оформлении диагноза и регистрации больных РА и, что важно, были созданы условия для плодотворного международного сотрудничества по этой проблеме.

Еще один пример. В СССР в ревматологии традиционно использовался термин «ревматизм» применительно к известному воспалительному заболеванию детей и подростков, развивающемуся в связи с носоглоточной инфекцией β-гемолитическим стрептококком группы А и поражающему суставы, кожу, нервную систему и, главное, сердце с формированием клапанных пороков. Был организован Институт ревматологии, призванный бороться с этим недугом. Вместе с тем термин «ревматизм» во всем мире ассоциировался с различной воспалительной и невоспалительной патологией мягких тканей опорно-двигательного аппарата, обычно сопровождающейся болевыми ощущениями. Кстати, именно такое значение заложено в название одного из самых известных американских ревматологических журналов «Arthritis and Rheumatism». А наш «ревматизм» за рубежом и в МКБ имел названия — «ревматическая лихорадка» (РЛ), «острая ревматическая лихорадка» (ОРЛ) и «хронические ревматические болезни сердца» (ХРБС). Неправильная терминология приводила к диагностической путанице и способствовала гипердиагностике «ревматизма», проблемы которого были не понятны зарубежными коллегам. Только с конца 90-х годов, после введения в России МКБ-10, направленного, в частности, на обеспечение межрегиональной и международной сопоставимости статистических данных о заболеваемости и причинах смерти населения, у нас повсеместно начали внедряться международные термины — «РЛ», «ОРЛ» и «ХРБС».

Этот процесс потребовал большой разъяснительной и образовательной работы среди ревматологов и врачей общей практики на местах, которую в те годы осуществляли в основном головной Институт ревматологии АМН СССР и главный внештатный ревматолог МЗ РСФСР акад. В.А. Насонова. Данной проблеме были посвящены рабочие совещания, конференции и многочисленные публикации в отечественных медицинских журналах. Завершением этой работы явилась коллективно подготовленная ведущими ревматологами России под руководством Института ревматологии «Классификация и номенклатура ревматической лихорадки», принятая в 2003 г. Конгрессом ревматологов России и включившая в себя формулировки критериев диагноза ОРЛ и ХРБС и современную терминологию [29]. К настоящему времени эта «перестройка» завершена, российские ревматологи говорят на одном языке друг с другом и с зарубежными коллегами. Темы наших научных разработок, посвященных не таинственному «ревматизму», а известным во всем мире РЛ, ОРЛ и ХРБС, стали понятны и интересны ревматологам других стран. Параллельно отмечена очень важная закономерность: за последние годы существенно снизились официальные показатели заболеваемости бывшим «ревматизмом», а теперь — ОРЛ и ХРБС среди населения РФ, что мы связываем также с совершенствованием и унификацией диагностики и правильной статистической регистрацией болезни в соответствии с терминологией и рубрикой МКБ-10.

Нам представляется, что подобную серьезную работу необходимо провести и в отношении термина «остеохондроз» (позвоночника), который не может отождествляться с той клинической картиной и тем каскадом патологических процессов, которые ему приписывают отечественные врачи.

Хотелось бы также отметить, что умозрительные утопические учения приносят вред медицине и больному, поскольку, создавая видимость научной обоснованности, тормозят развитие действительно продуктивных научных исследований. Ярким примером этого может служить отечественное изобретение — **учение об остеохондрозе** как причине не только всех болей в области позвоночника, но и

практически всех болевых синдромов в опорно-двигательной системе [5].

Осознавая всю меру ответственности за столь жесткую критику учения об остеохондрозе и, опосредова-

но, его приверженцев, авторы хотят напомнить известное высказывание Овидия: «Tempora mutantur et nos mutantur in illis — Времена меняются, и мы меняемся вместе с ними».

## ЛИТЕРАТУРА

1. Попелянский Я.Ю. Вертеброгенные заболевания нервной системы. Т.2, ч.1. Йошкар-Ола, 1983; 359 с.
2. Попелянский Я.Ю. Неврозы и остеохондрозы — самые распространенные мультифакториальные болезни человека. Вертеброневрология 1992; 2:22–6.
3. Профессор Яков Юрьевич Попелянский (К 80-летию со дня рождения). Неврол вестн 1998; 1–2.
4. Жулев Н.М., Бадзгардзе Ю.Д., Жулев С.Н. Остеохондроз позвоночника. Рук-во для врачей. СПб., 1999; 3–9.
5. Жарков П.Л., Жарков А.П., Бубновский С.М. «Поясничные» боли. М.: ОАО «Оригинал», 2001; 144.
6. Osteochondrosis. <http://en.wikipedia.org/wiki/Osteochondrosis>
7. Ytrehus B., Carlson C.S., Ekman S. Etiology and pathogenesis of osteochondrosis. Vet Pathol 2007; 44(4): 429–48.
8. Scheuermann's Disease-Orthogate-Improving orthopedic care, education and research with Internet technologies. <http://www.orthogate.org/patient-education/thoracic-spine/scheuermanns-disease.html>. Retrieved on 2008-11-17.
9. Эрдес Ш., Фоломеева О.М. Инвалидность взрослого населения России, обусловленная ревматическими заболеваниями. РМЖ, 2007; 15(26): 1946–50.
10. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотр (МКБ-10). ВОЗ 1995; 1(1): 643–98.
11. Неспецифическая боль в нижней части спины. Диагностика, лечение, предупреждение. Клин. рекоменд. М.: ООО «Комплекс Сервис», 2008; 3–70.
12. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. Eur Spine J 2006; 15(Suppl. 2): S169–S191. Chapter 3.
13. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. Eur Spine J. 2006; 15 (Suppl. 2): 192–S300. Chapter 4.
14. Chju R., Qaseem A., Snow V. et al. Diagnosis and treatment of low back pain. Am Int Med 2007; 147: 478–91.
15. Rowe L.J. Imaging of mechanical and degenerative syndromes of the lumbar spine. Clinical anatomy and management of low back pain. G.F. Giles, Oxford, Butterworth-Heinemann, 1997; 275–313.
16. Гэлли Р.Л., Спайт Д.У., Симон Р.В. Неотложная ортопедия. Позвоночник. М.: Медицина, 1995; 59–66.
17. Bratton R.L. Assessment and management of acute low back pain. Am Family Phys 1999; 60(8): 2299–308.
18. Федин А.И. Дорсопатии (классификация и диагностика) [www.zhuravlev.info/modules.php?name=News&file=article&sid=41](http://www.zhuravlev.info/modules.php?name=News&file=article&sid=41)
19. Фоломеева О.М., Амирджанова В.Н., Якушева Е.О. и др. Анализ структуры XIII класса болезней. Рос ревматол 1998; 1: 2–7.
20. Остеохондроз. Остеохондропатии. БМЭ, т.18. М.: Сов. энциклопедия, 1982; 46–59.
21. Ульрих Э.В., Мушкин А.Ю. Вертебрология в терминах, цифрах, рисунках. СПб.: Элби-СПб., 2005; 7–171.
22. Жарков П.Л. Остеохондроз и другие дистрофические изменения позвоночника у взрослых и детей. М.: Медицина, 1994.
23. Косинская Н.С. Дегенеративно-дистрофические поражения костно-суставного аппарата. Л.: Медгиз, 1961; 202 с.
24. Кузнецов И.Ф. Вертеброневрология. Клиника, диагностика, лечение заболеваний позвоночника. Минск: Книжный дом, 2004; 5–16.
25. Жарков П.Л., Жарков А.П., Бубновский С.М. Поясничные боли. М.: Юниартприм, 2000; 132 с.
26. Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины. Информационно-методическое письмо МЗ РФ, НИИ соц. гигиены, экономики и управл. здравоохранением им. Н.А. Семашко. М., 2002; 3–41.
27. Левит К., Вольф Т.Д. Замечания к терминологии вертебральных расстройств и нарушений функции опорно-двигательного аппарата. Вертеброневрология 1993; 1: 9–11.
28. Шостак Н.А. Дорсопатии — совершенствование терапевтических возможностей. Труд пациент 2006; 10: 30–36.
29. Насонова В.А., Кузьмина Н.Н., Белов Б.С. Современная классификация и номенклатура ревматической лихорадки. Клин мед 2004; 8: 61–6.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00—M99)

#### • Артриты (M00—M25)

Инфекционные артриты (M00—M03)

Воспалительные полиартриты (M05—M14)

Артрозы (M15—M19)

Другие поражения суставов (M20—M25)

#### • Системные поражения соединительной ткани (M30—M36)

#### • Дорсопатии (M40—M54)

Деформирующие дорсопатии (M40—M43)

Спондилопатии (M45—M49)

Другие дорсопатии (M50—M54)

#### • Болезни мягких тканей (M60—M79)

Болезни мышц (M60—M63)

Поражения синовиальных оболочек и сухожилий (M65—M68)

Другие болезни мягких тканей (M70—M79)

#### • Остеопатии и хондропатии (M80—M94)

Нарушения плотности и структуры кости (M80—M85)

Другие остеопатии (M86—M90)

Хондропатии (M91—M94)

#### • Другие нарушения костно-мышечной системы и соединительной ткани (M95—M99)

### M40 Кифоз и лордоз

M40.0 Кифоз позиционный

M40.1 Другие вторичные кифозы

M40.2 Другие и неуточненные кифозы

M40.3 Синдром прямой спины

M40.4 Другие лордозы

M40.5 Лордоз неуточненный

### M41 Сколиоз

M41.0 Инфантильный идиопатический сколиоз

M41.1 Юношеский идиопатический сколиоз

M41.2 Другие идиопатические сколиозы

M41.3 Торакогенный сколиоз

M41.4 Нервно-мышечный сколиоз

M41.5 Прочие вторичные сколиозы

M41.8 Другие формы сколиоза

M41.9 Сколиоз неуточненный

### M42 Остеохондроз позвоночника

M42.0 Юношеский остеохондроз позвоночника

M42.1 Остеохондроз позвоночника у взрослых

M42.9 Остеохондроз позвоночника неуточненный

### M43 Другие деформирующие дорсопатии

M43.0 Спондилолиз

- M43.1 Спондилолистез
- M43.2 Другие сращения позвоночного столба
- M43.3 Привычный атлантаоаксиальный подвывих с миелопатией
- M43.4 Другие привычные атлантаоаксиальные подвывихи
- M43.5 Другие привычные подвывихи позвонков
- M43.6 Кривошея
- M43.8 Другие уточненные деформирующие дорсопатии
- M43.9 Деформирующая дорсопатия неуточненная
- M45 Анкилозирующий спондилит**
- M45.9 Анкилозирующий спондилит
- M46 Другие воспалительные спондилопатии**
- M46.0 Энтезопатия позвоночника
- M46.1 Сакроилиит, не классифицированный в других рубриках
- M46.2 Остеомиелит позвонков
- M46.3 Инфекция межпозвонковых дисков (пиогенная)
- M46.4 Дисцит неуточненный
- M46.5 Другие инфекционные спондилопатии
- M46.8 Другие уточненные воспалительные спондилопатии
- M46.9 Воспалительные спондилопатии неуточненные
- M47 Спондилез**
- M47.0 Синдром сдавления передней спинальной или позвоночной артерии
- M47.1 Другие спондилезы с миелопатией
- M47.2 Другие спондилезы с радикулопатией
- M47.8 Другие спондилезы
- M47.9 Спондилез неуточненный
- M48 Другие спондилопатии**
- M48.0 Спинальный стеноз
- M48.1 Анкилозирующий гиперстоз Форестье
- M48.2 «Целующиеся» позвонки
- M48.3 Травматическая спондилопатия
- M48.4 Перелом позвоночника, связанный с перенапряжением
- M48.5 Разрушение позвонка, не классифицированное в других рубриках
- M48.8 Другие уточненные спондилопатии
- M48.9 Спондилопатия неуточненная
- M49 Спондилопатии при болезнях, классифицированных в других рубриках**
- M49.0 Туберкулез позвоночника
- M49.1 Бруцеллезный спондилит
- M49.2 Энтеробактериальный спондилит
- M49.3 Спондилопатия при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках
- M49.4 Нейропатическая спондилопатия
- M49.5 Разрушение позвоночника при болезнях, классифицированных в других рубриках
- M49.8 Спондилопатии при других болезнях, классифицированных в других рубриках
- M50 Поражения межпозвоночных дисков шейного отдела**
- M50.0 Поражение межпозвоночного диска шейного отдела с миелопатией
- M50.1 Поражение межпозвоночного диска шейного отдела с радикулопатией
- M50.2 Смещение межпозвоночного диска шейного отдела другого типа
- M50.3 Другая дегенерация межпозвоночного диска шейного отдела
- M50.8 Другие поражения межпозвоночного диска шейного отдела
- M50.9 Поражение межпозвоночного диска шейного отдела неуточненное
- M51 Поражения межпозвоночных дисков других отделов
- M51.0 Поражение межпозвоночного диска поясничного и других отделов с миелопатией
- M51.1 Поражение межпозвоночного диска поясничного и других отделов с радикулопатией
- M51.2 Другое уточненное смещение межпозвоночного диска
- M51.3 Другая уточненная дегенерация межпозвоночного диска
- M51.4 Узлы [грыжи] Шморля
- M51.8 Другое уточненное поражение межпозвоночного диска
- M51.9 Поражение межпозвоночного диска неуточненное
- M53 Другие дорсопатии, не классифицированные в других рубриках**
- M53.0 Шейно-черепной синдром
- M53.1 Шейно-плечевой синдром
- M53.2 Спинальная нестабильность
- M53.3 Крестцово-копчиковые нарушения, не классифицированные в других рубриках
- M53.8 Другие уточненные дорсопатии
- M53.9 Дорсопатия неуточненная
- M54 Дорсалгия**
- M54.0 Панникулит, поражающий шейный отдел и позвоночник
- M54.1 Радикулопатия
- M54.2 Цервикалгия
- M54.3 Ишиас
- M54.4 Люмбаго с ишиасом
- M54.5 Боль внизу спины
- M54.6 Боль в грудном отделе позвоночника
- M54.8 Другая дорсалгия
- M54.9 Дорсалгия неуточненная
- M91 Юношеский остеохондроз бедра и таза**
- M91.0 Юношеский остеохондроз таза
- M91.1 Юношеский остеохондроз головки бедренной кости [Легга—Калве—Пертеса]
- M91.2 Соха plana
- M91.3 Псевдококсалгия
- M91.8 Другие юношеские остеохондрозы бедра и таза
- M91.9 Юношеский остеохондроз бедра и таза неуточненный
- M92 Другие юношеские остеохондрозы**
- M92.0 Юношеский остеохондроз плечевой кости
- M92.1 Юношеский остеохондроз лучевой кости и локтевой кости
- M92.2 Юношеский остеохондроз кисти
- M92.3 Другой юношеский остеохондроз верхних конечностей
- M92.4 Юношеский остеохондроз надколенника
- M92.5 Юношеский остеохондроз большой и малой берцовых костей
- M92.6 Юношеский остеохондроз предплюсны
- M92.7 Юношеский остеохондроз плюсны
- M92.8 Другой уточненный юношеский остеохондроз
- M92.9 Юношеский остеохондроз неуточненный
- M93 Другие остеохондропатии**
- M93.0 Соскальзывание верхнего эпифиза бедренной кости (нетравматическое)
- M93.1 Болезнь Кинбека у взрослых
- M93.2 Рассекающий остеохондрит
- M93.8 Другие уточненные остеохондропатии
- M93.9 Остеохондропатия неуточненная
- M94 Другие поражения хрящей**
- M94.0 Синдром хрящевых реберных соединений [Титце]
- M94.1 Рецидивирующий полихондрит
- M94.2 Хондромалиция
- M94.3 Хондролит
- M94.8 Другие уточненные поражения хрящей
- M94.9 Поражение хряща неуточненное