

ТЕРМИНОЛОГИЯ В ВЕРТЕБРОЛОГИИ (ИСТОРИЧЕСКИЙ И ГНОСЕОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ)

Г.И. Назаренко, А.М.Черкашов

Медицинский центр Центрального банка Российской Федерации, Москва

Распространенность среди населения патологических процессов и состояний, проявляющихся болью в спине, достоверно увеличивается. Поскольку лечением таких заболеваний занимаются врачи разных специальностей, здесь до настоящего времени сохраняется терминологический разнобой. Авторами предпринята попытка анализа исторических и гносеологических корней терминологии, принятой в вертебурологии. Показано, что такой диагноз, как «остеохондроз», не несет достаточной информации, и это неизбежно сказывается на преемственности и качестве лечения данного контингента больных. Диагноз должен не только указывать на характер и локализацию патологического процесса, но и нацеливать врачей всех специальностей на выполнение определенных диагностических и лечебных программ (технологий). Предложена классификация, позволяющая детально охарактеризовать патологию позвоночного сегмента.

According to the literature data reliably increasing rate of pathologic processes and diseases manifesting by back pain is noted. Because such conditions are treated by physicians of different specialities there is not unity in the definition of these pathologic processes. The attempt to analyze historic and gnosiologic origin of vertebrologic terminology is undertaken. It is shown that such diagnosis as «osteochondrosis» possesses no constructive information and this causes the difficulty in management of patients. Authors suggest that the diagnosis must reflect the pattern and location of the pathologic process that ill help the physician to perform specific diagnostic and therapeutic programs. Classification which characterises the spine pathology in detail is given.

Боль в спине обоснованно считается приоритетной проблемой для врачей различных специальностей в наступающем XXI веке. Это объясняется как распространенностью патологических процессов и состояний, проявляющихся в первую очередь болью в спине, так и тем, что в общей структуре трудопотерь пациенты с болью в спине занимают первое место с большим отрывом от больных с другими видами патологии.

Исследования, проведенные Schmorl (1932), Schmorl и Junghanns [17], Hirsh [10], Coventry [7] и др., свидетельствуют о том, что дегенеративные изменения в межпозвонковых дисках имеются практически у всех взрослых людей. Изучение статистических сведений страховых компаний и пенсионного фонда Германии показало, что 50% пациентов обратились к врачу по поводу болей в позвоночнике, которые составили не менее 20% в общей структуре причин потери трудоспособности [19]. Wagenhauser [20] еще в 1969 г. провел серию исследований в Хирцеле (Швейцария) и установил, что 72,9% из всех пациентов, обратившихся за медицинской помощью, жаловались на боли в суставах и позвоночнике, причем последние составили львиную долю. По данным Национального центра статистики здоровья населения США [16], люди в возрасте до 45 лет чаще всего ограничивают свою активность из-за постоянной боли в позвоночнике. Патология позвоночника занимает пятое место среди причин

госпитализации и третье среди оснований для хирургического лечения. В США в период с 1972 по 1978 г. ежегодно лечилось около 650 тыс. человек с болями в спине, а в 1988 г. с этой патологией было госпитализировано 843 тыс. пациентов. По данным рандомизированных исследований, в Англии к концу XX века заболевания, проявляющиеся болями в спине, составили до 20% всех случаев заболеваний и обусловили свыше 50 млн дней нетрудоспособности в год [11].

Сказанное не оставляет сомнений в актуальности обсуждаемой проблемы. Одним из существенных препятствий в ее разработке является сохраняющийся до настоящего времени терминологический разнобой, который мешает врачам разных специальностей разговаривать на понятном для всех языке, значительно затрудняет интерпретацию клинических данных. Весьма красноречивые сведения представлены в отчете об исследовании питания и здоровья населения США (NHANES II) [9]: 58,6% больных с болями в поясничном отделе позвоночника обращаются за помощью к врачам общей практики, 36,9% — к ортопедам, 30,8% — к хиропрактикам, 13,8% — к остеопатам, 7,6% — к терапевтам, 2,5% — к ревматологам, при этом 84,6% больных — к врачам нескольких специальностей. Невольно приходит на ум сентенция: люди, говорящие на разных языках, так или иначе поймут друг друга, но если в одно и то же понятие вкладывается разный

смысл, то взаимопонимание почти исключено. В связи с этим проблема унификации и стандартизации терминологии в вертебрологии приобретает исключительную актуальность.

Цель данной работы — не только попытаться восполнить существующий здесь пробел, но и, возможно, привлечь научную общественность к дискуссии на эту тему. Считаем, что отправным пунктом в изучении проблемы терминологии в вертебрологии является анализ ее исторических и гносеологических корней.

Дегенеративные заболевания позвоночника появились вместе с человеком, вернее сказать, с прямоходящим человеком. Археологические находки подтверждают, что скелет Homo primigenius до наших дней изменился мало. Заболевания шейного и поясничного отделов позвоночника сегодня считаются «болезнью века», «болезнью цивилизации», и их широкую распространенность принято объяснять увеличением продолжительности жизни, нарастанием гиподинамии. Но наши предки также страдали ими.

Описание *ишиаса* как одного из наиболее частых заболеваний позвоночника обнаруживается в трудах известных авторов древности. Так, Гиппократ (460-377 гг. до н.э.) описывает «боль в бедре, крестце и ягодицах с иррадиацией в бедро». Используя им лечебные теплые ванны и компрессы применяются до настоящего времени. Галлен (130-200 гг. н.э.) пытался найти причины заболевания спины в образе жизни пациента. Он считал, что спина будет болеть у человека, злоупотребляющего вином, ведущего праздный образ жизни, склонного к сексуальным излишествам. В качестве профилактики он предлагал умеренность и воздержание, а в качестве лечения — очищение организма путем кровопусканий. Галлен описал мышечную систему как «единный комплексный орган движения» и продемонстрировал физиологическую взаимосвязь нервной и мышечной систем. Описывая физиологические и патологические состояния позвоночника, он впервые ввел такие термины, как *лордоз*, *кифоз*, *сколиоз*. Он же предложил активно исправлять деформации позвоночного столба. За то что Галлен лечил гладиаторов, его называли «первым спортивным медицинским специалистом».

Первое точное анатомическое описание дисков принадлежит Vesalius (1543). Термин *люмбаго* ввел Sydenham (1624-1689), который детально описал это состояние. Contugno (1736-1822) приобрел известность подробным описанием в книге «De Ischiade Commentarius» (1764) симптоматики и лечения *ишиаса*. Успех трактата был столь велик, что ишиас некоторое время называли болезнью Контуньо.

Необходимо отметить также исследователей, главной заслугой которых стало описание множества клинических симптомов заболеваний позвоночника. Bretschneider (1847) дал описание болезненных при пальпации точек по ходу седалищного нерва. Однако нам эти точки более известны по трудам Valleix (1852), чьим именем они и названы (*точки Валле*). Знаменитый Laseque в самом известном своем труде «Considerations sur la sciatique» также описывает клинику ишиаса, но впервые симптом натяжения седалищного нерва, названный позднее именем Laseque, описал его ученик Forst (1881). Интересно, что в англоязычной литературе нет *симптома Ласега*. Его аналог звучит как «straight leg raising». *Анталгический наклон туловища* как один из основных симптомов ишиаса впервые был описан в 1888 г. великим французским невропатологом Charcot. Luschka (1856) и Virchow (1857) впервые описали хрящевое образование, найденное в просвете позвоночного канала, и связали данную находку с неврологической патологией. Известные в свое время исследователи Krause и Oppenheim (1889), а позже и Goldthwait (1911) на основании клинических наблюдений и патологоанатомических находок пришли к важному выводу, что в патогенезе ишиаса ведущее значение имеет сдавление конского хвоста поврежденным межпозвоночным диском. Данное утверждение тем более ценно, что оно было сделано до внедрения контрастной рентгенографии спинномозгового канала поясничного отдела позвоночника с использованием воздуха (предложена в 1918 г. Dandy).

Большой вклад в изучение патологоанатомической картины дегенеративно-измененного позвоночника внес Schmorl, который описал костные выпячивания по краям позвонков, изменения в диске, деструкцию фиброзного кольца, а также смещение ткани диска в тело позвонка через дефекты в замыкательной пластинке (1928). И хотя сам ученый даже не пытался увязать полученные находки с клиникой, до настоящего времени известны такие патологические состояния, как *грыжа Шморля*, или *узелки Шморля*. Schmorl (1928), а позже Junghanns (1951) определили такую анатомическую и функциональную единицу позвоночника, как *позвоночный сегмент*, включающий межпозвоночный диск и смежные позвонки с соответствующим суставным и связочным аппаратом.

Нельзя не упомянуть и о работах великих анатомов, изучавших кровоснабжение спинного мозга. А. Haller (1754) убедительно показал, что спинной мозг питает в основном артериальная ветвь межреберной артерии, идущая с 9 грудным спинномозговым нервом слева. J. Mayer (1977) утверждал, что в кровоснабжении спинного мозга уча-

ствуется 6 несимметричных артерий, которые идут вместе со спинномозговыми нервами, а одна из них сопровождает корешок конского хвоста. А. Adamkiewicz (1882) из нескольких крупных ветвей межреберных артерий (от 3 до 13), несущих кровь к спинному мозгу, выделил наиболее крупную и назвал ее *большой спинальной артерией* — сейчас она более известна как *артерия Адамкевича*.

Начало эры хирургического лечения выпадения дисков в поясничном отделе можно справедливо связать с появлением публикаций Alajouanine (1928) и Petit-Dutallis (1930), хотя во многих работах имеются ссылки на то, что впервые *ламинэктомию* при переломах задних элементов позвонка со сдавлением спинного мозга предложил греческий врач Павел Эгинский (625–690 гг. н. э.). Veraguth (1929), Elsberg (1931), Mixter и Barr (1934) были уточнены клиническая симптоматика, вид *протрузий* межпозвонковых дисков, а также предложены методы оперативного вмешательства и дана оценка их эффективности. С тех пор техника операций принципиально не изменилась. Из наиболее оригинальных методов лечения можно отметить предложенное L. Smith (1964) введение в диск протеолитического фермента папаина (*хемонуклеолиз*, или *нуклеолизис*). Hijkata (1975) предложил удалять центральную часть межпозвонкового диска через паравертебральный пункционный доступ (*чрескожная дискэктомия*). В 1986 г. D.S.J. Chou, P.W. Ascher сообщили об экспериментальном и клиническом применении медицинского лазера для выпаривания пульпозного ядра у пациентов с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника (*чрескожная лазерная дискэктомия*, или *чрескожная лазерная декомпрессия диска*).

По мере развития вертебологии, неврологии, нейрохирургии появлялись новые термины для обозначения тех или иных патологических процессов, которые нередко дублировали друг друга. В результате в настоящее время один и тот же патологический процесс может выступать под разными диагнозами.

Дегенеративные заболевания позвоночника принято называть дискогенными, подчеркивая ведущую роль в патологическом процессе межпозвонкового диска и не всегда характеризуя при этом состояние тел позвонков, их задних элементов, суставного, связочного и мышечного аппарата.

Эволюция представлений о патологических процессах в позвоночном сегменте отражается в многообразии терминологических вариантов. Сначала выступающую в спинномозговой канал часть диска, вызывающую сдавление нервов, принимали за хрящевую опухоль и называли *экстрадуральной хондромой* (Steinke, 1918; Adson и Ott,

1922; Elsberg, 1928). Bradford, Spurling ввели термин *протрузия диска* для обозначения выпячивания элементов пульпозного ядра в позвоночный канал без повреждения межпозвонкового диска. Lindemann и Kuhlendahl (1953), исследуя препараты удаленных частей диска, обнаружили, что они содержат ткань пульпозного ядра, а также другие части диска, включая хрящевые фрагменты замыкательных пластинок. На основании этого они пришли к выводу, что в выпячивании участвует весь диск. В настоящее время термином *протрузия* принято обозначать смещение диска в заднем направлении без повреждения наружного фиброзного кольца. Ситуацию, когда происходит разрыв фиброзного кольца и задней продольной связки с выходом тканей диска в заднее или заднебоковое эпидуральное пространство, обозначают как *пролапс* (*экструзия*). Термин *грыжа диска* нельзя признать удачным, так как он не уточняет характер патологического процесса в позвоночном сегменте. К тому же *грыжей* называют патологические выпячивания в брюшной полости и диафрагме, причем, в отличие от выступающей части диска, содержащее паховых, бедренных, диафрагмальных и других грыж покрыто несколькими добавочными слоями тканей.

Необходимо упомянуть и такой термин, как *секвестр диска*, которым обозначают отделение фрагмента ткани от межпозвонкового диска. Этим термином широко пользуются специалисты по лучевым методам исследования. Секвестрирование диска может сочетаться с разрывом задней продольной связки и выходом тканей диска в эпидуральное пространство, и тогда контрастная миелография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография могут объективно визуализировать данное состояние. Важно, что в тех случаях, когда секвестрирование ткани межпозвонкового диска произошло, а разрыв задней продольной связки еще не наступил, достоверно диагностировать этот процесс можно только во время операции.

Дегенеративные изменения, вследствие которых происходят разрывы в соединительнотканых элементах позвоночного сегмента, Schmorl и Junghanns [17] назвали *межпозвонковым хондрозом*. Сам термин предполагает наличие патологических изменений и в хрящевой ткани. Более корректным нам представляется термин *дискоз*, который включает все, в том числе биохимические и биомеханические изменения диска, являющиеся частью дегенеративного процесса в позвоночном сегменте. Наличие дегенеративных процессов в диске (дискоз) еще не означает наличия болезни, но является платформой для развития патологических процессов. Если в дегене-

ративно-перестроечный процесс вовлекаются прилегающие края замыкательных пластинок позвонков, то речь идет об *остеохондрозе* — термин введен Schmorl для обозначения этих (и только этих) изменений. Такой рентгенологический признак, как *спондилез*, является маркером поражения позвоночного сегмента. Он характеризуется наличием остеофитов в области прикрепления передней продольной связки к телу позвонка при уменьшении высоты межпозвонкового промежутка. Задняя продольная связка прикрепляется к фиброзному кольцу, поэтому в данной области остеофиты обнаруживаются редко.

Таким образом, термины *остеохондроз* и *спондилез*, так часто встречающиеся в качестве диагнозов, по сути отражают лишь анатомическую перестройку в позвоночном сегменте, которую можно обнаружить практически у всех пожилых людей, даже у тех, у кого никогда не было никаких клинических симптомов заболевания позвоночника. При определенных условиях по не установленным точно причинам происходит преждевременная трансформация тканей позвоночного сегмента, приводящая к анатомической декомпозиции межпозвонкового диска. Поэтому говорить о заболевании позвоночного сегмента на основании наличия дегенеративных изменений следует только тогда, когда эти изменения влекут за собой появление боли и нарушение функции. Это безальтернативный подход в рамках классической теории общей патологии — основы медицинских знаний.

Воспалительные процессы, протекающие в диске, принято называть *дисцитом*. При поражении инфекционным процессом костной ткани тела позвонка применяют термин *спондилит*. Можно было бы сочетание воспаления диска и тела позвонка (что встречается нередко) называть *спондилодисцитом*, однако на практике этот термин не прижился, вместо него широко используется как диагноз *спондилит*.

Термины *шейный*, *грудной*, *поясничный болевой синдром* неточны. Они отражают только локализацию единственного симптома — боли, являющегося лишь частью одного из возможных синдромов, например, корешкового. По существу это лишь указание на локализацию имеющейся боли. Вместе с тем, под *люмбаго* (формально — боль в пояснице) понимают только одну острую форму локального болевого поясничного синдрома. *Люмбаго* — медицинский термин, означающий сильную боль в поясничной области, связанную с движением и часто характеризующуюся вынужденным положением тела (этот термин используется также в ветеринарии для описания временного, продолжительностью 12-14 ч, спазма мышц у лошадей).

Исключительно продуктивным представляется применение посиндромного подхода в вертебурологии. При формировании диагноза целесообразно фиксировать заболевание собственно позвоночного сегмента лишь как базовую составляющую диагноза. К локальным синдромам относятся симптомокомплексы, строго определенные топически, характерные для каждого сегмента позвоночника.

Корешковый (радикулярный) синдром бывает первичным (при инфекционном, травматическом поражении нерва), а также вторичным — при компрессии нерва элементами позвоночного сегмента (компрессионный корешковый синдром). Необходимо заметить, что компрессию нерва может вызывать не только протрузия диска (*диск-радикулярный конфликт*), но и остеофит, исходящий из замыкательной пластинки позвонка или суставного отростка, утолщенная желтая или задняя продольная связка, травматическая деформация суставных отростков и т.п. Характеризуя корешковый синдром, необходимо указать сторону поражения (правосторонний, левосторонний), уровень поражения (шейный, грудной, поясничный, пояснично-крестцовый) и желателен — пораженный нерв (например, L5, S1 и т.д.). Подчеркнем, что не всякая корешковая боль, иррадиирующая в ноги, называется ишиасом. *Ишиас* — это клинические проявления раздражения корешков, составляющих седалищный нерв (т.е. L4, L5, S1–S3).

Формулировка диагноза при заболевании позвоночника не отличается сложностью, но обязательно должна быть корректной. Такой диагноз, как «остеохондроз» того или иного отдела позвоночника, стал настолько тривиальным, что мало кто из врачей задумывается над содержанием этого термина. Очевидно, что он абсолютно неконструктивен. Выше уже отмечалось, что Schmorl назвал «остеохондрозом» описанные им дегенеративно-дистрофические изменения в замыкательных пластинках позвонков. В 1984 г. Г.С. Юмашев, М.Е. Фурман определили остеохондроз как «наиболее тяжелую форму дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника, в основе которого лежит дегенерация диска с последующим вовлечением тел смежных позвонков, межпозвонковых суставов и связочного аппарата» [2]. Таким образом, толкование этого термина стало намного шире изначального. Видимо, поэтому пациентам с болями в позвоночнике чаще всего ставят диагноз «остеохондроз шейного (грудного и поясничного) отдела позвоночника», который сам по себе мало информативен. В итоге некорректное использование терминов неизбежно сказывается на ответственности и качестве лечения.

Существует множество классификаций вертеброгенных заболеваний нервной системы [1, 3–6, 8,

Примеры диагноза

Диспластический левосторонний поясничный сколиоз II степени, дискоз L3-4, L4-5, L5-S1. Стабильная форма. Срединно-боковая протрузия диска L5-S1. Мышечно-тонический синдром поясничной области. Левосторонний S1 компрессионно-корешковый синдром. Стадия обострения. Острое течение.

Дискоз L4-5, L5-S1. Центральный позвоночный стеноз L4-5. Нестабильность сегмента L4-5. Правосторонний компрессионно-корешковый синдром L5. Стадия неполной ремиссии. Хроническое течение.

Спондилолизный спондилолистез L4 III степени, стабильная форма. Дискоз L3-4, L4-5. Боковая протрузия диска L3-4. Нестабильность сегмента L3-4. Синдром радикулоишемии L5. Стадия обострения. Острое течение.

Дискоз C4-5, C5-6. Боковая протрузия диска C5-6. Спондилоартроз C4-5, C5-6. Унковертебральный артроз сегмента C5-6. Функциональный блок сегмента C4-5-6. Компрессионно-корешковый синдром C6. Синдром позвоночной артерии. Стадия обострения. Острое течение.

Патологический грудной кифоз (следствие болезни Шейермана-Мау). Дискоз T6-10. Спондилоартроз T6-12. Артроз реберно-поперечных суставов T7-10. Стабильная форма. Мышечно-тонический синдром грудного отдела. Стадия полной ремиссии. Хроническое течение.

12-15, 18]. В большинстве из них делается акцент либо на неврологические проявления патологического процесса, либо на морфологические изменения в позвонках, дисках, что не позволяет сформулировать корректный диагноз с учетом патогенеза и клинических проявлений заболевания. Нам представляется, что классификация должна быть построена таким образом, чтобы на ее основе можно было детально охарактеризовать патологию позвоночного сегмента. Это ключевой момент в диагностике причины возникновения болевого синдрома, и следовательно, сформулированный таким образом диагноз является ключом к качественному лечению. По нашему мнению, в диагнозе должны быть учтены в комплексе морфологические, функциональные и клинические (патофизиологические) проявления патологического процесса, его стадия и локализация (см. представленные ниже рисунки и классификационную схему).

Построенный подобным образом диагноз предполагает определенную диагностическую программу, по выполнению которой можно установить причину клинических проявлений. Термин «остеохондроз» допустимо применять для описания дегенеративного процесса, захватывающего полностью один или несколько отделов позвоночника.

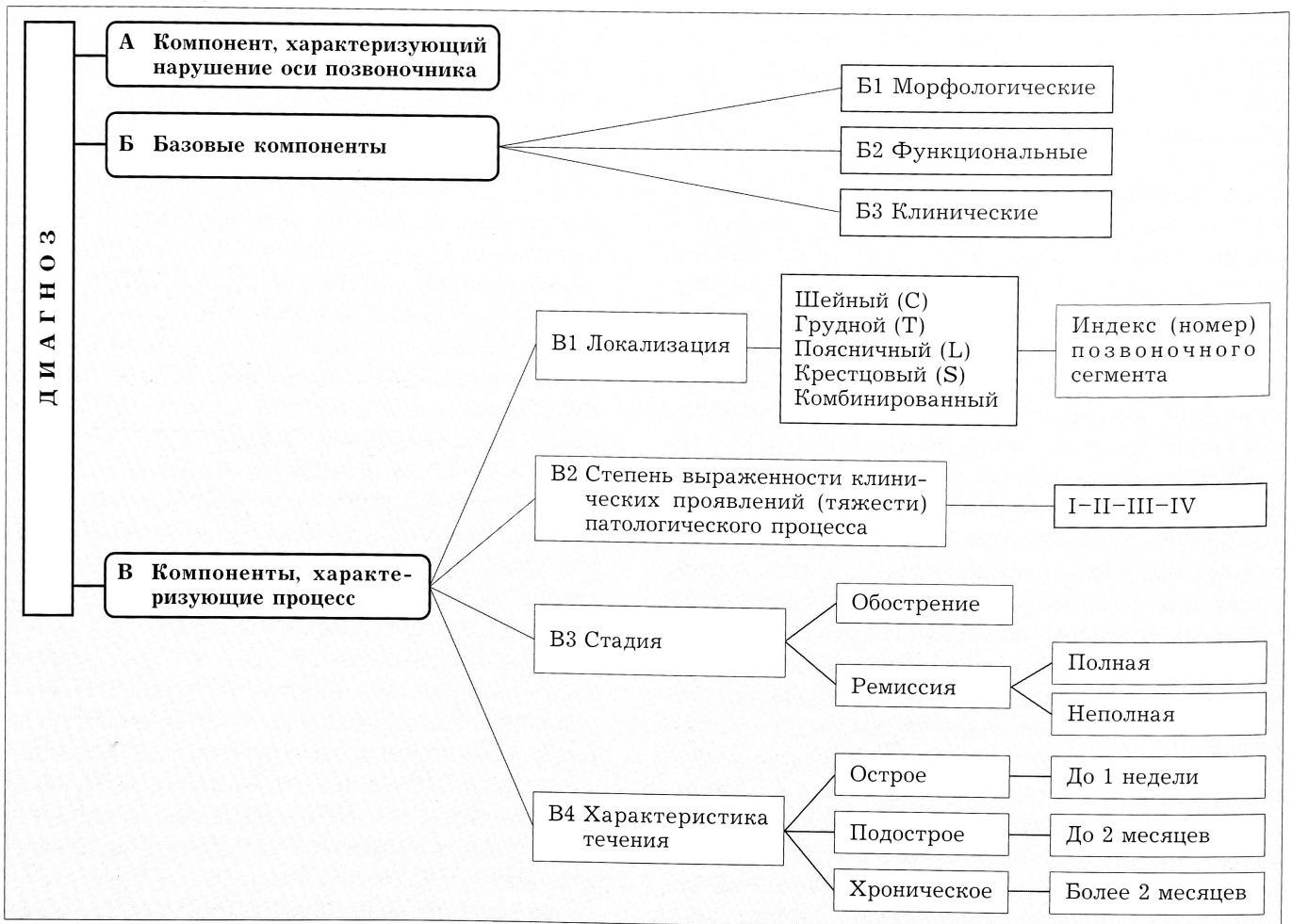


Рис. Структурно-логическая компоновка классификационной схемы заболеваний позвоночных сегментов.

Классификационная схема заболеваний позвоночного сегмента

А. Интегральная осевая характеристика позвоночника			
Процесс	Локализация	Тяжесть процесса	Клиническая форма
1. Сколиоз	См. В1*	См. В2*	Диспластический Врожденный Нейрогенный Другие
2. Патологический кифоз	См. В1*	—	Врожденный: болезнь Шейермана, полупозвонок, конкреценция и др. Приобретенный: деструкции позвонков (воспалительная, опухолевая, травматическая и др.)
3. Спондилолистез	См. В1* Передний (антелистез) Задний (ретролистез) Боковой (латеролистез)	См. В2*	Травматический Спондилолизный Дистрофический Диспластический
Б1. Патоморфологический компонент			
Процесс	Локализация		
1. Дискоз	См. В1*		
2. Протрузия, пролапс, секвестрация диска	См. В1*		
3. Стеноз позвоночного канала	См. В1* Латеральный стеноз Центральный стеноз		
4. Оссификация связок позвоночного сегмента (спондилез, болезнь Бострупа и др.)	См. В1*		
5. Спондилоартроз	См. В1*		
6. Дисплазия, аномалия развития	См. В1*		
7. Сакроилеит	См. В1*		
8. Спондилит, дисцит	См. В1*		
9. Неопластический процесс	См. В1* Тело позвонка Задние элементы позвонка Невральные структуры		
Б2. Функциональный компонент			
1. Стабильность сегмента	Смещение смежных позвонков при максимальном сгибании — разгибании до 4 мм		
2. Нестабильность сегмента	Смещение смежными позвонков при максимальном сгибании — разгибании более 4 мм		
3. Функциональный блок	Отсутствие смещения смежных позвонков при максимальном сгибании и разгибании во всех плоскостях		
Б3. Клинический компонент			
1. Корешковые синдромы	Первичный корешковый синдром	Локализация — см. В1	Первичное поражение корешка — опухоль, инфекционный процесс (радикулит, радикулопатия и др.)
	Компрессионно-корешковый синдром (компрессия корешка)	Локализация — см. В1	Компрессия корешка элементами диска, костными структурами и т.п.
2. Рефлекторные синдромы (отсутствие макроанатомических изменений, пусковой механизм опосредован через рецепторы различных структур позвоночного сегмента)	Мышечно-тонические синдромы (рефлекторная реакция, проявляющаяся мышечным дефансом)		Передней лестничной мышцы Средней лестничной мышцы Грушевидной мышцы Приводящих мышц плеча Подвздошной мышцы Поясничной мышцы Мышц тазового дна Камбаловидной мышцы (стеносолия) Мышечное напряжение при хронической или острой люмбагии
	Мышечно-контрактурные синдромы (изменение амплитуды движения) Дистрофические синдромы (нейроостеофиброз) — фиброзные и мышечные ткани утрачивают эластичность. Проявляется болезненностью при растяжении мышц. Условие возникновения — микротравмы в проекции заинтересованного позвоночного сегмента		Эпикондилезы Метатарзалгия
Критерии: — ограничение объема движений — укорочение движений	Нейрососудистые рефлекторные вертеброгенные синдромы. Проявляются изменением температуры, цвета кожных покровов, потоотделения и т.п. в проекции заинтересованного позвоночного сегмента		Синдром плечо—кисть Подгрушевидный синдром перемежающейся хромоты Синдром позвоночной артерии

Классификационная схема заболеваний позвоночного сегмента (продолжение)

3. Сосудистые синдромы	Радикулоишемия Радикуломиелоишемия	Артериальная Венозная	Преходящая Стойкая (острая, хроническая)
	Синдромы поражения участков поперечного среза спинного мозга		Синдром переднего рога Синдром заднего рога Синдром передней серой спайки Синдром бокового рога Синдром задних канатиков Синдром бокового канатика Синдром поражения половины поперечника спинного мозга (Брун-Секара) Синдром полного поражения спинного мозга
4. Спинальные синдромы	Синдромы поражения спинного мозга на протяжении		Синдром поражения верхних шейных сегментов Синдром поражения шейного утолщения Синдром поражения грудных сегментов Синдром поражения поясничного утолщения Синдром поражения эпиконуса спинного мозга Синдром поражения конуса спинного мозга Синдром поражения вентральной половины поясничного утолщения (Станиловского—Танона) Синдром поражения дорсальной части поперечного среза спинного мозга (Уиллиамсона) Синдром бокового амиотрофического склероза

* Ссылка на соответствующую позицию на рисунке.

В журнальной статье невозможно охватить трактовку всех терминов, используемых в вертебрологии, неврологии, нейрохирургии для описания патологических состояний позвоночника. Мы не ставили перед собой задачу вмешаться в существующую номенклатуру заболеваний. Просто нам представляется важным, чтобы практикующий врач понимал природу возникновения и содержание общеупотребительных в настоящее время терминов. Тогда станет очевидным, что, например, словосочетание «грыжа Шморля» применимо лишь для описания рентгенологических находок. Квалифицированный врач, имеющий возможность пользоваться данными современных высокотехнологичных методов исследования, должен понимать, что «остеохондроз» не является эквивалентом каких-либо клинических проявлений. Диагноз должен не только указывать на характер и локализацию патологического процесса, но и нацеливать врачей всех специальностей на выполнение определенных диагностических и лечебных программ (технологий). Только при этом условии возможно радикальное повышение качества оказания медицинской помощи.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Антонов И.П. Клиническая классификация заболеваний периферической нервной системы: Метод. рекомендации. — М., 1987.
2. Юмашев Г.С., Фурман М.Е. Остеохондрозы позвоночника. — М., 1984. — С. 26.
3. Bernard T.N., Kirkaldy-Willis W.H. //Clin. Orthop. — 1987. — N 217. — P. 266-280.

4. Binkley J.M., Finch E., Hall J. et al. //Phys. Ther. — 1993. — Vol. 73, N 3. — P. 138-150.
5. Coste J., Paolaggi J.B., Spira A. //Spine. — 1992. — Vol. 17, N 9. — P. 1038-1042.
6. Coste J., Paolaggi J.B., Spira A. //Spine. — 1992. — Vol. 17, N 9. — P. 1028-1037.
7. Coventry M. //J. Bone Jt Surg. — 1968. — Vol.50, N 1. — P. 167-169.
8. Delitto A., Erhard R.E., Bowling R.W. //Phys. Ther. — 1995. — Vol. 75, N 6. — P. 470-489.
9. Deyo R.A., Tsui-Wu Y-J. //Spine. — 1987. — Vol. 12, N 3. — P. 264-268.
10. Hirsh C. Pathologie und Mechanik der aseptischen Zwischenwirbelkrankheiten. — Stuttgart, 1960. — S. 38-46.
11. Macfarlane G.J., Thomas E., Papageorgiou A.C. et al. //Spine. — 1997. — Vol. 22, N 10. — P. 1143-1149.
12. Marras W.S., Parnianpour M., Ferguson S.A. et al. //Spine. — 1995. — Vol. 20, N 23. — P. 2531-2546.
13. McKenzie R.A. The lumbar spine: mechanical diagnosis and therapy. — Waikanae (New Zealand), 1981. — P. 158-166.
14. Mooney V. //Ann Med. — 1989. — Vol. 21, N 5. — P. 321-325.
15. Moffroid M.T., Haugh L.D., Henry S.M., Short B. //Spine. — 1994. — Vol. 19, N 12. — P. 1350-1358.
16. National Center for Health Statistics: Surgical operations in short stay hospitals, United States, 1978. USA, 1982. — Series 1, N 61.
17. Schmorl G., Junghanns H. Die gesunde und die kranke Wirbelsäule in Röntgenbild und Klinik. — Stuttgart, 1968. — S. 134.
18. Sikorski J.M. //Spine. — 1985. — Vol. 10, N 6. — P. 571-579.
19. Statistisches Jahrbuch Nordrhein-Westfalen 1975: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen. — Düsseldorf, 1975.
20. Wagenhauser F.J. Die Rheumamorbidity. — Bern, 1969.