

ПОИСК ПО НАУЧНЫМ САЙТАМ РУНЕТА с 2020 г.

«Мудрость современной медицины» в России не отменяется umedr.ru

Свыше 40 лет боль в спине в России считалась неврологическим заболеванием - «остеохондроз позвоночника» и ортопеды давно не занимались амбулаторной мышечно-скелетной болью в спине. **Хотя в настоящее время существенные изменения есть!**

Многое сделано для устранения безграмотного «теоретического» наследия Я.Ю. Попелянского - «неврологические проявления остеохондроза позвоночника» dorsalgia.ru. Доктор Мясников «порвал в клочья мифы о грыже и остеохондрозе». smotrim.ru Необходимо также разъяснять медикам, что в МКБ-11 «Остеохондроз или остеохондрит dissecans» FB82.1 это ортопедическое заболевание - отрыв небольшой участок хряща со смещением его в полость сустава. icd11.ru

Изучаем клинику "Тийе Бари". Лечение позвоночника, суставов. Многопрофильный лечебно-диагностический центр. Израиль. Беер-Шева. guf.co.il

«Сведения об анатомии и болезнях позвоночника Вы можете найти во множестве сайтов в интернете. Большинство из них обосновывают теорию "Остеохондроза", автором которого является Я.Ю. Попелянский, анатомическими особенностями позвоночника. К сожалению, Израиль не является исключением, и в Израиле теория "остеохондроза позвоночника" находит своих сторонников. Нашей целью является разоблачить теорию "Остеохондроза" как необоснованную. **Наиболее ярко критику данной теории представил профессор Жарков.»** Спасибо, коллеги, за поддержку в научно-практической работе - Л.А. Богачева, dorsalgia.ru.

Главный научный сотрудник Российского научного центра рентгено-радиологии, доктор. мед. наук, профессор П.Л. Жарков
Я.Ю. Попелянский является основоположником учения об остеохондрозе позвоночника как причине множества болей в области туловища и конечностей. В дальнейшем это учение он назвал вертеброневрологией (или ортопедической неврологией), которую и представил в наиболее полном виде в данной монографии. На этой «теории» воспитывается уже несколько поколений врачей различных специальностей – неврологов, ортопедов, ревматологов, терапевтов, хирургов, рентгенологов.
Однако, всё это учение («теория») настолько спорно, что делает актуальным обсуждение как отдельных его положений, так и «теории остеохондроза» в целом. Самым крупным недостатком учения является то, что оно основано не на твёрдой почве профессиональной, научной нормальной и патологической анатомии, а на умозрительных представлениях самого автора и других невроло-

гов об анатомических и патологоанатомических объектах. В этом легко убедиться, сравнив анатомические представления автора с профессиональными анатомическими руководствами.

Поэтому проблема остеохондроза позвоночника, к сожалению, остаётся актуальной. В руководстве полностью отсутствуют анатомические сведения и иллюстрации из профессиональной, научной анатомии. Вместо них представлены авторские «анатомические» схемы и схемы из неврологических руководств, отражающие представления автора об анатомии разбираемых структур, а не реальную анатомию. Спинномозговые нервы в межпозвонковых отверстиях автор называет корешками, тогда как корешков спинномозговых нервов за пределами спинномозгового канала («дурального мешка») нет.

Автор утверждает, что сдавление этих «корешков» грыжами дисков и остеохондрозными остеофитами и приводит к «корешковым» болевым синдромам. Однако, во-первых, такого сдавления не может быть по чисто анатомической причине, поскольку спинномозговой нерв выходит через верхнюю половину межпозвонкового отверстия, непосредственно из-под дуги вышележащего позвонка, а межпозвонковый диск и остеофиты располагаются на уровне нижней трети межпозвонкового отверстия, и, во-вторых, сдавление нервов сопровождается не болями, а выпадением двигательных и чувствительных функций.

Именно такая симптоматика (ощущение «мурашек» в руках, онемение пальцев, нарушение всех видов чувствительности, двигательные нарушения) встречаются при остеохондрозе спондилоартрозе и даже без всякой патологии в шейном отделе позвоночника, где, в силу анатомических особенностей этого отдела, остеофиты и гиперплазированные диски при определённых движениях, особенно при неправильной позе во сне, действительно могут привести к сдавлению спинномозговых нервов в межпозвонковых отверстиях. В грудном же и поясничном отделах такой ситуации не бывает.

Спинномозговые нервы не могут быть сдавлены и внутри позвоночного канала на всех уровнях, так как они нигде не проходят мимо межпозвонковых дисков. В этом легко убедиться, рассматривая современные анатомические фотоатласы. Кроме того, весь спинномозговой канал («дуральный мешок») и спинномозговые нервы легко смещаются в рыхлой клетчатке позвоночного канала, а корешки внутри «дурального мешка» ещё легче перемещаются в спинномозговой жидкости. То есть отдельные корешки и в спинномозговом канале сдавлены быть не могут. Могут быть сдавлены только все корешки в массе, когда передавливается весь «дуральный мешок», что бывает при тяжёлых переломах поясничных позвонков со смещением отломков в позвоночный канал, опухолях и абсцессах внутри позвоночного канала. Такое сдавление называется «синдромом конского хвоста» и сопровождается не болями, а выпадением двигательных и чувствительных функций нижних конечностей и тазовых органов. В монографии практически отсутствуют рентгенограммы, тогда как все дистрофические изменения позвоночника (хондроз, остеохондроз, спондилоартроз, спондилоз, фиксирующий гиперостоз Форестье) прижизненно можно диагностировать только рентгенологически или случайно угадать, подтвердив догадку рентгенографическими находками.

В книге вместо рентгенограмм – небрежные рисованные схемы, не отражающие объективной реальности или отражающие её абсолютно неправильно. Грыжи дисков автор относит к остеохондрозу, тем самым, якобы, устраняя противоречия в «теориях» «остеохондрозных» и «дискогенных» болейприроду которых «западные» авторы объясняют грыжами дисков. Такое объединение недопустимо, поскольку это совершенно разные нозологические формы, имеющие чёткие патоморфологические различия. Говоря о «деформирующем спондилозе», автор, по-видимому, имеет в виду фиксирующий гипертостоз Форестье, Об этом трудно судить, поскольку ни одна из нозологических форм не сопровождается иллюстрацией. По поводу путаной и неграмотной терминологии, а также анатомических неточностей мы уже неоднократно говорили как в печати, так и в личных беседах с автором.

Однако в новой монографии, к сожалению, ничего не изменилось. Так по всему тексту фигурируют термины: «дистрофия», «дегенерация», «дегенеративно-дистрофические» изменения и поражения. Читатель не может понять подразумевает автор под всеми этими терминами один и тот же или разные процессы. Реально позвоночный столб в процессе старения претерпевает только одни изменения – дистрофические. Остальные термины из научной патологической анатомии исключены ещё в 50- 60-е годы. Блестяще клинически выявив и описав 41 болевую точку, в основном, у мест прикрепления сухожилий мышц к костям, автор из работы в работу настойчиво и непонятно почему называет эти точки нейроостеофиброзом, хотя в переводе с патологоанатомического языка это означает замещение нервной и костной ткани фиброзной тканью, чего в природе не бывает.

Именно эти точки, насыщенные болевыми рецепторами, и являются локализацией патологии. Они и обуславливают клиническую картину так называемых периартрозов, периартритов, эпикондилитов, пяточных шпор, прострелов, поясничных болей, болей в нижней части спины, межлопаточных, шейных и прочих болей. И нет никаких оснований возлагать вину за эти боли на ни в чём не повинный позвоночник. В профессиональной медицинской литературе эта патология сухожилий, мышц, связок, фасций носит название миофасциальных болевых синдромов.

Приписывание этих болей остеохондрозу и грыжам дисков ведёт к длительному и малорезультативному лекарственному лечению, совершенно неоправданным хирургическим вмешательствам и лавинообразному росту количества инвалидов, тогда как целенаправленная физическая и двигательная терапия (кинезитерапия) позволяют в кратчайшие сроки добиться полного излечения. Автор почему-то пользуется не современной парижской, а старой, давно отменённой – базельской анатомической номенклатурой. Книга перегружена массой сведений, совершенно не нужных ни для диагностики, ни для лечения, ни для понимания сущности разбираемых процессов. В целом монография отражает не объективную клиническую, анатомическую и патоморфологическую реальность разбираемой патологии, а умозрительные, нечёткие представления автора об этой реальности.

Всё это, вместе с путанной, неграмотно или устаревшей анатомической и патоморфологической терминологией может лишь окончательно запутать читателя. Поэтому монография не может и не должна служить руководством для врачей. В любой науке всем «теоретикам» желательно знать и постоянно помнить заветное И.П. Павлова: «Никогда не пытайтесь прикрыть недостатки своих знаний хоть бы и самыми смелыми догадками и гипотезами. Как бы ни тешил ваш взор своими переливами этот мыльный пузырь – он неизбежно лопнет, и ничего, кроме конфуза, у вас не останется». «Факты – это воздух учёного. Без них ваши «теории» -- пустые потуги».

В связи с вышеизложенным не мешает высказать соображения относительно преподавания курса нормальной анатомии. Практика показывает, что не только выпускники ВУЗов, но и состоявшиеся врачи и даже профессура не знают анатомии той области медицины, в которой они специализированы. В преподавании анатомии следует сосредоточить внимание на тех анатомических структурах и особенностях строения, которые имеют клиническое значение, а не забивать голову названиями тысяч борозд, бугорков, вырезок, отростков, функция которых совершенно не понятна.

Здоровая психика немедленно после экзамена стремится избавиться от этих мусорных знаний. После выбора специальности врач должен пополнить свои знания детальной анатомической конкретикой. Недостаток знаний клинической анатомии ведёт не только к диагностическим и лечебным ошибкам, но и, как мы видим, к созданию «теорий», узаконивающих эти ошибки. По-видимому, не далеко то время, когда пациенты научатся привлекать врачей к ответственности за их ошибки. Не мешало бы одновременно привлекать к ответственности и тех, кто их учил. Такая мера могла бы поубавить и стремление поставить оценку знаний обучаемого на «рыночную» основу. Рецензент сознаёт всю меру моральной и юридической ответственности за столь жёсткую критику монографии Я.Ю. Попелянского, прибегнуть к которой заставило осознание того вреда, какой наносят медицинской науке и практике подобного рода умозрительные учения и «теории».

Ахмадов Т.З.

Заслуженный врач России, Отличник здравоохранения России
Организационно-методические и методологические аспекты остеохондроза позвоночника, или существует ли кризис в вертеброневрологии?
 Медицинский вестник Чеченской Республики, научно-просветительская газета, **05 апреля 2011**

Заболевания периферической нервной системы (ПНС) занимали и занимают среди нервных болезней первое место по распространенности и количеству дней нетрудоспособности, что наносит стране огромный экономический ущерб. В США боли в спине являются второй по частоте причиной потери трудоспособности после острых респираторных заболеваний и тратят по этой причине не менее 50 млрд. долларов в год. Наиболее частой причиной забо-

леваний ПНС оказываются дегенеративно-дистрофические нарушения позвоночника в основном остеохондроз.

Со времени описания ишиаса неаполитанским врачом Д.Котуньо (1764) на протяжении двух столетий существовали разные концепции заболеваний ПНС, и они соответствовали достижениям науки и практики своего времени. С середины XX в. устойчивое место заняла вертеброгенная (дискогенная) теория возникновения группы заболеваний ПНС. В 80-е годы Казанской школе вертеброневрологов (Я.Ю.Попелянский, В.П.Веселовский, Ф.А.Хабиров) был придан статус Всероссийского центра по изучению вертеброгенных заболеваний нервной системы (ВЗНС).

Проблеме остеохондроза позвоночника и его неврологическим проявлениям посвящено неисчислимое количество работ, проведены сотни научных форумов разного уровня, где рассматривался только этот вопрос. Основоположителем остеохондроза по праву считается патоморфолог G.Schmorl (1932), который выделил «позвоночный двигательный сегмент» – основную функциональную единицу позвоночника, и на основании исследования 4000 распилов позвоночника выделил пять самостоятельных морфологических форм дегенеративно-дистрофических нарушений: хрящевые узлы тел позвонков и дисков, хондроз, остеохондроз, спондилоз, спондилоартроз. Приведенная классификация дистрофического поражения позвоночника сыграла огромную роль и способствовала многим успехам в изучении проблемы неврологических проявлений вертебральной патологии.

Неврологические проявления остеохондроза позвоночника (НПОП), как объект отдельной медицинской дисциплины «вертеброневрология», начали целенаправленно изучать в СССР, а теперь изучаются и в странах СНГ. Исследования эти были начаты в 60-х годах XX в. Я.Ю.Попелянским, который по праву считается создателем целого научного и практического направления в медицине. В одной из своих последних работ Я.Ю. Попелянский (2003) отметил этапы становления и успехи отечественной вертеброневрологии. Как отмечает автор, были изучены многие вопросы: состояние различных функциональных систем головного и спинного мозга, нейродинамические сдвиги; предложены развернутая концепция и классификация рефлекторных, компрессионных, миоадаптивных вертеброгенных синдромов; установлена наследственная предрасположенность к ранним дистрофическим поражениям позвоночника – к мультифакториальному остеохондрозу. За эти годы клиничко-описательная вертеброневрология обогатилась множеством новых форм, выделенных как в нашей стране, так и за рубежом. И как свидетельствует автор: «...российская вертеброневрология напоминает необходимый для лечебно-профилактической деятельности опыт, опираясь на успехи

неврологии, нейрохирургии, ортопедии, традиции отечественной клинической мысли и на успехи смежных наук. Интересно, что использование этих новых средств привело к постановке новых задач, которые рождаются не столько из самых современных практических технологий, сколько из развивающихся клинических концепций. Это столь же реальные, сколь и интересные перспективы».

Соратниками и продолжателями идей Я.Ю.Попелянского были видные ученые, практические врачи, люди разных национальностей и как указывал (защищая своего учителя от нападков) профессор И.П.Кипервас из США – один чеченец, провинциальный врач – это был автор данной статьи. В те годы кто только не писал об остеохондрозе. Его, как причину болезни, находили многие специалисты, даже «узкие». Возможно, в этом тоже одна из причин кризиса в вертеброневрологии. Другая причина, по-моему, в личности: с эмиграцией (2000) в США Я.Ю. Попелянского и с его смертью (2003), и с преждевременной смертью известного его ученика профессора В.П.Веселовского (1997) произошел определенный спад интереса к проблеме остеохондроза позвоночника (постепенно уменьшилось число публикаций и защищенных диссертаций, реже стали проводиться научные форумы).

Однако ради справедливости надо отметить, что на кризис вертеброневрологии первым обратил внимание сам В.П. Веселовский. В своей актовой речи «Кризис в вертеброневрологии и пути его преодоления», произнесенной 21 апреля 1993 г. на юбилейном заседании Ученого Совета Казанского ГИДУВа, он отметил шесть противоречий в вертеброневрологии. Ввиду малодоступности самого источника мы их в сокращенном виде перечислим:

1. Отсутствие параллелизма между степенью выраженности клинических проявлений и рентгенологических изменений при дистрофических поражениях позвоночника.
2. Отсутствие нейрональных связей между очагом поражения в позвоночнике и некоторыми вертеброневрологическими синдромами.
3. Появление активных триггерных зон вне места раздражения рецепторов синуввертебрального нерва, зачастую напрямую иннервационно не связанную с очагом поражения в позвоночнике.
4. Развитие у больных с органической патологией позвоночника так называемых вертебральных дисфункций, «блоков», сублюксации, локализованных вне органического поражения позвоночно-двигательного сегмента.

5. Улучшение состояния пациента с компрессионным механизмом поражения остеохондроза позвоночника при тракционном лечении, тогда как грыжевое образование остается на месте.

6. Болезненность при пальпации позвоночно-двигательного сегмента в условиях его органической фиксации (спондилоз) и исчезновение болезненности при изменении положения тела, необъяснимое с позиций одних лишь взаимодействий между пораженным диском и невральными рецепторами. Один из выводов автора гласил: « ... при помощи только компрессионной и рефлекторной теории нельзя объяснить все клинические данные и результаты лечения... налицо кризис в вертеброневрологии... без его преодоления невозможно движение вперед».

Полагаем, что эти противоречия, клинические наблюдения, недостаточно исследованы. Не выявлена подлинная причина возникновения и развития их в динамике. Например, отсутствие параллелизма между клиникой и рентгенологической картиной. Особо наглядно это заметно у детей и подростков. Dr. Francis W. Smith (2003) при МРТ позвоночника 154 детей (79 девочек и 75 мальчиков) в возрасте 11 лет в 14 случаях (9%) выявил выпячивание и выпадение межпозвонкового диска на поясничном уровне. Никто из них никогда не жаловался на боли в пояснице, т.е. грыжа диска была случайной находкой. Дегенерация диска не обязательно связана с болями в спине, и может начинаться в раннем детстве.

Ученица и последовательница Я.Ю.Попелянского профессор И.Р.Шмидт (2004) из Новокузнецка считала, что на современном этапе науки кризиса вертеброневрологии нет, просто остались еще нерешенные проблемы. Автор указывает, что вертеброневрология относится к пограничным областям медицины и поэтому вызывает как большой интерес теоретиков и практиков, так и споры и дискуссии, вплоть до полного неприятия выделения такого раздела медицины. Указывая на достижения за более чем 80 лет изучения остеохондроза позвоночника, она отмечала, что остается ряд вопросов, которые требуют дальнейшего исследования.

Среди них:

- установление структуры генетической компоненты и биохимических маркеров остеохондроза позвоночника;
- прижизненная визуализация дистрофических изменений в позвоночнике и мягких тканях региона при помощи КТ и МРТ и уточнение значимости выявляемых при этом изменений для реализации в клинике;

-уточнение пато- и саногенетических механизмов, патофизиологических процессов и клинических проявлений при НПОП с использованием современных нейрофизиологических методов исследования;

-разработка наиболее адекватных методических подходов к изучению проблем центра и периферии, и экспериментальное изучение роли каждого уровня в управлении движениями и статикой позвоночника, и роли дефектности этого управления в реализации НПОП, а также дальнейшее изучение неспецифических синдромов регуляторного дисбаланса;

-статистический учет НПОП, методологические вопросы кодирования диагноза в вертеброневрологии с использованием Международной классификации болезней.

И.Р.Шмидт (2004) делает вывод: «Проведенный анализ собственных материалов и литературных данных свидетельствует о том, что вертеброневрология не находится в состоянии кризиса. К настоящему времени разработаны основные теоретические положения и обоснованы практические рекомендации, но, как в любом серьезном разделе науки, в ней имеются спорные и нерешенные вопросы, которые и нуждаются в дальнейшем изучении».

Значительный интерес ученых и практических врачей вызвала работа одного из учеников Я.Ю.Попелянского и чешского профессора К.Левита, соратника В.П.Веселовского профессора А.А.Лиева «Вертеброневрология: становление, проблемы, перспективы», опубликованная в нескольких изданиях (2009, 2010). А.А. Лиевым в 1989г. была организована первая в СССР кафедра вертеброневрологии с курсом мануальной медицины Ставропольского государственного медицинского института. В 1998г. приказом Минздрава РФ при кафедре (г.Кисловодск) была открыта 100-коечная клиника вертеброневрологии, которая стала специализированным научно-практическим центром в России по изучению ВЗНС.

Многолетний опыт работы кафедры и клиники позволил автору выделить ряд важных проблем в вертеброневрологии: концептуальных, организационных, методологических и дидактических. Они следующие:

1.Тщательное обследование и комплексное лечение больных с ВЗНС необходимо проводить в специализированных клиниках, оснащенных современной диагностической аппаратурой, имеющих квалифицированных специалистов в области вертеброневрологии и организованных по территориальному принципу из расчета 100 коек на 3-3,5 млн. населения.

2. Нейровизуализацию с использованием МРТ проводить всем больным, приняв это за эталон «золотого стандарта».

3. Необходимо применять комплексный подход к восстановительному лечению и реабилитации вертеброневрологических больных с учетом всех невралгических и патобиомеханических проявлений ВЗНС, стадии заболевания и

соблюдением этапности при назначении процедур: поликлиника-стационар, специализированный клиничко-реабилитационный центр, без механического переноса отдельных методик.

4. Ввести в реестр врачебных специальностей специальность врача-вертеброневролога и реабилитолога, которые должны владеть приемами диагностики, мануальной терапии, восстановительной медицины, ЛФК, акупунктуры и др. Углубленную подготовку специалистов в области вертеброневрологии следует поручить профильным кафедрам медицинских вузов, имеющих соответствующую клиническую базу.

При этом автор четко не ставит вопрос о кризисе вертеброневрологии, а лишь ссылается на В.П.Веселовского, который еще в 1993 г. высказал свои опасения по поводу состояния вертеброневрологии. И автор уверен, что вертеброневрология имеет великолепные перспективы для дальнейшего развития, как ветви классической неврологии и широкие возможности для значительного снижения распространенности ВЗНС, временной и стойкой нетрудоспособности при данной патологии.

Далее мы не можем не остановиться на почти 20-летней полемике профессора П.Л.Жаркова с Я.Ю.Попелянским по проблеме остеохондроза позвоночника. Суть, в общем-то, заключалась в поиске причины болевых синдромов в области спины. Если в 1984г. П.Л.Жарков осторожно писал: «...остеохондроз – хоть и самая частая, но не единственная причина вертеброгенных заболеваний периферической нервной системы» и «неврологические расстройства ...не могут быть объяснены только наличием остеохондроза позвоночника и степенью его выраженности», то в 2003г. автор делает заключение, что: «По существу остеохондроз является процессом старения – «своеобразного» или преждевременного. Это не болезнь, а медленно развивающееся патоморфологическое состояние, такое же, как поседение, облысение, старческое изменение кожи и т.п.». И далее: «Нам удалось показать и доказать, что причина болей в опорно-двигательной системе кроется вовсе не в позвоночнике, а в тривиальном механическом повреждении связок, сухожилий, мышц, чаще уже измененных дистрофическим процессом». По мнению автора, неврология попала сама в тупиковую ситуацию и завела за собой всю медицину из-за «умозрительных надуманных концепций и «теорий» о вине позвоночника вообще и остеохондроза с грыжей диска в частности». П.Л.Жарков (2001) пишет, что после 60-х годов прошлого столетия «ничего стоящего в области патологии позвоночника и суставов опубликовано не было». На наш взгляд, ответом П.Л.Жаркову является труд всей жизни патриарха отечественной вертеброневрологии Я.Ю.Попелянского – вышедшая массовым тиражом монография «Ортопедическая неврология (Вертеброневрология)» (3-е изд., 2003).

Противники теории остеохондроза манипулировали и тем, что в англоязычной литературе нет клинического термина «остеохондроз позвоночника». Ответом на это и другие «выпады» против вертеброневрологии являются не только многочисленные труды самого Я.Ю.Попелянского и его учеников, но и известных нейрохирургов и ортопедов. Интересны и письма из Сиэтла (США): сына ученого – А.Я.Попелянского – «Письмо рентгенологу П.Л.Жаркову», ученика и друга – профессора И.П.Киперваса – «Идеи проф. Я.Ю.Попелянского в Америке». Вот выдержка из последнего письма: «Еще в 2001 году три радиологические организации Америки – American Society of Neuroradiology, American Society of Spine Radiology and North American Spine Society- разработали новый терминологический словарь (GLOSSARY) по патологии поясничного диска. Он имеет подзаголовок «Nomenclature and Classification of Discpathology». Президенты трех названных организаций радиологов Америки Lippincott, Williams & Wilkins опубликовали этот новый глоссарий – словарь различных радиологических терминов и определений для стандартизации работы радиологов. К сожалению, Яков Юрьевич не был знаком с этим словарем, так как он был широко обнародован лишь после его кончины. Термины и определения этого словаря включаются в облегченную интерпретацию различных терминов, как специфических. Представленные определения находятся в списке предпочтительных терминов. Подчеркивается, что спондилогенная деформация («деформирующий спондилез») – нормальный возрастной процесс, а интервертебральный остеохондроз – процесс патологический. Следовательно, впервые в американской официальной литературе декларируется термин “intervertebral osteochondrosis”. Синонимы: измененный диск, хроническая дископатия, остеохондроз. Под этим термином глоссарий понимает дегенеративный процесс позвоночника, захватывающий тело позвонка, диск – его фиброзное кольцо и пульпозное ядро. Остеохондроз характеризуется сужением дискового пространства и реактивными изменениями тела позвонка. Вначале термином остеохондроз обозначали асептический некроз костей субхондрально расположенных участков скелета. В настоящее время эти поражения называют остеохондропатией. А термин остеохондроз в новом понимании впервые внедрен в клиническую литературу в 1933 году. И сделал это немецкий ученый А. Hildebrandt».

Мы не можем не остановиться и на известных трудах белорусской школы вертеброневрологов. В 1976 г. Белорусский НИИ неврологии, нейрохирургии и физиотерапии был утвержден головным учреждением в СССР по проблеме «Заболевания периферической нервной системы». С 1978 г. институт начал выпускать под редакцией академика И.П.Антонова монотематический сборник научных трудов «Периферическая нервная система», который имел в той или иной редакции три основных раздела: экспериментальные и патоморфо-

логические исследования; патогенез, клиника, диагностика; лечение и профилактика. В 1998 г. вышел последний, 21-й сборник «Периферическая нервная система» (всего уч.-изд.л. – 262,3). Итог 20-летней работы института над проблемой вертеброгенных заболеваний нервной системы подвел авторитетнейший ученый академик НАН Беларуси, член-корреспондент Российской АМН, профессор И.П.Антонов в статье «Основные итоги 20-летнего изучения проблемы «Заболевания периферической нервной системы» коллективом НИИ неврологии, нейрохирургии и физиотерапии Минздрава Беларуси» (1999). За эти годы сотрудниками института многое было сделано в вопросах эпидемиологии, этиологии и патогенеза, патоморфологии, клиники, лечения и профилактики НПОП. По данной проблеме только сотрудниками института защищены 10 докторских и 26 кандидатских диссертаций.

Основоположник вертеброневрологии Я.Ю.Попелянский несколько лет назад в своей юбилейной статье «Полвека остеохондроза» нынешний этап в вертеброневрологии назвал не кризисом, а энергией и интересом восхождения. В этой работе он кратко описал успехи вертеброневрологии, а недостатки связал с недостаточной подготовкой врачей-специалистов, слабым внедрением знаний широких кругов врачей по вертеброневрологии, отсутствием условий для адекватной унификации синдромального диагноза и качественного учета заболеваемости. В подтверждение сказанного автор писал: «Можно лишь утверждать в коллективах, в которых была обеспечена активная работа вертеброневрологов, удавалось снижать заболеваемость с 6-8 на 100 работающих в 50-е годы до 3-4 на 100 работающих в последние десятилетия». И далее: «Суждения о «кризисе в вертеброневрологии» не имеют под собой никакой почвы и являются выражением попыток самоутверждения или выражением других неблагоприятных мотиваций».

В своем преклонном возрасте, не имея ни того, ни тем более другого, при всем уважении и почтении к имени Великого ученого-новатора, позволю себе поставить этот вопрос. Есть ли сегодня кризис вертеброневрологии? Полагаем, что да, и попробуем тезисно изложить наше мнение. Правда, кризис этот больше в методологии и в организационно-методическом аспекте проблемы вертеброневрологии:

1. В вертеброневрологии многое сделано, многое достигнуто. Но статистика вещь упрямая. На наш взгляд, заболеваемость и распространенность ВЗНС, несмотря на успехи вертеброневрологии, свои позиции не сдает. Следовало бы повторить эпидемиологическое исследование И.Р.Шмидт (1967-1976) или белорусских неврологов на большом материале в нынешнее время, в тех же регионах.

2. Число защищенных диссертаций, опубликованных научных трудов, прове-

денных научных форумов по этой проблеме уменьшилось. Может, тему исчерпали? Но вышеизложенное не позволяет сделать такой вывод. Например, многие травматологи-ортопеды долгие годы часто и много публиковали свои работы по остеохондрозу позвоночника. Для интереса пусть читатель посмотрит материалы съездов травматологов-ортопедов, кроме последнего. В трехтомном сборнике (1260 страниц формата А4) материалов 1X съезда травматологов-ортопедов России 2010г. (Саратов) мы нашли только семь статей, посвященных вопросам остеохондроза позвоночника (более тысяча сто статей). Только непонятно: неврологи и ортопеды отошли от проблемы ВЗНС и патологии позвоночника, потому что решили или же не смогли решить ее, или же она не актуальна – ведь никто от люмбагии или грыжи диска не умирает, хотя и счастливым себя не чувствует?

3. Главная беда для практических врачей - терминологическая путаница, терминотворчество отдельных исследователей данной проблемы. Только на поясничном уровне мы насчитали где-то сорок терминов, начиная от «ишиаса» и «люмбаго» до оригинального диагноза – «неиндустриальная спина». Один и тот же клинический синдром ВЗНС имеет несколько названий. Отдельные исследователи считают, что начало терминологическому разнобою было положено формальным перенесением в клинику результатов морфологических исследований зарубежных авторов, которые и не претендовали на определение явления в целом (И.Р.Шмидт, 2004). Как известно, термин «остеохондроз» не российская выдумка, он пришел к нам из Европы в работах G.Schmorl, H.Junghanns (1927-1968), A.Hildebrant (1933), J.Armstrong (1958). На наш взгляд, в СССР, позже и в России, стали его употреблять слишком часто и не всегда к месту. Морфологический по сути диагноз перешел в разряд клинических. Термины дистрофических по сути изменений позвоночника стали употреблять в качестве синонима клинического диагноза. Как отмечает Н.М.Жулев (2002), диагноз остеохондроза позвоночника устанавливается настолько часто, что возникают предположения о каких-то социально значимых изменениях в образе жизни современного человека, либо о гипердиагностике болезни, когда спондилография служит единственной опорой диагноза остеохондроза позвоночника при отсутствии убедительных клинических признаков.

В последние годы вместо «остеохондроз» чаще стали использовать термин «дегенеративно-дистрофическое заболевание», куда входят десятки нозологических форм (локальные, региональные, системные дистрофические изменения опорно-двигательного скелета). Кстати, и термин «дегенеративный» имеет право на жизнь, несмотря на возражения отдельных авторов. У термина «дегенерация», кроме биологического, имеется и медицинское значе-

ние: «изменения в клетках и тканях, зависящие от общего или местного нарушения обмена веществ, или изменение структуры, или химического состава ткани, или органа, при котором уменьшается их жизнеспособность, или ухудшается функционирование» (В.В. Бурцева, Н.М.Семенова «Словарь иностранных слов», 2003, С.198, 226; А.П.Алексеев «Латинско-русский словарь медицинской терминологии», 2006, С.96).

4. Сложности с классификацией заболеваний ПНС. Сегодня имеющиеся классификации недостаточно удовлетворяют ученых и практических врачей. Создание классификации-сложный и трудоемкий процесс, иногда и весьма условный, когда какие-то синдромы не укладываются в диагностические рамки. Да и сложно природу классифицировать, неблагоприятное это дело.

5. Трудности и с миофасциальными синдромами, особенно для практических врачей (в этой группе более десяти диагностических терминов). Когда этот синдром самостоятельный, когда он связан с позвоночником или другими структурами? Несмотря на работы Тревелл и Симонс, Фергюсон и Гервин, Иваничева, Лиева, Хабирова, из-за недостаточной подготовки специалиста в конкретных случаях врачу, особенно в амбулаторных условиях, сложно сделать вывод: выявленный у больного мышечный болевой синдром самостоятельная нозологическая форма миофасциального синдрома или это экстравертебральный мышечный синдром остеохондроза позвоночника. Но, может быть и заболевание самих мышц травматического, воспалительного, инфекционного характера (В.Х. Хорошко, 1927; В.С.Марсова, 1935; Лауцевичус Л.З.,1950, и др.). Эффективность лечения таких синдромов зависит от правильной диагностики.

6. Актуальным остается вопрос формулирования диагноза, а в связи с этим и статистическая обработка медицинских документов. Ведь в формулировку клинического диагноза включают не только название болезни (нозологическая форма), но также этиологический, патогенетический, морфологический и функциональные компоненты. Сложности возникают при кодировании диагноза по МКБ-10, выборе класса, блока, рубрики болезней.

7. Проблемой остается и дороговизна нейровизуальных методов исследования, особенно МРТ, так называемого золотого стандарта. Диагностическая способность МРТ значительно возрастает, если исследование провести не только в положении лежа, но и еще в трех позициях: сидя, при сгибании и разгибании. Но для этого нужны технические приспособления, которых в стране нет.

8. При интерпретации компьютерных и обычных рентгеновских снимков специалист должен знать, в первую очередь, нормальную рентгеноанатомическую картину позвоночника, варианты его развития и патоморфологическую сущность дегенеративно-дистрофического процесса. Важно различать возрастные изменения позвоночника, саногенетические реакции, репаративные

процессы и патоморфологические проявления дегенеративно-дистрофического заболевания, в частности, остеохондроза. Таких врачей надо готовить. Кто и где?

9. В проблеме патогенеза ВЗНС остается еще ряд вопросов. Не является ли причиной болей в спине патология только диска (дискоз, дископатия, дисцит), т.е. речь идет о первой фазе остеохондроза позвоночника. А вторая фаза остеохондроза – это саногенетическая реакция? Возможно, страдает не только диск, но и внепозвоночные (перивертебральные) мягкие ткани опорно-двигательной системы (ОДС). Например, наподобие внесуставных заболеваний мягких тканей ОДС (М.Г.Астапенко, П.С.Эрялис, 1975). Правда, при этой ситуации получается возврат на полвека назад. В таком случае нужны не умозрительные представления патогенеза остеохондроза позвоночника и его неврологических проявлений, а новые клинико-экспериментальные и клинико-томографические исследования на более высоком, чем прежде, научном уровне.

Таким образом, анализ собственного опыта 40-летнего изучения ВЗНС и данных литературы позволяет нам думать, что вертеброневрология находится в состоянии кризиса. Кризису способствовал распад СССР, эмиграция за пределы страны известных вертеброневрологов, общее снижение интереса к науке, отсутствие единого организационно-методического центра.

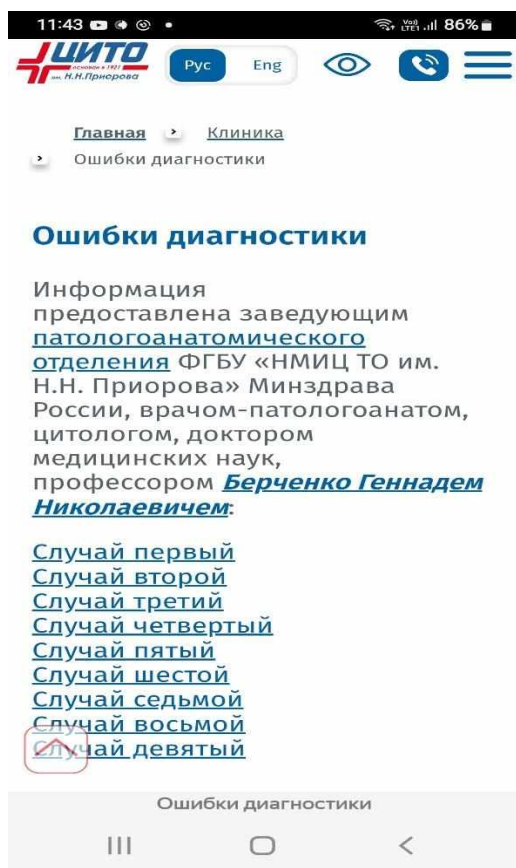
В данной ситуации помог бы своего рода аудит – ревизия достигнутого. Следовало бы еще раз вернуться к противоречиям, обоснованным В.П.Веселовским (1993). **Пора от некоторых умозрительных концепций остеохондроза позвоночника и его неврологических проявлений перейти к выработке четкой патогенетической картины. Все спорные и нерешенные вопросы нуждаются в тщательном изучении и обсуждении на форумах разного уровня для выработки единой позиции, одного методологического подхода к исследуемой проблеме.** Нам нужен Академический центр в форме НИИ, с современным оборудованием и хорошей клинической и учебной базой.

Дорогие коллеги!

Примите наши искренние соболезнования по поводу безвременной смерти Т. З. Ахмадова — Заслуженного врача России, Отличника здравоохранения России. От книг и статей профессора, невропатолога Тахуза Зайндиевича исходит осмысленность, энергия, позитив и правда. Мы глубоко скорбим об утрате вместе с родными, близкими, коллегами.

Д.м.н. Л.А. Богачева, Н.Н. Леванов dorsalgia.ru

1-3 декабря 2022 г. в Москве проводился XII Всероссийский Съезд травматологов-ортопедии России. <https://atorforum.ru/> Среди научных направлений включена **вертебрология**. Термин **вертебрология** (*vertebra* - позвонок, позвоночник) **существенно УЖЕ**, чем термин **дорсалгия** и его понимание (**dorsum** – спина, тыльные поверхности). Можно пользоваться синдромом «боль в спине» (см. Случай седьмой) и современным термином «дорсалгия»



Открылся ЦЕНТР БОЛИ.рф

Руководитель проекта:

Яхно Николай Николаевич

д.м.н., профессор, Академик РАН, профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии Первой МГМУ имени И.М. Сеченова,

Главный невролог Минздрава России

В течение **20 лет в Москве работало альгологического отделения в государственной поликлинике** (зав. отд. Л.А. Богачева 1990-2008 гг.) Опыт деятельности этого отделения был бы важен не только в России, но и в мировой амбулаторной практике. В поликлинике пациенты с болью в спине сразу же обращались в альгологическое отделение (нами были подготовлены специалисты!), затем после осмотра больные могли сразу получать соответствующее лечение!

СЛУЧАЙ СЕДЬМОЙ

Ошибка диагностики пациента с болью в спине

Данная история болезни пациента показывает, что молодые люди могут страдать не только хондромой кости, но и хондросаркомой. Пересмотр гистологических препаратов позволил пересмотреть диагноз и изменение лечения.

Врач должен быть крайне внимателен при осмотре и изучения данных с молодыми пациентами с болевым синдромом в области спины.

Боль в спине у молодых людей нетипична.

Почему российский материал д.м.н. Л.А. Богачевой не был включен в **методические материалы «Организация противоболевой помощи в Российской Федерации», РОИБ, 2020?** (painrussia.ru) Л.А. Богачева является членом Российского общества по изучению боли с 1996 г., включала свои клинические данные в иностранные конгрессы по боли и клиники боли.

Богачева Л.А., Снеткова Е.П., Яхно Н.Н. и др. «Лечение неспецифической боли в Российской амбулаторной клинике», 8 Всемирный конгресс по боли, Британская Колумбия, Канада, 17-22 августа, 1996 г., с. 296. Средства на поездку для участия в Конгрессе изыскала семья Богачевой Л.А.

Далее, ведут диалог **невролог и ревматолог (патоморфолог)** о поясничной боли, о «неспецифической боли» (ведь это не диагноз). Приглашены ведущие **эксперты** – проф. В.А. Парфенов и д.м.н. А.Е. Каратеев. («Поясничная боль: диалог невролога и ревматолога», Журнал Медицинский совет, **2020-19-8-12** cyberlenka.ru). Почему не приглашается **ортопед?**

«Программа лечения и реабилитации пациентов с дорсалгиями» была утверждена **академиком С.П. Мироновым** в **1999** г. Тогда стало понятно, что боль в спине – это основная **работа ортопеда** (97% пациентов), а не у невролога и тем более у ревматолога (патоморфолога). Давно подготовлен современный диагноз – дорсалгия.

Продолжалась актуальная работа со специалистами ЛФК:

Богачева Л.А., Куликова Л.Ю., Кулиш Ю.В., Рубайлов О.Б. «Как избежать боли в спине», методические рекомендации, Москва, 1998 г.

Богачева Л.А., Макарова И.Н., Моисеева И.В. «Школа для пациентов в болями в спине», методические рекомендации, Москва, 1999 г.

Богачева Л.А., Вахлаков А.Н., Арутюнов А.Г. и др. «Пути облегчения боли в спине. Боль и ее лечение» Москва, 2001 г.

«Возможности и место аутоимокоррекции в комплексном лечении больных бронхиальной астмой и больных ишемической болезнью сердца с сопутствующими дорсалгиями» д.м.н. И.Н. Макарова, 2003 г.

Современная Международная ассоциация по изучению боли (IASP), к сожалению, превратилась в обобщающую абстракцию. Созданная ею «Классификация хронической боли» (Education, medznak.ru) не может помочь российским врачам! Структура классификации хронической боли нечеткая– «Хроническая первичная (?) висцеральная боль», «Хроническая первичная (?) скелетно-мышечная боль», «Высший уровень диагноза» (где описание диа-

гноза?), «1-й уровень диагноза» (где описание диагноза?). Видно, что это просто переводы с английского... Включались ли российские специалисты в работу МКБ-11?

ПРОБЛЕМА «БОЛИ В СПИНЕ» ВСЕМИРНОГО МЕДИЦИНСКОГО СООБЩЕСТВА

В нашей стране «боль в спине» считалась многие годы неврологическим заболеванием. В других странах «боль в спине» считалась симптомом, жалобой пациента.

В 2022 г. вышла книга Л.А. Богачевой «Дорсалгия – современная ортопедическая болезнь». (Аспирантура, Бакалавриат, Магистратура). Учебное пособие.

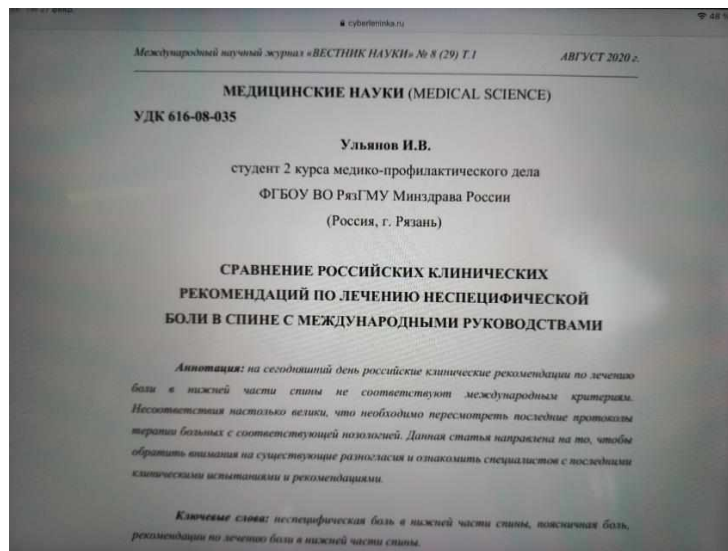
Это первый и большой прорыв в понимании этой проблемы. Но задач много! В России необходимо забыть ошибочную «неврологическую теорию» Я.Ю. Попелянского – это пережиток прошлого и не соответствует классической и современной АНАТОМИИ И ФИЗИОЛОГИИ.

Но лучше поздно, чем никогда! 19 апреля 2023 г. проводилась Всероссийская научно-практическая конференция «БОЛЬ В СПИНЕ». Почему не **включались серьезно в эту конференцию ортопеды?** Клинические данные д.м.н. Л.А. Богачевой помогли создать новое ортопедическое заболевание «ДОРСАЛГИЯ». **Описан синтез современных данных о мышечно-скелетных и неврологических поражениях в области спины.**

Это все нужно объяснить российским врачам. **Важно напомнить, что при лечении острой радикулопатии мануальная терапия противопоказана!**

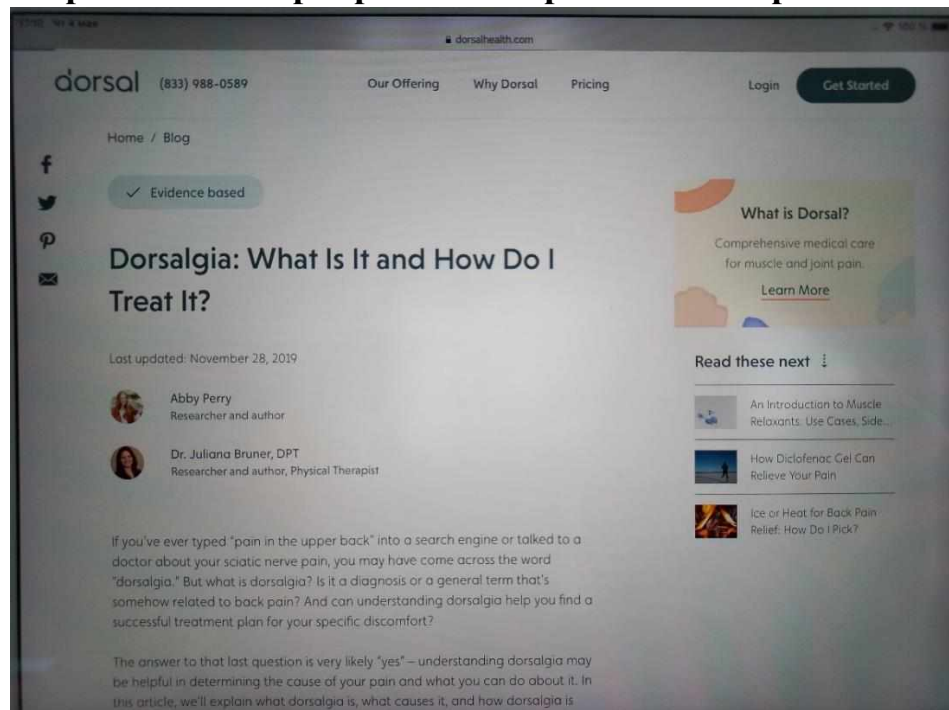
Мы считаем, что позиция мануальной терапии в отношении государственных структур и медицинских организаций должна измениться. **Количество ортопедов, обучаемых необходимыми методами мануальной терапии, в перспективе должно быть увеличено за государственный счет.**

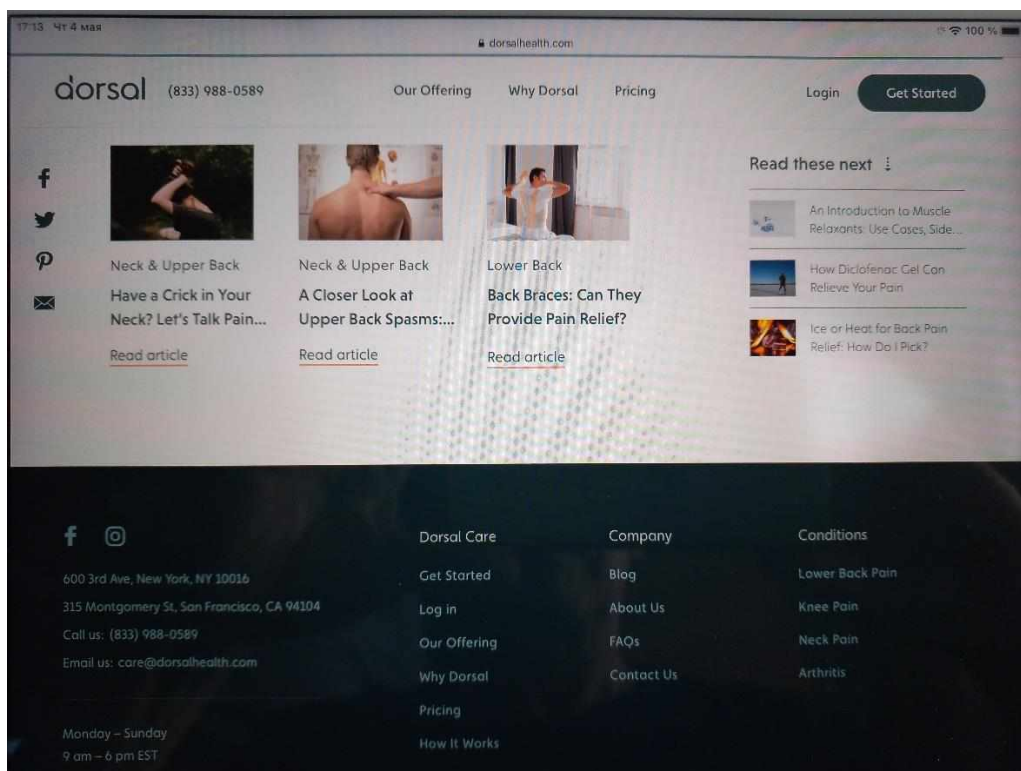
Важнейшими вопросами лечения о неспецифической боли в спине интересуются студенты и молодые врачи! Например, работа И.В. Ульянова, студента 2 курса медико-профилактического дела ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань - «**Сравнение российских клинических рекомендаций по лечению неспецифической боли в спине с международными руководствами**», 2020 г.



В иностранном медицинском сообществе постоянно используются неопределенные термины - «боль в нижней части спины», «боль внизу спины», «напряжение внизу спины», «боль в пояснице», «простая боль в спине», «механическая боль в спине», «боль в шее», «боль в грудной клетке», «mechanical back pain», «simple back pain», «low back pain (LBP)».

Но вот вижу новый сайт **dorsalhealth.com**. Иностранным специалистам следует привыкать к новому современному медицинскому пониманию - **дорсалгия**. Это российский приоритет! Это российский престиж!





Уважаемые коллеги из Сан-Франциско, если вы будете писать статьи (книги) о дорсалгии – обязательно ссылайтесь на значимый **РОССИЙСКИЙ МАТЕРИАЛ** о боли в спине!

Богачева Л.А. Дорсалгия – современная ортопедическая болезнь. (Аспирантура, Бакалавриат, Магистратура). Учебное пособие. Издательство КноРус, Москва, 2024 г.

Богачева Л.А. Дорсалгия – современная ортопедическая болезнь. (Бакалавриат, Магистратура). Учебное пособие. Издательство КноРус, Москва, 2022 г.

Богачева Л.А. Дорсалгия – неспецифическая боль в спине. Учебное пособие. Издательство КноРус, Москва, 2012 г.

Богачева Л.А., Снеткова Е.П., Яхно Н.Н., Седова Т.Н. «Лечение неспецифической боли в спине в Российской амбулаторной клинике», 8 Всемирный конгресс по боли, Британская Колумбия, Канада, 17-22 августа, 1996 г.

Богачева Л.А. Снеткова Е.П. «Дорсалгии: классификация, механизмы патогенеза, принципы ведения». Опыт ведения специализированного отделения боли. Неврологический журнал, 1996, №.2, с. 4 – 8.

Российские медики - практики, ученые в 1990 годы первые поставили вопрос о необходимости нового заболевания при боли в спине - «DORSALGIA, ДОРСАЛГИЯ». МЫ ПИОНЕРЫ!

ЗАМАЛЧИВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ (история)

«Замалчивание – как качество личности – склонность умышленно преднамеренно не упоминать о ком-либо, чем-либо, скрывать, утаивать, замазывать, прикрывать что-либо.»

П.Д. Ковалев

В книге проф. В.А. Парфенова и к.м.н. А.И. Исайкина «Боль в нижней части спины: мифы и реальность», Москва, 2016 г. предлагается статья «остеохондроз позвоночника Попелянского» - мифом! Наконец-то!

Но почему ни в содержании этой книги, ни в «Литературе» нет ссылки на работу д.м.н. Л.А. Богачевой? Докторская диссертация «Боль в спине: клиника, патогенез, организация первичной медицинской помощи» Л.А. Богачевой (1998 г.) была написана одной из первых работ против «остеохондроза позвоночника», «вертеброневрологии» (Научные руководители – проф. Н.Н. Яхно, проф. Г.Н. Ушаков).

Так называемая **«диагностическая триада»** (клиническое деление болей в области спины):

- 1. неспецифические мышечно-скелетные боли изолированные (92.5%);**
- 2. неспецифические мышечно-скелетные боли с радикулярной (невральной) болью (5%);**
- 3. специфические боли (висцеральной, воспалительной или онкологической природы) (2.5%)**

впервые была обнаружена Л.А. Богачевой у пациентов в практической работе 1991-1994 гг. Затем неоднократно это было подтверждено:

- на заседании Московского общества неврологов (Москва, февраль 1995 г.);
- на Седьмом Всероссийском съезде неврологов (Нижний Новгород, октябрь 1995 г.);
- на симпозиумах-семинарах «Боль в спине» для неврологов и терапевтов г. Москвы и Московской области (Москва, март 1996 г.);
- на Восьмом Всемирном конгрессе по проблемам боли (Канада, Ванкувер, Британская Колумбия, 17-22 августа 1996 г.);
- в докторской диссертации 1998 г.;
- на Девятом Всемирном конгрессе по проблемам боли (Австрия, Вена, 22-27 августа 1999 г.);
- на Третьем Национальном Конгрессе терапевтов (Россия, Москва, 5-7 ноября 2008 г.);
- в учебном пособии «Дорсалгия – неспецифическая боль в спине» (2012 г.);
- в учебном пособии «Дорсалгия – современная ортопедическая болезнь» (2022 г.).

Почему же доктор Баранцевич Е.Р. в своей статье «Рациональная терапия дорсалгий» «концепцию диагностической триады» ссылается только на иностранных специалистов (?):

(8) Dadenais S. Spine J, 2010; 10(6), 514-29;

(9) Choo R. e.a. AnnInter Med, 2007, 147(7) 478-91.

Почему в статье «Дискогенная люмбалгия», (Портал РМЖ, № 24, 21.12.2016, rmj.ru) к.м.н. Исайкин, др. специалисты и проф. Н.Н. Яхно описывают «диагностическую триаду» различных болей спине иностранными специалистами: van Tulder, 2006; Chou R., 2007, 2011; Koes, 2010 (?)

Концепция диагностической триады впервые и давно написана **российским неврологом Л.А. Богачевой** (см. выше).

Кстати, иностранную литературу российские специалисты должны рассматривать внимательно, хорошо изучать английский язык. Можно найти иностранные недостоверные ссылки в наших статьях!

Почему сейчас специалисты-ортопеды, специалисты-неврологи не включают в свои статьи ссылки на значимый российский научно-клинический материал, тем самым принижая значение российских научных изысканий?

Российские «Клинические рекомендации по ведению пациентов с болью в спине» (Верткин А.Л. и др.) ссылаются преимущественно на специалистов иностранных специалистов. Переписывается описание дорсалгии без ссылки на автора Л.А. Богачеву.

В России впервые в 1996 году нами перед медицинским сообществом поднимается вопрос о необходимости нового заболевания (при наличии «неспецифической боли в спине» у больного), выбирается подходящий термин «дорсалгия». К сожалению, в некоторых статьях специалисты дискредитируют правильное понимание «дорсалгии». Это не только «замалчивание» проблемы многие годы, но и «замалчивание» российских работ. Это реальность, но к счастью, Интернет помнит все.

АНТИПЛАГИАТ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПЛАГИАТ

Уважаемые коллеги! В настоящее время научные работы проверяются с помощью системы «АНТИПЛАГИАТ» (обнаружение заимствований, рерайтинг, парафраз) antiplagiat.ru, unkniga.ru Рекомендую также прочитать российский блок «ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПЛАГИАТ В НАУЧНЫХ ТРУДАХ»

disshelp.ru и сайт «ру Адвокат» ruadvocate.ru «УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПЛАГИАТ: ПРИСВОЕНИЕ АВТОРСТВА»

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ д.м.н. Л.А. БОГАЧЕВОЙ
 Богачева Л.А., Яхно Н.Н., Кузьменко В.В., Ушаков Г.Н., Седова Т.Н., Снеткова Е.П. «Болевые невисцеральные синдромы в амбулаторной практике», Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, том 3, № 1, стр.30-34, 1996 г. journals.eco-vector.com

Для меня эта статья являлась очень важной, так как значимые для России специалисты:

- проф. Яхно Н.Н., Главный невролог Минздрава России;
- проф. Кузьменко В.В., травматолог-ортопед;
- проф. Ушаков Г.Н., организатор здравоохранения;
- проф. Седова Т.Н., хирург;
- к.м.н. Снеткова Е.П., зав. отделением неврологии,

положительно оценивали клинические данные Л.А. Богачевой и впервые меняли точку зрения относительно существующих тогда «неврологических синдромов при остеохондрозе позвоночника».

В 1990 г. в России выбор подходящего термина для «безопасной» боли в спине был затруднителен после неправильного значения «остеохондроз позвоночника». В 1992-1996 гг. нами использовался рабочий термин – **«болевого невисцеральный синдром»**. Затем этот термин потерял свою значимость, т.к. нами было найдено более точное определение – **«неспецифическая боль в спине»**. Позднее нами был найден адекватный термин для неспецифической боли в спине – **«дорсалгия»**.

Богачева Л.А., Снеткова Е.П., Яхно Н.Н., Седова Т.Н. «Лечение неспецифической боли в спине в Российской амбулаторной клинике», 8 Всемирный конгресс по боли, Британская Колумбия, Канада, 17-22 августа, 1996 г., абстракт: с. 296

Приходится напомнить специалистам-неврологам, что диагностическая триада для пациентов с болью в спине впервые была описана российским врачом Л.А. Богачева в 1996 – 1998 гг. К сожалению, авторской ссылки нет. Мышечно-скелетные изменения - дисфункциональные, деструктивные, дистрофические (**так называемые, неспецифические**) позволили создать новое заболевание – ДОРСАЛГИЯ.

Богачева Л.А. Снеткова Е.П. «Дорсалгии: классификация, механизмы патогенеза, принципы ведения», Неврологический журнал, 1996, т.2, с. 8-12

Богачева Л.А. «Современное состояние болей в спине (по материалам 8-го Всемирного конгресса, посвященного боли)», Неврологический журнал, 1997, т.4. с. 59-62

Богачева Л.А., Снеткова Е.П., Яхно Н.Н., Ушаков Г.Н., и др. «Реабилитационная система в первичной медицинской помощи для пациентов с болью в спине», Второй конгресс Европейской федерации IASP «Боль в Европе», Барселона, 1997 г., абстракт: с.246-267

Богачева Л.А., Бакалова Т.А., Круглов С.И. и др. «Междисциплинарное альгологическое отделение – модель оказания лечебной помощи с дорсалгиями в поликлинике», Российская науч.-практич. конф. «Организация медицинской помощи больным с болевыми синдромами», Новосибирск, 1997 г., с. 242-243

Богачева Л.А., Андреева Т.Е., Бувальцева Г.В., и др. «Опыт лечения пациентов с головной болью в поликлиническом альгологическом отделении.» Тезисы Российской научно-практической конференции «Организация медицинской помощи больным с болевыми синдромами» 7-9 октября 1997 г., Новосибирск, 1997, с. 243

Богачева Л.А., Вахлаков А.Н., Яхно Н.Н. «Амбулаторная клиника боли – оптимальный путь лечения пациентов с неспецифическими болевыми синдромами», 8 Всемирный конгресс «Клиники боли», Майо, Испания, 1998 г., абстракт: с.138-139

Богачева Л.А. «Боль в спине: клиника, патогенез, организация первичной медицинской помощи», докторская диссертация, Москва, 1998 г.

Богачева Л.А. Программа обучения семейных врачей и неврологов по теме «Болевые синдромы» разработана и апробирована в системе Медицинского центра УД Президента РФ, 1998 г.

Богачева Л.А., Куликова Л.Ю., Кулиш Ю.С., Рубайлов О.Б. «Как избежать болей в спине», методические рекомендации. Москва, 1998 г.

Богачева, Л.А. Амбулаторное лечение болей в спине. Сообщение 1. Альгологическое отделение, Л.А. Богачева, Г.Н. Ушаков, А.Н. Вахлаков, Неврологический журнал. 1998. - Т.3. - С. 39-42.

Богачева Л.А. Амбулаторное лечение болей в спине. Сообщение II. Алгоритм диагностики и лечения, Л.А. Богачева, Г.Н. Ушаков, А.Н. Вахлаков, Неврологический журнал. 1998. - Т.3. - С. 42-45.

Богачева Л.А., Гусак А.В., Вахлаков А.Н., Снеткова Е.П. «Ведение на дому пациентов с болью в спине», методические рекомендации под редакцией проф. Н.Н. Яхно, 1998 г.

Богачева Л.А., Вахлаков А.Н., Покутний Н.Ф. и др. «Улучшение лечения пациентов с неспецифическими болевыми синдромами в амбулаторной практике», 9 Всемирный конгресс по боли, Вена, Австрия, 22-27 августа, 1999 г., абстракт с. 466- 467

Г.И. Резков, Л.А. Богачева и др. «Программа лечения и реабилитации пациентов с дорсалгиями», методические рекомендации. Под редакцией проф. В.И. Шмырева, 1999 г.

Богачева Л.А., Макарова И.Н., Моисеева И.В., «Школа для пациентов с болями в спине», методические рекомендации. Москва, 1999 г.

Богачева Л.А., Вахлаков А.Н., Арутюнов А.Г. и др., «Пути облегчения боли в спине», «Боль и ее лечения», 2001 г. www.painstudy.ru,

Пегова Л.А, Андреева Т.Е., Богачева Л.А. «Оценка влияния миофасциальных шейно-краниальных дисфункций на длительность хронических болей в спине». 6 Всемирный конгресс «Миофасциальная боли и фибромиалгия», Мюнхен, Германия, 18-22 июля, 2004 г., абстракт: с. 79

Богачева, Л.А., Снеткова Е.П. «Боль в спине: клиника, патогенез, принципы ведения, принципы ведения (опыт работы амбулаторного отделения боли в спине)», Журнал «Боль», Москва, 2005. - Т.4. - С. 26-30.

Богачева Л.А., Дубровина Е.В., Алексеева Л.А. «Опыт ведения и лечения больных с дорсалгиями в условиях поликлиники», ФГУ «Поликлиника №1» Управления делами Президента РФ. Третий Национальный конгресс терапевтов, Москва, 2008, с. 25

Богачева Л.А. «Современное амбулаторное лечение боли в спине», ФГУ «Поликлиника №1» Управления делами Президента РФ. Российский журнал боли, №1 (26), 2010, стр. 23-28. elibrary.ru

Л.А. Богачева, «Дорсалгия - неспецифическая боль в спине», учебное пособие, Москва, 2012 г. Средства на издание учебного пособия изыскала семья Богачевой Л.А. dorsalgia.ru

Л.А. Богачева, «Дорсалгия – современная ортопедическая болезнь». (Аспирантура, Бакалавриат, Магистратура). Учебное пособие. Москва, 2022 г.

knorus.ru, litres.ru, ozon.ru, glavkniga.su, rus.logobook.ru, rus.logobook.kz, book.ru, readrate.ru, aldebaran.ru, fenzin.com, livelib.ru, libromed.by, libs.net и др.

Проверялась ли кандидатская диссертация Аверченковой А.А. 2016 г. (научный руководитель проф. В.А. Парфенов) с помощью системы антиплагиата? В ней написано: **«Дорсалгия – болевой синдром в различных отделах спины и конечностей не висцеральной этиологии вследствие рефлекторных и или компрессионных осложнений, дистрофических и функциональных изменений, проксимальных суставов, а также миофасциального синдрома или фибромиалгии»** dissercat.com, sechenov.ru То есть в этой работе, в определении дорсалгии «перемешаны» новые и старые данные, «остеохондроз» и фибромиалгия, различные виды лечения... Почему научный руководитель все это не поправил? Зачем портить работу д.м.н. Л.А. Богачевой.

«Под дорсопатией понимается болевой синдром в спине, обусловленный дистрофическими и функциональными изменениями в тканях опорно-двигательного аппарата (дугоотростчатые суставы, межпозвоночные диски), фасции, мышцы, сухожилия, связки с возможным вовлечением смежных структур (Федин А.И., 2002).» Это парафраз? рерайтинг? заимствование чужих материалов? - А ведь это кандидатская диссертация Гурова С. А., 2017 г. dissercat.com – «добавить в корзину 500 р.».

«На основе изучения патогенеза и особенностей клинической симптоматики разработаны и внедрены в клиническую практику методы дифференциальной диагностики и патогенетической терапии невропатической боли (2008). Кукушкин М.Л.» - это материал Л.А. Богачевой, докторская диссертация 1998 г.!

«Разработаны клинические рекомендации по диагностике и лечению больных с жалобами на боли в спине. Предложен диагностический алгоритм, направленный на разделение больных с жалобами на боль в спине на 3 группы – больных с неспецифической (механической) болью, с компрессионной радикулопатией и болью, обусловленной серьезными заболеваниями (2008). Кукушкин М.Л.» - это материал Л.А. Богачевой, докторская диссертация 1998 г.!

Проф. М.Л. Кукушкин описывает также в своей статье «Острая боль в спине: диагностика и лечение» **разделение больных с болями в спине на две категории: больные с неспецифической скелетно-мышечной боли и больные со специфической болью, что обеспечивает успешную терапию в условиях первичного амбулаторного приема («Нервные болезни», 2019).**

Почему нет ссылки на материалы Л.А. Богачевой (см. автореферат диссертации 1998 г., стр. 13, 29, 33, 34)? **М.Л. Кукушкин переписывает чужой материал!** Есть и другие подобные его статьи – 2010, 2016 гг.

Автор О.А. Шавловская (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова) в своей статье «Некоторые аспекты терапии дорсалгии» **использует без ссылки ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДОРСАЛГИИ** в докторской диссертации Л.А. Богачевой 1998 г.: «**Дорсалгия - болевой синдром в спине (с возможной иррадиацией в конечности), обусловленный неспецифическими изменениями (функциональными, деструктивными, дистрофическими) в тканях опорно-двигательного аппарата (мышцы, фасции, сухожилия, связки, суставы, диск) с возможным вовлечением смежных структур периферической нервной системы (корешок, нерв)**». Статья опубликована в журнале “Consillium medicum”, №2, 2014 г. journals.eco-vector.com , policlin.ru

Профессора И.А. Миненко и Р.Э. Валеев также **переписывают материал докторской диссертации Л.А. Богачевой без ссылки** относительно дорсалгии в свой статье – «Нелекарственная коррекция дорсалгий методами восстановительной медицины» («Вестник новых медицинских технологий» - 2010 – Т.ХVII, N3-С.40) cyberleninka.ru.

Фрагменты работы другого специалиста обязаны иметь авторскую ссылку. Вместе с тем **профессор Н.А. Шостак**, к.м.н. Н.Г. Правдюк, А.А. Клименко в своих статьях и книгах постоянно **пользовались и пользуются** материалами докторской диссертации Л.А. Богачевой **без ссылки** (см. Обзор и анализ российской медицинской литературы с 2000 г. по 2018 г.)! В частности - определение «неспецифической боли в спине». Книга «Боль в спине» 2019 г. находится под редакцией **проф. Н.А. Шостак**.

Ортопед к.м.н. Черепанов В.Г. в своей докторской диссертации «Синдром структурно-функциональной триады при дегенеративно-дистрофических заболеваниях поясничного отдела позвоночника», Москва, 2019 г. (Научный консультант: доктор медицинских наук, профессор Кавалерский Геннадий Михайлович) **переписывает клинический материал д.м.н. Богачевой Л.А. не скрываясь, не проводя не прямое цитирование!**

Черепанов - «Развивающиеся с возрастом дистрофические процессы способствуют снижению резистентности к динамической и поструральной нагрузке (бытовой или профессиональной), повышая риск повреждения мышечно-скелетных структур» - **Богачева** «Дорсалгия – неспецифическая боль в

спине», 2012, стр. 32 (dorsalgia.ru)

Черепанов - «При неспецифических повреждениях выявляются следующие источники боли [106,160,213,263,346,362,395,421,467,486,490]: - микро-деструкция различных структур спины; - мышечный спазм; - триггерная точка; - миогелез; - подвывих сустава позвоночника; - подвывих сустава таза; 19 - острая грыжа диска; - нестабильность позвоночного сегмента; - сдавление нервного корешка или нерва...» - **Богачева**, докторская диссертация «Боль в спине: клиника, патогенез, организация первичной медицинской помощи», Москва, 1998; «Дорсалгия – неспецифическая боль в спине», 2012, стр. 25-31.

Почему д.м.н. Черепанов В.Г. ссылается описание хронической мышечно-скелетной дорсалгии на **Хабирова Ф.А.**, Казань, 2006 г. (162), а не на **автореферат Богачевой**, 1998 г., стр. 16 (dorsalgia.ru)? Или на иностранных специалистов, например, ссылка на Arumugam A. et al, 2012 (185). Нужно ли перечитать этот материал – есть ли там данные о **хронической дорсалгии (!?)** **Конечно, нет!** В своей статье Богачева Л.А. и Снеткова Е.П. впервые описывают синдромы дорсалгии («Неврологический журнал» - 1996. - №2. -С.4-8). **И других разночтений нет!**

В обзоре о боли в спине Черепановым В.Г. описываются в основном иностранные международные рекомендации:

«В настоящее время имеется множество национальных и международных рекомендаций по ведению пациентов с болью в нижней части спины [Airaksinen O. с соавт. 2006; van Tulder M. с соавт., 2006; Chou R с соавт., 2007; Chou R. с соавт., 2009; Savigny с соавт., 2009]. Врачи общей практики при ведении пациентов с болями в спине руководствуются этими клиническими рекомендациями. К сожалению, в нашей стране относительно эти рекомендации не столь широко известны и не используются в полной мере в повседневной практике, что существенно ухудшает результаты ведения пациентов.»

Хочется сразу сказать - российские врачи не довольны результатами ведения пациентов с болью в спине, так как более 40 лет их учили неправильно...

Обзор литературы докторской диссертации Черепанова В. Г. неполный, недостоверный, следует его переписать, в нем нет значимых данных о российских специалистов! Это «замалчивание» российских работ!

В портале научных статей «ДЛЯ СТУДЕНТА» подготовлены правила и примеры оформления цитат по ГОСТу:

Правила цитирования интернет-ресурсов:

ifepoz.ru dissnert.org library.unicom.ru

- используется именно фрагмент материала, а не весь материал целиком;
- чётко (кавычками) выделяется начало и конец цитируемого фрагмента;
- указывается ФИО Автора или Авторов (максимально полно, на сколько это возможно);
- указывается точное название работы и точная ссылка на веб-страницу-переводчика (а не на главную страницу сайта, с которого взят материал);

При условии оформления границ цитаты и ссылки на источник, цитирование не является плагиатом.

Существует также не прямое цитирование iferoz.ru .

«Преимущество состоит в том, что текст цитаты можно изменять, использовать его дословно необязательно, Специалист может изложить суть цитаты своими словами, выбрать из нее ключевые мысли. Пример непрямого цитирования: «По мнению Кудрова В.М. автора учебника «Мировая экономика»...»

Как считает автор учебника «Мировая экономика» Кудров В.М....»

Исследователь Кудров В.М. в своем учебнике «Мировая экономика» отмечает...».

Кстати, если писать «скелетно-мышечная боль», а не «мышечная-скелетная боль», то это просто - **«обратный текст»** ...Скрываться не надо.

Предлагаю также рецензентам-профессионалам рассматривать (проверять) медицинские статьи и книги с точки зрения определенных интеллектуальных нарушений в них. **Грамматические фразы некоторых авторов-медиков могут быть построены правильно, но лишены смысла и содержания (Шизофазия – Википедия).** Эти статьи и книги должны исключаться из публикации.