

ДВОЙНОЕ РАССЛЕДОВАНИЕ

МИФЫ О БОЛЕЗНЯХ

**Игорь
ПРОКОПЕНКО**

Известный документалист,
телеведущий и журналист

**Сергей
БУБНОВСКИЙ**

Авторитетный врач-
кинезитерапевт

ПОЧЕМУ МЫ БОЛЕЕМ?

Сергей Бубновский

**Мифы о болезнях.
Почему мы болеем?**

«ЭКСМО»

2018

УДК 616
ББК 53

Бубновский С. М.

Мифы о болезнях. Почему мы болеем? / С. М. Бубновский —
«Эксмо», 2018

ISBN 978-5-04-096481-9

В XXI веке человечество вынуждено не только приспосабливаться к стремительному развитию инновационных технологий, но и адаптироваться к новым заболеваниям, о которых раньше никто не слышал. Но насколько опасны эти заболевания? Где находится грань между серьезным недугом и стремлением врача назначить пациенту дорогое, но избыточное лечение? Могут ли современные медицинские манипуляции и высокотехнологичные хирургические операции вернуть пациенту утраченное здоровье? В этой книге популярный телеведущий Игорь Прокопенко проводит журналистское расследование причин, почему с появлением инновационных лекарств и высокотехнологичной медицинской помощи люди стали больше болеть, а знаменитый врач-кинезитерапевт, доктор медицинских наук, профессор С.М. Бубновский дает рекомендации тем, кто не хочет стать жертвой избыточного лечения, и подробно объясняет, как избавиться от болезни без лекарств и как восстановить здоровье, если без медицинского вмешательства обойтись невозможно.

УДК 616
ББК 53

ISBN 978-5-04-096481-9

© Бубновский С. М., 2018

© Эксмо, 2018

Содержание

Вступительное слово Игорь Прокопенко	7
Важная информация!	8
Глава 1. Болезни нового тысячелетия	9
Сергей Бубновский	9
Ятрогения – болезнь от лечения	11
Лечить нельзя помиловать	12
Диспластический коксартроз	14
Сколиоз	16
Из жизни суставов. Мениски: удалять или нет?	21
Киста Бейкера	23
Суставы и суставная жидкость	25
Правка атланта: стоит ли рисковать?	27
Великий миф XX века – грыжа позвоночника	31
Конец ознакомительного фрагмента.	34

Сергей Бубновский, Игорь Прокопенко

Мифы о болезнях. Почему мы болеем?

© Бубновский С.М., 2018

© Прокопенко И. С., 2018

© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2018

Вступительное слово Игорь Прокопенко

«Диеты с физическими нагрузками – губительны для здоровья и сокращают жизнь», – с таким сенсационным заявлением недавно выступил доктор медицины из Бразилии Пауло Убиратан – и был практически уничтожен международными корпорациями, которые зарабатывают на здоровье. Диетологи обвинили доктора в мракобесии, разработчики здорового образа жизни – в попытке подрыва генофонда нации. Лоббисты транснациональных компаний по производству здорового питания сегодня смотрят на бразильского доктора, как на вошь... То ли раздавить, то ли – не заметить. А всего-то веселый доктор усомнился в некоторых аксиомах, на которых строится многомиллиардный бизнес тех, кто кормит по науке и – за немаленькие деньги – учит жить по струнке. Вот несколько афоризмов от доктора-расстриги:

«Если бы постоянная ходьба была так полезна – почтальоны были бы бессмертны».

– «Дельфины всю жизнь плавают, – продолжает тролить коллег доктор Пауло, – едят только рыбу и водоросли, пьют воду тоннами – а все равно толстые».

И правда, не поспоришь. Дельфинов несмотря на здоровый образ жизни не назовешь худенькими, да и почтальоны – не самые здоровые люди на свете. Так в чем же подвох? Почему Черчилль с вечной сигарой в зубах и бутылкой коньяка в руке дожил до девяноста лет, а отца современных витаминов Лайнуса Поллинга давно уж нет в этом мире несмотря на здоровый образ жизни? Что нам не договаривают медики и почему попытки сделать человечество худым и здоровым больше похожи на заговор корпораций?

Книга, которую вы держите в руках, – наш совместный труд с доктором Сергеем Бубновским, которого я знаю уже больше двадцати пяти лет. В нашей третьей книге мы снова вместе искали ответы на животрепещущие вопросы, связанные с человеческим здоровьем. Что нужно знать о болезнях, чтобы не стать жертвой собственных страхов и медицинских заблуждений.

Важная информация!

Книга не является медицинским справочником или сборником рецептов. Если вас беспокоит ваше здоровье – не стоит искать способы лечения в литературе, интернете, отрывных календарях. Сдайте анализы и запишитесь на прием к врачу. А уж потом читайте что вам вздумается.

Игорь Прокопенко

Глава 1. Болезни нового тысячелетия

Сергей Бубновский

В век научно-технического прогресса (НТП) медицина незаметно подсадила человечество на медико-техническую, аппаратную и лекарственную помощь и постаралась сделать все, чтобы люди забыли про свою биологию и внутренние ресурсы человеческого организма. В результате современные люди стали рабами этого самого «прогресса», который приучил их при любой проблеме со здоровьем вызывать неотложную медицинскую помощь и терять время (а зачастую и здоровье) на ожидание приезда пресловутой «каеты 03».

Вызывая «скорую помощь», пациенты возлагают надежду на то, что приехавшие врачи им действительно помогут, но при этом они не осознают, что у прибывшей к ним «каеты 03» могут отсутствовать нужные медикаменты, а у медицинского персонала может быть низкая или недостаточная квалификация.

Я ни в коем случае не являюсь противником неотложной медицинской помощи, которая действительно спасает от смерти тысячи людей. Но я настаиваю на том, что каждый человек должен понимать и знать ресурсы собственного организма – если хотите, собственной внутренней «аптеки». Такие знания помогут вам не терять драгоценное время на ожидание помощи со стороны и при необходимости как можно быстрее оказать себе первую помощь самостоятельно. Кроме того, важно знать, что скорая или неотложная помощь непреднамеренно детренирует волю человека, подсаживая его на быстродействующие, но при этом зачастую токсичные для организма лекарственные препараты.

Дело в том, что для устранения острой боли в любом органе существует много способов, как медикаментозных, так и естественных. На избавление от болевых симптомов порой уходит немного времени, но если не разобраться в причине появления острой боли, то она постепенно переходит в хроническую, которая не отпускает человека уже месяцами, а зачастую и годами. Например, первый гипертонический криз можно снять лекарственной терапией, но если не разобраться в причинах его появления, он трансформируется в ИБС (ишемию миокарда), и это заболевание остается у человека уже, как правило, на всю оставшуюся жизнь!

Но для медицины это, конечно, выгодно, так как первая таблетка или инъекция «от давления» превращается в комплекс «сосудистых» лекарств, а дальше в ход идут стенты, шунты и дорогостоящие операции на сердце. При этом качество жизни человека существенно ухудшается, он становится запуганным и беспрекословно подчиняется кардиологу. И все – жизнь разрушена! А человеку на тот момент может быть всего лишь 40–45 лет...

И все эти проблемы часто начинаются с оказания пациенту первой медицинской помощи, которая, конечно, в определенный момент является необходимой, но в дальнейшем, уже при хронической форме заболевания, чаще всего направляет человека не на стадион, а в аптеку (в данном случае под словом «стадион» я подразумеваю естественные условия здорового образа жизни, то есть бег трусцой, гимнастику, закаливание). Подход такой: прими лекарство, а здоровьем займемся как-нибудь потом, сейчас некогда.

Все это касается любой проблемы со здоровьем. Острая боль в спине благодаря первичной или неотложной помощи (укола НПВС или блокады) из миофасциального синдрома (спазма мышц спины) переходит в остеохондроз. Грыжи дисков благодаря научно-техническому прогрессу в медицине приводят человека на операционный стол, после чего в дальнейшей жизни его ждет инвалидность и коляска. Боли в суставах (артрит, растяжение) благодаря обезболивающим уколам в сустав, которые считаются скорой помощью, и артроскопическим

воздействиям, которые называются «чисткой сустава», в итоге заканчиваются артрозом, а затем и заменой сустава (эндопротезированием), костылями или инвалидной коляской.

Головные боли, которыми часто страдают молодые люди, в результате неотложной помощи сосудистыми лекарствами приводят к антидепрессантам, нейролептикам и... деменции (слабоумию) в разных формах. И этот список можно продолжать и продолжать!

Скорая помощь необходима только в самых экстренных случаях – тогда, когда надо спасти жизнь. Но нельзя забывать, что у всех обезболивающих средств и других приемов скорой помощи есть серьезные побочные эффекты, которые в будущем могут разрушить здоровье и даже привести к инвалидности.

Я не против неотложной медицинской помощи, но... но и но! Расскажу вам об одном случае из моей врачебной практики (хотя за время моей работы в медицине подобных случаев было великое множество).

Меня пригласили на телевидение для участия в передаче в качестве одного из героев. Программа была посвящена травмам, полученным в различных бытовых и околоспортивных условиях. Ведущие вызывают приглашенных героев, которые живописно рассказывают историю своей травмы – с кровью, «скорой помощью», госпитализацией и другими пугающими подробностями. Надо сказать, что любая студия телевидения – это замкнутое пространство без окон и свежего воздуха. Отовсюду светят лампы операторов, в помещении жарко, душно и много зрителей, которых специально приглашают в студию для поддержания героев передачи аплодисментами. Это тоже определенная работа, к тому же оплачиваемая, поэтому в студию приходит много пенсионеров, здоровье которых, естественно, никто не проверяет, и у них свой режим жизни при телевидении.

Я сижу за кулисами, жду своего выхода, посматриваю в монитор, который показывает картинку происходящего в студии. Выступает героиня – актриса, которая очень ярко описывает свое падение на горных лыжах, сломанную ногу, кровь и прочие ужасы. И вдруг я вижу, как одна из женщин, хлопальщица, настолько эмоционально отреагировала на этот рассказ, что потеряла сознание и покатила между рядов по ступенькам вниз. Съемку передачи приостановили, вокруг женщины собрались люди (на эфирах передач «неотложная медицинская помощь» не дежурит), раздались охи, крики... Ко мне подбежала режиссер:

– Помогите, доктор!

Я подбегаю к женщине, потерявшей сознание, и вижу, что сердобольные люди машут ей на лицо платками, брызгают водой, суют в рот какие-то таблетки через уже синеющие губы... Что поделаешь, они так привыкли! А женщина уже не то что глотать не может, она вообще уже где-то там, не с нами... Я снял с ее ноги ботинок, поднял ногу и стал работать со стопой и ногой, пытаюсь восстановить кровоток к сердцу, который в таких случаях как бы застревает в ногах. Обычно такой прием помогает мгновенно, а тут я вижу, что колено не сгибается, а сама она коченеет: еще мгновение, и все! Тогда я прибегнул к радикальному способу: стал ладонью массировать ей кончик носа. Она вздрогнула, затрясла головой: еще бы, больно же! Тут главное – нос не сломать. И вот она уже открыла глаза: «Где я?..»

Я ее «раздышал» с помощью рук и ног – это специальная гимнастика, достаточно простая. Я начал ее расспрашивать, но она, естественно, ничего не помнила. Такое с ней случилось впервые, а на вид женщине было лет 65–68. Я порекомендовал отправить ее домой. В результате для этой женщины все обошлось благополучно, но если бы все надеялись только на «скорую медицинскую помощь», то она в принципе не успела бы подъехать, а врач телекомпании – добежать. Пока его нашли бы, пока он взял бы свой чемоданчик, пока добежал... А жить женщине оставалось всего несколько минут.

Подобных случаев в моей практике (а точнее, в жизни, потому что это чаще всего происходит в неожиданных местах) было много. Острая боль в спине, которая возникает мгновенно, но приковывает человека к кровати порой на долгие недели... Если бы знать, что делать в эти первые минуты, то потом не было бы такой потери времени. Зачастую в таких случаях под руками и нет ничего, кроме самих рук. А если рядом вообще никого здорового нет?!!

Ятрогения – болезнь от лечения

Но дело еще и в том, что люди быстро привыкают к лекарственной медицинской помощи, а в наше время это особенно опасно. Есть даже отдельная болезнь, которая возникает от избыточной терапии и хирургии. Она называется ятрогения – то есть буквально «болезнь, порожденная врачом». Клятву врача «Не навреди!» современная (а точнее, общепринятая) медицина постоянно нарушает, навязывая пациентам без острой необходимости лекарства, обследования и даже операции. Количество ятрогений постоянно возрастает: в настоящее время они встречаются у 20 % больных и составляют 10 % госпитальной смертности!

Например, аппараты для диагностики создаются не в медицинских клиниках, а на производстве, и их разрабатывают биотехнологи, чаще всего не имеющие медицинского образования. Но ведь диагностические аппараты обязательно должны проходить медицинскую экспертизу! К сожалению, она проводится далеко не всегда, потому что в создание такого оборудования вложены огромные деньги и интересы бизнеса ставятся выше здоровья. Аппарат зачастую одобряют без всякой экспертизы, и он начинает применяться уже в медицинской практике, и его использование стоит очень дорого...

Люди быстро привыкают к лекарственной медицинской помощи, но это опасно – может развиваться болезнь под названием ятрогения.

Врачи, а тем более пациенты недостаточно учитывают возможные последствия использования современной медицинской техники и современных неинвазивных (без проникновения в органы или сосуды) и инвазивных (с проникновением) методов диагностики. Например, среди неинвазивных методов широкое распространение получают ультразвуковая диагностика, компьютерная томография, ядерно-магнитный резонанс. Все эти методы имеют ряд безусловных воздействий на больного. Например, ультразвуковая диагностика (УЗИ) неблагоприятно влияет на иммунную систему, угнетает функцию фагоцитоза и подвижность иммунокомпетентных клеток, изменяет структуру клеточных мембран (то есть происходит потеря рецепторов, поверхностных антигенов) и индуцирует хромосомные нарушения. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о возможном отрицательном влиянии ультразвукового исследования на плод (об этом полезно знать женщинам, которые любят «фотографировать» своего ребенка в различные месяцы его внутриутробного развития). Данное исследование (УЗИ) также вызывает снижение средней массы тела и нарушает функцию нервной системы. Компьютерная томография, как и другие рентгенологические методы диагностики, провоцирует развитие отсроченных генетических и канцерогенных эффектов, связанных прежде всего с нарушением репликации ДНК (в ядре клетки).

Недавно стало известно о том, что у женщин после повторных флюорографических обследований на 60 % увеличивается частота возникновения рака молочной железы, а у детей, матери которых подвергались рентгенологическому обследованию во время беременности, в полтора раза увеличивается риск развития рака и «синдрома преждевременного старения».

Ядерно-магнитный резонанс способствует нарушению ряда ферментных реакций (например, эндокринной системы) и появлению локальных токов, провоцирующих деформацию процессов возбуждения в ЦНС (саморегуляция организма), причем патогенный эффект этого явления еще не изучен.

Ятрогенность инвазивных методов диагностики и терапии (например, эндоскопических и артроскопических) значительно выше неинвазивных!

Конечно, из всего сказанного выше не следует, что методы диагностики и терапии, пришедшие в медицину благодаря научно-техническому прогрессу, не должны совершенствоваться и приумножаться – остановить прогресс невозможно! Речь идет о злоупотреблении, или избыточном применении этих методов диагностики и терапии ради прибыли медицинского учреждения.

Остановить прогресс невозможно, но зачастую наблюдается избыточное применение новейших методов диагностики и терапии – во вред здоровью пациента и только ради прибыли медицинского учреждения.

Лечить нельзя помиловать

Тенденция к гипердиагностике и в связи с этим избыточного применения лекарственных средств и хирургических вмешательств, которая наблюдается в последние два десятилетия медицинской практики, в XXI веке распространилась очень широко. Россия в этом вопросе также старается не отставать, но при этом действия многих специалистов от медицины становятся вычурными и опасными для здоровья пациентов.

С одной стороны, необходимость развития новых технологий и применения в медицине различных инноваций оспорить нельзя. Это доказали и кардиохирурги, которые спасают многих своих пациентов от проблем, не решаемых ранее, и микрохирурги, и трансплантологи, и онкологи, и окулисты. Благодаря их действиям и тем современным аппаратам, инструментам и диагностическим приборам, которые они используют, огромное количество больных получили возможность продолжать жизнь, ходить, видеть и так далее. Но в то же время желание заработать любой ценой просматривается невооруженным взглядом.

Мы уже писали об избыточности лекарственных средств, назначаемых врачами. При этом не учитывается несовместимость многих из них, дублирование лекарственных воздействий, наличие сопутствующих заболеваний основной патологии. Причем многие новые лекарственные средства практически не изменили лечебное действие и даже формулу, просто выпускаться стали с новым названием и стоить намного дороже.

Многие врачи не учитывают также и образ жизни больного, его вес, а порой и возраст, от которого зависит обмен веществ (метаболизм), то есть проникновение лекарственного средства в органы и выведение продуктов распада при метаболизме. Из-за влияния этих факторов одно и то же лекарственное средство при разной конституции, возрасте и сопутствующих заболеваниях дает разный эффект. Но у врача нет времени на это изучение, особенно у врачей поликлинической практики, действия которых, помимо всего прочего, ограничены нормой времени, которое отводится на прием одного больного.

Больные думают, или их так заставляют думать, что чем больше лекарств вводится в организм, тем больше лечебных воздействий в нем они (лекарства) выполняют. И еще есть мнение, что чем дороже лекарство, тем выше его качество! Отнюдь...

Помимо аллергических реакций, вызываемых лекарственными средствами, из-за их действия на слизистые оболочки органов и сосудов организм начинает отторгать эти лекарства опасными для жизни реакциями. Анафилактический шок, отек Квинке, язвенные кровотечения возникают именно от переизбыточности лекарств. В результате у больных, постоянно принимающих лекарственные препараты, возникает серьезная лекарственная зависимость, причем эта зависимость не только психическая (страх), но и биохимическая, аналогичная абстинентному синдрому у алкоголиков, наркоманов и курящих. То есть зачастую бывает так, что смысла принимать препарат уже нет, а привычка к нему осталась, что не только снижает качество жизни, но и вызывает другие болезни. Об этом мы уже писали в «Заговоре фармацев-

тов», просто хочется еще раз предупредить больных людей более внимательно читать аннотацию к лекарственным средствам.

Кроме того, лекарственные средства, которые широко применяются для лечения заболеваний костно-мышечной системы (остеохондроза с грыжами и протрузиями, остеопороза, артрозов и артритов), например, НПВС, спустя определенное время после начала применения вызывают осложнения и ухудшение метаболизма этой системы. Но при этом средства и методы кинезитерапии, основанной на глубоких традициях лечебной гимнастики и применяемой еще во времена Гиппократов, как-то позабылись.

При лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата беспорядочно используются также и средства естественной физиотерапии, которые тоже имеют давние традиции в медицинской практике и при правильном использовании оказывают высокий лечебный эффект, но многие из них врачи просто запрещают. К таким естественным средствам относятся прежде всего методы бальнеотерапии – души, бани, сауны, гидротерапия, холодные обертывания, терренкуры. Санаторно-курортные комплексы также используются пассивно, а порой и неадекватно: саун в санаториях мало, и при них зачастую отсутствуют купели с холодной водой, а занятия по обучению управлению дыхательными мышцами на свежем воздухе, особенно у воды, не проводится. Поэтому физиотерапия применяется только аппаратная.

Но почему это происходит? Ответ прост: все перечисленные методы естественной терапии (кинезитерапия, бальнеотерапия, саунотерапия, терренкуры, кардиотренажеры) требуют от врача или специалиста специальных знаний, личного труда, терпения и последовательности. Именно этого как раз и не хватает терапии XXI века. В настоящее время фитнес-центры, спа-центры, восточные массажи и гимнастики постепенно вытеснили эти лечебные методы из медицинской практики, хотя специалисты, работающие при таких «оздоровительных» центрах, не обладают знаниями функциональной анатомии и динамической физиологии и не разбираются во врачебном контроле, который необходим при занятиях активными оздоровительными видами спорта. Они также мало разбираются и в том, какие адаптивные и компенсаторные реакции возникают в организме при занятиях восстановлением здоровья, как происходит регенерация тканей и какие стрессовые реакции психической деятельности вызывают оздоровительные процедуры.

Так и получается: с одной стороны, применяются суперсовременные медицинские технологии, прежде всего относящиеся к хирургической практике, а с другой стороны, используется примитивная терапия назначения лекарств по списку (а сегодня и по Интернету) и аппаратная физиотерапия с пассивным поведением больного во время процедуры. В результате, с одной стороны, врачи стали спасать от заболеваний, которые раньше не поддавались лечению, но, с другой стороны, растет число городских жителей, не способных к самообслуживанию.

Детей тоже коснулась проблема гипердиагностики и избыточности лечебных действий. Участились случаи выявления болезней тазобедренного сустава. Возьмем, например, так называемый врожденный вывих тазобедренного сустава. Сейчас этот диагноз стали ставить детям с вполне нормальными тазобедренными суставами без отведенной в сторону ноги после родов. Врачи смотрят на рентгеновском аппарате малыша в возрасте младше 1–2 лет, когда в силу возрастной физиологии его сустав еще не полностью «созрел», и на снимке можно увидеть только хрящ будущего сустава, так как костная составляющая еще не развилась. Но ставить такой диагноз на основании снимка еще не сформировавшегося, «неготового» сустава некорректно, особенно если сустав (бедро) вращается во все стороны! В этом случае малышу необходимо провести миофасциальную диагностику тазобедренного сустава: если бедро свободно отводится в сторону при ротации (вращении) тазобедренного сустава без явной болевой реакции, если ноги ребенка при правильной позе одной длины, то нет никакого основания ставить ребенку диагноз «вывих тазобедренного сустава».

Но в арсенале у ортопедов миофасциальной диагностики нет – у них есть шины, ортезы, корсеты и стельки, которые они рекомендуют молодым неопытным родителям под предлогом коррекции. И они не учитывают тот факт, что шины, устанавливаемые ребенку на зону промежности якобы для фиксации головки тазобедренного сустава по центру вертлужной впадины, на самом деле создают иммобилизацию мышц нижних конечностей. И это назначение делается ортопедами в тот возрастной период, когда происходит активный рост скелета, в период самого активного роста ребенка – в первый год жизни! Причем именно в первый год жизни ребенок должен встать на ноги и начать ходить. В этом возрасте суставы бывают еще слабыми, поэтому дети при ходьбе косолапят, а родители, не понимая этого, обращаются к ортопеду. Тот «находит» вывих тазобедренного сустава, ставит шины, вставляет стельки в обувь, а на спину надевает корсет.

Но что происходит дальше? Ребенок растет (вернее, растут его кости), но в тазобедренные суставы, выключенные в этот период из активного движения, питание не поступает, и те начинают разрушаться, как только ребенок встает на ноги. Из-за этого малыш начинает ходить «на костях», а не на мышцах, которые не успели развиваться, так как были выключены из режима работы. Если мышцы не работают, они атрофируются – эта истина, а точнее аксиома, известна даже подросткам. Дети со слабым скелетом и слабыми мышцами не понимают своей слабости и начинают активно нагружать свой скелет, изголодавшись по движению, но мышцы, связки и сухожилия, ослабленные долгим бездействием, не держат суставы (а человек ходит на мышцах и связках, а не на костях, к которым крепятся мышцы), и суставные поверхности самых крупных суставов туловища начинают стираться в прямом смысле слова. В результате возникает болезнь Пертеса, или асептический некроз головки бедренной кости. Дальше появляется необходимость замены его на эндопротез, а до эндопротезирования выполняют еще и остеотомию, то есть «подрезают» зону некроза в головке и ставят аллопланты – якобы для восстановления синовиальной оболочки сустава. Но на самом деле восстановить синовиальную оболочку сустава невозможно: хрящи не растут и не восстанавливаются, так как в них нет кровеносных сосудов – это просто лишняя процедура, которая стоит определенных денег.

Подведем итог сказанному выше:

- Чтобы провести анализ и диагностику телесного здоровья ребенка, надо ориентироваться не на мнение родителей и рентгеновские снимки, а проводить миофасциальную диагностику, которая покажет «слабые» места в костно-мышечной системе ребенка и подскажет упражнения для коррекции. Это может сделать только кинезитерапевт.
- Все искусственные ограничители, рекомендуемые ортопедами (шины, стельки, корсеты), способствуют развитию болезней опорно-двигательного аппарата – в данном случае болезни Пертеса.
- В любом случае (и при сколиозе в том числе) до 16–18 лет ребенок нуждается только в физической, а не хирургической коррекции.

Выявить «слабые» места в костно-мышечной системе ребенка может только миофасциальная диагностика, которую должен проводить кинезитерапевт.

Диспластический коксартроз

Большинство ортопедов и артрологов под дисплазией тазобедренного сустава подразумевают его врожденную неполноценность, которая обусловлена недоразвитием вертлужной впадины таза, а порой и самой головки бедра. Диагностически данная проблема тазобедренного сустава должна выявляться особенно ярко в возрасте 2–4 месяцев, и при ее доказанности ортопеды используют различные ортопедические приспособления: стремена Павлика, широкое пеленание, вправление вывиха и лечение кокситной повязкой.

В ранней детской патологии различают три основные формы дисплазии тазобедренного сустава:

- 1) дисплазия вертлужной впадины – ацетабулярная дисплазия, то есть недоразвитие вертлужной впадины, которая является так называемой крышей тазобедренного сустава;
- 2) дисплазия проксимального отдела бедренной кости, то есть неправильное развитие самой головки и шейки бедренной кости;
- 3) ротационная дисплазия, при которой нарушены движения в тазобедренном суставе.

В этой связи существует классификация патологий тазобедренного сустава, основанная на клинико-рентгенологических показателях:

- а) норма;
- в) предвывих;
- г) подвывих;
- д) врожденный вывих.

Тем не менее целесообразно различать понятия «нарушение развития сустава» (именно это и есть дисплазия) и «замедление развития» («незрелый» сустав – пограничное состояние, группа риска). Развитие тазобедренного сустава происходит в процессе тесного контакта при взаимодействии головки бедра и вертлужной впадины. Распределение нагрузки на костные структуры определяет ускорение или замедление костного роста, а в конечном результате – форму головки бедра и вертлужной впадины, а также геометрию сустава в целом. Важно знать, что тазобедренный сустав удерживается в суставной впадине за счет напряжения суставной капсулы и собственной связки (круглой связки тазобедренного сустава), поэтому для правильного развития тазобедренного сустава огромное значение имеет нагрузка на эти соединительно-тканые образования.

Специальные упражнения позволяют ускорять развитие костного роста и правильно распределять нагрузки на костную структуру таза и нижних конечностей, что, в конце концов, является определяющим фактором для правильного формирования головки бедра и вертлужной впадины. Интересно отметить, что некоторые клинические тесты, которые могут указывать на дисплазию тазобедренного сустава у детей первого года жизни, могут выявлять, например, асимметрию кожных складок, которая наблюдается у половины новорожденных детей. Но сам по себе этот тест диагностического значения не имеет, так же и так называемый золотой стандарт ранней диагностики дисплазии тазобедренного сустава, которым является симптом Маркса – Ортолани (симптом щелчка, или симптом соскальзывания), обнаруживаемый у детей первых двух недель жизни. На самом деле этот симптом вовсе не свидетельствует о заболевании тазобедренного сустава – он может встречаться и у совершенно здоровых новорожденных детей. Поэтому на дисплазию тазобедренного сустава можно не обратить внимание или даже пропустить ее в том случае, если биомеханическое нарушение в результате дисплазии не превышает критического уровня (стадия подвывиха или вывиха тазобедренных суставов). Напротив, замечено, что люди с ацетабулярной дисплазией, то есть недоразвитием вертлужной впадины – «крыши» тазобедренного сустава, имеют высокую потребность в двигательной активности и хорошую моторику, они чаще занимаются спортом, танцами, нередко очень успешно. Этому способствует врожденная гипермобильность суставов, высокая эластичность связок и конституционный тип физического развития.

Напомню, что существует две основные патологии тазобедренного сустава: деформирующая и диспластическая. Причиной деформирующего коксартроза является неправильный образ жизни, который приводит к нарушению обмена веществ соединительной ткани нижних конечностей. Деформирующий коксартроз напрямую связан с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника или прямой травмой тазобедренного сустава, как это было в моем случае. Диспластический коксартроз является врожденной патологией, которая связана с недоразвитием костно-хрящевых структур тазобедренного сустава. По этой причине дети с выявленной

дисплазией тазобедренного сустава, или двусторонней дисплазией, в течение всей жизни нуждаются в профилактике коксартроза, которая заключается в выполнении обязательных силовых упражнений декомпрессионного типа прежде всего для мышц таза и бедра, укрепляющих мышечно-связочную структуру сустава. Но в реальной жизни такие профилактические программы подросткам не назначаются, и получается феномен ножиц: с одной стороны, подростки (как правило, девочки) занимаются гимнастикой и танцами, что само по себе хорошо, но, с другой стороны, и танцы, и художественная гимнастика дают гигантские нагрузки на тазобедренный сустав, которые должны сниматься альтернативными силовыми нагрузками, при которых мышцы выполняют специальные силовые упражнения, но при которых сустав не упирается в вертлужную впадину. И что самое интересное, подобные нагрузки должны быть больше, чем у тех, кто не занимается спортом. Я называю их силовыми декомпрессионными упражнениями, и на сегодняшний момент основными такими нагрузками являются упражнения, которые выполняются на тренажере МТБ-1–4.

Если же специалисты выявили недоразвитие сустава у ребенка в подростковом периоде, но при этом ребенок еще с 7–8 лет стал заниматься гимнастикой и танцами, то врачи должны контролировать состояние сустава и периодически проводить рентгенологические или ультразвуковые исследования тазобедренных суставов, хотя эти методы диагностики все же являются вторичными по отношению к клиническому состоянию. Другими словами, сочетая два вида физических нагрузок (то есть специальную физическую нагрузку, к которой относятся занятия художественной гимнастикой или балльными танцами, и базовую общефизическую подготовку на тренажерах МТБ, которая не приводит к увеличению массы тела, что очень важно для гимнастики и танцев), можно не обращать внимания на запреты специалистов-ортопедов по отношению к этим видам спортивной деятельности.

У детей более раннего возраста (до 4 лет) отсутствие адекватной гимнастики, основу которой должны составлять упражнения для укрепления мышц спины и нижних конечностей, дисплазия тазобедренных суставов может привести к тяжелому заболеванию – болезни Пертеса, приводящей к асептическому некрозу (разрушению) головки бедренной кости. Но, как показывает моя практика, при подобных заболеваниях тазобедренного сустава оперативные действия типа остеотомии не только не дают нужного эффекта, но в дальнейшем еще больше усугубляют положение и в том числе способствуют образованию кист (то есть пустот) в костях, мешающих провести операцию по эндопротезированию. Поэтому при постановке диагноза «диспластический коксартроз» и необходимости проведения остеотомии рекомендую обратиться в Центр кинезитерапии, работающий по методу Бубновского.

При постановке ребенку диагноза «диспластический коксартроз» и назначении остеотомии необходимо обратиться в Центр кинезитерапии, работающий по методу Бубновского для проведения миофасциальной диагностики и безоперационного лечения с помощью специальных упражнений, включающих декомпрессионные нагрузки.

Сколиоз

Проблема сколиозов позвоночника у детей является очень острой, а методы лечения этих заболеваний тоже относятся к избыточным лечебным действиям. Обычно в таком случае у родителей возникает проблема выбора: нужно ли делать операцию на позвоночнике с целью коррекции (выпрямления) позвоночного столба путем закрепления на нем различных металлических корригирующих конструкций, или все-таки отказаться от операции и заняться естественной коррекцией позвоночника?

Существует достаточно много теорий, объясняющих появление в детском теле сколиоза, но до сих пор ни одна из них не стала основополагающей. С моей точки зрения, все извест-

ные мне теории носят умозрительный характер, так как все они рассматривают только костную часть позвоночного столба (линию позвонков) и не дают никаких комментариев о роли плохо работающих мышц позвоночника и об их взаимодействии с мышцами пояса верхних и нижних конечностей. Кроме этого не учитываются и особенности возрастной физиологии, то есть влияние позвоночного столба и всех его анатомических элементов на развитие других органов и систем в период взросления, а также особенности формирования организма в пубертатный период (период полового созревания) – у девочек это 13–15 лет, у мальчиков 14–16 лет. В некоторых случаях у девочек этот период может наступить раньше.

Мне постоянно приходится смотреть рентгеновские снимки, исчерченные линиями под различными углами, благодаря которым ребенку ставится диагноз сколиоза от 1-й до 4-й степени. Но даже школьник знает, что при лечении любого заболевания надо лечить причину, а не следствие. При искривлении позвоночника рентгеновский снимок показывает лишь следствие, то есть изменившуюся, искривленную линию позвонков. Безусловно, костная ткань является главной составной частью скелета, который выполняет поддерживающую функцию по отношению к мышечным структурам, которые крепятся к костям, но именно мышцы формируют систему рычагов, которые умножают усилия, создаваемые человеком, и преобразуют их в движения тела. То есть мышцы двигают костями, а кости всего лишь удерживают эти мышцы и благодаря этому, кстати, кости становятся более крепкими. То есть как работают мышцы, такими и становятся кости. Если мышцы работают плохо, то кости бывают слабые, а позвонки искривлены. Если мышцы работают хорошо, то и скелет крепкий, и рычаги сильные.

А теперь скажите, какой смысл в измеряемых рентгенологами углах позвонков и их ротации, если на этих снимках не видно мышц (мышцы на 84 % состоят из воды, поэтому рентгеновские лучи проходят их насквозь, не отражаясь на снимках) и их сила не может быть измерена. Если структура рассматривается без понимания функции, то структура рассматривается неправильно. Кости – это структура. Мышцы – это функция!

Кости – это структура, мышцы – это функция. Если структура рассматривается без понимания функции, то она рассматривается неправильно.

Между тем у подростка со сколиозом позвоночника отмечается асимметрия развития также и поверхностных мышц. В связи с этим ортопеды предлагают детям выполнять асимметричные упражнения или одевают их в корсеты с попыткой насильственного «выправления» мышечных групп. Но асимметричные упражнения создают новые мышечные валики, а корсеты сдавливают тело, мешая внутренним органам. Ортопеды настаивают на хирургической коррекции, вставляя в позвоночник различные металлические конструкции, но выровнять позвоночный столб все равно не получается, и позвонки начинают «гулять» в этих конструкциях. Кроме того, при хирургической коррекции на детей смотреть страшно: по всей спине идет грубый рубец, от шеи до таза. Чуть позже развивается целая группа заболеваний, связанных с неработающими мышцами, возникают боли в спине и... появляются новые искривления выше или ниже «корректирующей» системы. Что ждет пациента в этом случае – новая операция? А затем новые рубцы, новые страдания и... новые болезни? В таких случаях отмечаются и заболевания крови, и снижение иммунитета, и закрепление психологической неполноценности.

Упражнения по системе ЛФК тоже практически не дают результатов, потому что специалисты по ЛФК забывают о том, что усилия создают мышцы, а кости используются только как рычаги. То есть в этом случае усилия нужны нешуточные, и простыми упражнениями и перемещениями тела в пространстве гимнастического зала такую задачу не решить. Если мышцы двигают кости, а кости – это скелет, то какое усилие необходимо создать, чтобы развернуть кости (позвонки) в разные стороны? Я считаю, что при сформировавшемся сколиозе (а он формируется у девочек уже к 11–13 годам, а у мальчиков – к 14 годам), развернуть кости

невозможно, поэтому любые попытки развернуть позвонки насильственно в другую сторону являются бессмысленными и вредными!

Что же делать? Надо научиться жить с такой спиной. Но как это возможно?! Чтобы это понять, надо просто проанализировать функциональную анатомию позвоночника. Анатомическое строение опорно-двигательного аппарата говорит о том, что в сформировавшемся позвоночнике кроме костей существуют также и три группы мышц только по задней поверхности (глубокие, промежуточные, поверхностные), причем глубокие околопозвоночные мышцы характеризуются тем, что чем они глубже, тем короче и... сильнее. Кроме этого есть боковые мышцы (квадратная и поясничная), которые наклоняют тело в сторону, мышцы передней поверхности позвоночника – мышцы брюшной стенки (прямая и поперечная), а также внутренняя косая и наружная косая мышцы туловища. Ротация (скручивание) позвонков происходит именно за счет глубоких околопозвоночных мышц с участием широких и косых мышц живота.

Возрастная физиология говорит о том, что с момента рождения у ребенка в первую очередь формируются хрящи и глубокие мышцы. Со временем хрящевая ткань постепенно преобразуется в костную, а глубокие мышцы способствуют развитию и формированию более поверхностных мышц. Правильное формирование скелета зависит от правильного физического развития в раннем возрасте, а правильное физическое развитие зависит от правильной гимнастики, влияющей на развитие скелета и глубоких мышц спины и мышц живота, которую родители должны проводить с маленьким ребенком. Но кто из родителей регулярно занимается с малышом физическими упражнениями типа подтягиваний, гиперэкстензии или «приседаний» лежа? К сожалению, большинство родителей этим не занимаются.

Почему я об этом говорю? Дело в том, что именно при выполнении с грудным ребенком этих упражнений можно выявить функциональную асимметрию развития глубоких мышц, которые в свою очередь влияют на правильное или неправильное развитие позвоночника.

В начальном периоде жизни ребенок всегда лучше толкается одной ногой или лучше хватается одной рукой. Это является функциональным показателем дисплазии (недоразвития) мышц одной стороны туловища. Если при выполнении упражнений на это обратить внимание и своевременно (то есть в период наиболее активного роста ребенка – в первый год жизни) начать проводить малышу корригирующую гимнастику, которая заставит его работать именно отстающими конечностями, то негативных последствий в виде сколиоза не будет. Такую гимнастику необходимо проводить регулярно, и она требует от родителей определенных знаний и смелости. Но если вовремя не обратить внимания на проблему и растить ребенка как хрустальную вазу, боясь упражнений, то жди беды! И беда придет в виде сколиоза разной степени выраженности: у девочек это случится в возрасте 11–13 лет, а у мальчиков в 14–16 лет.

То есть надо активно заниматься профилактикой сколиоза, развивая мышцы туловища – верхние, нижние конечности и мышцы спины, именно в период бурного роста костной ткани, которая в это время растет сама по себе, без всяких усилий со стороны резко растущего организма, а мышцы развиваются только благодаря упражнениям. Если этого не делать, то в период с 11 до 14 лет из глубины тела на арену «выходят» недоразвитые с одной стороны и сильные с другой стороны мышцы позвоночника (околопозвоночные мышцы). Они и скручивают позвоночник, а кости лишь умножают усилия, создаваемые скелетными мышцами. Так возникает сколиоз у ребенка, родители которого его не имели, но своим ребенком просто не занимались. Конечно, бывают также и травмы, и... мануальные терапевты, которые мешают позвоночнику правильно развиваться, и ортопеды, которые назначают шины при так называемых дисплазиях тазобедренных суставов. Но этот вклад в общую картину развития сколиоза у детей все-таки невелик – он представляет значительно меньшую угрозу, чем неграмотные родители.

Лучшее лечение – это профилактика заболеваний. В данном случае это правильная силовая (!) гимнастика с младенцем, а именно – домашний детский тренажер с лестницами, кана-

тами и кольцами. Мышцы развивают только силовые упражнения, к которым относятся подтягивания, отжимания, висы и прыжки. Но малышу, как правило, назначают только массаж. А вот если ребенок вырос без гимнастики, то в пубертатный период у него в течение одного года «вдруг» вылезает сколиоз.

Что же делать? Не следует спешить и пытаться исправлять его механическим образом – корсетом, операцией или гипсовыми кроватками! Подобные меры мешают гармонично развиваться всему организму. Необходимо знать, что для гармоничного развития организма главным элементом являются не кости, а спинной мозг, запрятанный в позвоночном столбе под толщиной мышц. Но если позвоночный столб зафиксирован металлическими конструкциями, то он уже не может работать полноценно, и это сказывается на функциях всех систем организма. Неподвижность позвоночника, вызванная установкой металлических конструкций, прежде всего мешает работе мышц спины, внутри которых находятся нервы и кровеносные сосуды, снабжающие питанием и кислородом все органы туловища. Мышцы, окруженные или зафиксированные металлической конструкцией, перестают «качать» кровь и лимфу по этим сосудам, и в результате нарушается питание соответствующих органов. Это приводит к появлению болей и развитию болезней.

Мышцы, окруженные или зафиксированные металлической конструкцией, перестают «качать» кровь и лимфу по сосудам. В результате нарушается питание соответствующих органов, что приводит к появлению болей и развитию болезней.

Но этих «скорректированных» металлом детей настоящая беда подстерегает чуть позже. О косметическом эффекте (шрам во всю спину) я уже говорил, но болезни – это страшнее любого шрама! Кроме того, чуть позже (может быть даже через 5–10 лет) начинают болеть неразвившиеся, зафиксированные металлом мышцы. Такие боли в спине трудно снять даже сильнодействующими препаратами, а ведь «ребенку» к тому времени уже будет 20–30 лет! Его жизнь по сути еще и не началась, но впереди у него только сплошные страдания, и такая тяжелая ситуация воздается всего лишь из-за прихоти взрослых быстро и без труда выпрямить ребенку позвоночник...

Если сколиоз уже сформировался, то необходимо заняться развитием «недоразвитых» мышц. Для этого нужно обратиться в Центр современной кинезитерапии, работающий по методу Бубновского. При лечении сколиоза методом кинезитерапии используется силовой стретчинг, то есть тренажеры, включающие одновременно все рычаги туловища (от пальцев рук до пяток) в декомпрессионном режиме. В таком методе есть много тонкостей, поэтому у пациентов возникает много вопросов. Один из них: исключаются ли асимметричные упражнения?! Ответ – да. Только симметричные по оси! Например, мышцы передней брюшной стенки – это мощные сгибатели туловища. Они расположены спереди от оси позвоночного столба. Эти мышцы тянут весь позвоночник вперед в пояснично-крестцовом и грудопоясничном сочленениях.

Данные мышцы оказывают чрезвычайно мощное действие, так как работают с применением системы рычагов. В нашем случае это горизонтальная (нижняя) тяга, которая способствует выпрямлению поясничного и грудного кифозов. То есть руки должны быть сильными, так как они вытягивают позвоночник верх-вперед по оси. Но ортопеды не придают никакого значения ни силе рук, ни их влиянию на коррекцию позвоночника. Тем не менее существует несколько десятков упражнений (прежде всего на МТБ), которые позволяют осуществлять декомпрессионную разгрузку позвоночника по оси вперед и вверх. Это рычаги верхней части туловища от рук до таза. Надо сказать, что основные мышцы спины крепятся в области таза, к крестцово-подвздошной связке. Но, кроме этого, огромное значение имеет и рычаг нижней половины туловища от таза до пяток – это пояс нижних конечностей. То есть таз («пятая

точка») как бы разделяет тело на два равных по своему значению рычага, которые дополняют друг друга, поэтому при коррекции позвоночника специалисты по современной кинезитерапии не рассматривают эти рычаги отдельно друг от друга. При этом рычаг пояса нижних конечностей имеет более весомое функциональное значение, так как именно он выравнивает таз с помощью специальных упражнений. К основным упражнениям для коррекции позвоночника относится жим ногами под углом 45–50 градусов, лежа на спине.

У детей со сколиозом ноги, как правило, бывают слабыми или ригидными. Такие дети плохо «гнутся», а зачастую у них присутствуют оба эти функциональные дефекта, которые ухудшают эластичность позвоночника. Как ребенку бегать или прыгать, если ноги не помогают позвоночнику? А если в этот позвоночник вставить еще и металлическую конструкцию, которая удерживается на позвонках с помощью поперечно ввинченных шурупов?..

Таким образом, коррекцию позвоночника нельзя считать настоящей коррекцией, если она проводится без участия рычагов тела, к которым относятся пояс верхних и нижних конечностей. И пусть это будет моим личным мнением, ибо существует достаточно много специалистов, не согласных с такой позицией! Но искусственное выпрямление позвоночника с помощью локально прикрученных корректоров я считаю бессмысленным и вредным не только для позвоночника, но и для всего организма в целом. Особенно тяжело смотреть на детей, еще не достигших 16–18 лет, но уже имеющих подобную металлическую конструкцию, «корректирующую» их позвоночник. В этом возрасте организм (и тело в целом) еще растет, а подобная металлическая система не дает ему расти и развиваться. Но природу не обманешь! И тогда что получается? Тело скручивается в тех отделах, которые свободны от металлического корректора. И тогда те же ортопеды ставят вопрос о «необходимости» установки дополнительных корректоров, которые они рекомендуют поместить выше или ниже уже поставленных – от шеи до таза. Лучше поставили бы они их себе, чтобы им лучше думалось...

В средневековье существовал такой вид казни, когда человека сажали на кол. В наше время такой казнью является установка на позвоночник металлического корректора. Ребенок не понимает, какую цену он заплатит за временное (именно временное!) выравнивание позвоночного столба хирургическим путем. Надо объяснять и, если хотите, показывать родителям тех детей, которые перенесли подобную операцию. Но в ортопедической медицине принято считать, что сколиоз 3–4-й степени необходимо оперировать...

Почему это происходит? Ответ таков: они, ортопеды, просто не хотят признавать тяжелые последствия подобной коррекции, которые ждут ребенка (подростка, молодого человека или девушку), потому что ничего другого они делать не умеют. Они смотрят на человека как на болванку, к которой можно что-то привинчивать или, наоборот, отрезать. В то же время естественная физическая коррекция с помощью декомпрессионных антигравитационных тренажеров МТБ позволяет исправить многие упущения физического развития в детстве и помогает подростку со сколиозом стать гибким, сильным, уверенным в себе.

Существует более 60 упражнений, корректирующих позвоночник, и заниматься упражнениями на МТБ ребенок может начиная с возраста 5–6 лет! Но важно понимать, что заниматься упражнениями необходимо постоянно – эти занятия должны стать необходимым компонентом образа жизни! Но что в этом плохого? Это же не только полезнее, но и намного приятнее, чем часами сидеть в интернете, тупея от игр и теряя адекватность в реальной жизни! К сожалению, этим страдает огромное число современной молодежи! Но если у человека есть цель, если перед ним стоит задача духовного развития и улучшения своего собственного физического здоровья, если он подчиняет свою жизнь выполнению этой задачи – разве это плохо? Такие девушки со сколиозом благополучно выходят замуж, рожают здоровых детей и воспитывают их правильно с первого дня жизни. Таким образом, у человека со сколиозом есть выбор: добровольная инвалидность или здоровая жизнь, но в борьбе!

Коррекцию позвоночника нельзя считать настоящей коррекцией, если она проводится без участия рычагов тела, к которым относятся пояс верхних и нижних конечностей.

А если пациенту все-таки поставили металлическую конструкцию? Можно ли ему после этого заниматься кинезитерапией? Есть ли в таком случае гарантия сохранения некоей произошедшей коррекции в случае снятия металлической конструкции?

Я часто слышу такие вопросы. Первое: заниматься кинезитерапией просто необходимо хотя бы для адаптации организма к этой металлической конструкции, чтобы добиться хотя бы какой-то компенсации. Это позволяет восстанавливать нормальное кровообращение и микроциркуляцию в мышцах позвоночника.

Но в такой ситуации я говорю скорее о гиперкомпенсации, то есть очень тяжелой работе на тренажерах, потому что именно такое отношение к себе не позволит развалиться самому позвоночнику. Надо понимать, что позвонки, изолированно прикрепленные друг к другу металлической конструкцией, не двигаются полноценно, а ведь с точки зрения анатомии это шарниры! Из-за отсутствия полноценного движения постепенно атрофируются глубокие околопозвоночные мышцы, которые, собственно, питают и «кормят» позвонки, поставляя в них микроэлементы (кальций, воду, кровь) и выводя все отработанное. Но с металлической системой эти мышцы не работают, поэтому со временем они атрофируются, причем вместе с сосудами, капиллярами и лимфатическими сосудами, проходящими в этих мышцах... Поэтому только собственная работа на уровне гиперкомпенсации позволит с помощью других (соседних) мышц частично восполнить эту недостаточность!

Что мешает человеку, перенесшему установку на позвоночник металлической конструкции, заниматься компенсирующей гимнастикой? Лень? Мне трудно комментировать лень, но я знаю, что те пациенты, которые пришли в наш центр с подобными «корректирующими» конструкциями, ощущают резко возросшую функциональность, а в их жизни появляются новые горизонты и открываются новые возможности! Очень часто в результате подобной работы металлическая конструкция разбалтывается, пластины ломаются, и их снимают. Но работа продолжается! Правда, шрамы во всю спину все-таки остаются, но надо жить дальше!

Я много работаю с паралимпийцами-колясочниками. Это очень жизнерадостные люди! Надо учиться оптимизму у них, если вы не видите перед собой других примеров. У этих ребят есть цель, и эта цель – жизнь! И чем больше испытаний выносит их тело, тем интереснее становится их жизнь!

Из жизни суставов. Мениски: удалять или нет?

Вопросов, связанных с повреждением или удалением мениска или разных его частей, я получаю очень много. Чаще всего это вопросы о болях в коленном суставе, а также о том, помогут ли упражнения на тренажере МТБ (или какие-то другие упражнения) избежать операции по замене сустава на имплант (эндопротез) или просто операции по удалению мениска (менискэктомии).

Я уже писал, что любое хирургическое проникновение в коленный сустав грозит развитием артроза – рано или поздно это обязательно случится. Артроз неизбежен и после артроскопического «осмотра внутренностей» сустава. И дело даже не в хирургическом воздействии на сустав, после которого остаются рубцы и спайки. Такое воздействие может быть и достаточно корректным. Но важно знать, что по своему строению коленный сустав является, пожалуй, самым сложным суставом в организме человека, и нарушение любой составляющей этого сустава может иметь печальные последствия.

Негативные последствия после любого проникновения в коленный сустав (хирургического или артроскопического) чаще всего возникают из-за отсутствия у пациента понимания

того, что именно происходит с его суставом, то есть от непонимания правильного поведения по отношению к поврежденному или прооперированному суставу до и после хирургического вмешательства. Я имею в виду правильную реабилитацию. Иногда после операции или травмы проходит десять или даже двадцать лет, прежде чем «разыграется» деформирующий артроз, но он обязательно «состоится», если пациент будет эксплуатировать поврежденный сустав без должной физической профилактики. В большинстве случаев пациенты возлагают на «хирургическое чудо» слишком много надежд, но нельзя забывать, что у человека нет ненужных частей тела!

Поэтому я хочу напомнить читателю о том, что такое мениск.

Для начала я хочу отметить некоторые анатомические особенности коленного сустава:

1) Коленный сустав является промежуточным суставом нижней конечности и соединительным звеном между бедренной и большеберцовой костями – рычагами коленного сустава. Они соединяются друг с другом с помощью мыщелков, представляющих собой своеобразный блок, который позволяет осуществлять основные движения в суставе – сгибание и разгибание. Двояковыпуклые мыщелки бедренной кости образуют боковые части блока и по конструкции соответствуют колесам самолета. Суставная поверхность большеберцовой кости имеет соответствующие изгибы и образует два вогнутых параллельных желоба, разделенных возвышением. С точки зрения сгибания и разгибания коленный сустав можно прежде всего рассматривать как блоковидную поверхность, скользящую в вогнутых желобах. (Такие виды движения как ротация (вращение) или круговое движение я рассматривать не буду, так как они являются слишком специфичными и используются скорее в акробатике, чем в обычной жизни. Ротация возможна только при согнутом коленном суставе.)

2) Так как у суставных поверхностей коленного сустава отсутствует конгруэнтность, то есть линия их соприкосновения является неровной, изломанной, то именно мениски компенсируют эту особенность сустава, выполняя роль своеобразных прокладок-рессор. Поэтому мениски играют важную роль как эластичные детали, передающие силу компрессии (давления) с бедренной кости на большеберцовую кость. Другой «рессорой» в коленном суставе является жировая прокладка в переднем отделе коленного сустава.

Почему я заостряю внимание на этих функциях? К сожалению, при жалобах на боли в коленном суставе достаточно часто полностью удаляют и мениски (такая операция называется менискэктомией), и жировую прокладку, тем самым хирургически уничтожая рессорную функцию в коленном суставе. Это является необоснованным действием и приводит к достаточно раннему деформирующему артрозу (гонартрозу), потому что конец бедренной кости начинает стираться о конец большеберцовой...

С появлением артроскопии стало возможно удаление только пораженного сегмента мениска (такое хирургическое вмешательство называется частичной менискэктомией). Такая операция производится в том случае, когда этот сегмент (рог) является механическим препятствием движению (сгибанию-разгибанию) и травмирует суставной хрящ. После разрыва мениска его поврежденная часть не может следовать за нормальным движением в коленном суставе и вклинивается между мыщелками бедренной кости. В результате сустав блокируется в положении сгибания, и полное разгибание, даже пассивное, становится невозможным. В таком случае подобная операция является необходимой.

Как может происходить травма колена?

При резком сгибании (или ударе) коленный сустав бывает нестабилен, и его связки и мениски наиболее подвержены травматизации. Например, при падении на согнутую ногу может произойти произвольное повреждение или даже полный отрыв мениска от капсулы. При резком разгибании (например, при ударе по футбольному мячу) травма коленного сустава чаще всего приводит к внутрисуставным переломам и разрыву связок, отрыву переднего рога

мениска. Но самое интересное (и это надо понимать!) заключается в том, что при травме коленного сустава повреждение мениска составляет всего лишь часть диагноза!!!

На самом деле основой такого повреждения нередко бывает травма связок (!). Поясню, что это значит.

Дело в том, что мениски очень плотно прикреплены к коленному суставу, его капсуле и надколеннику связками, тяжами и волокнами сухожилий и мышц в области коленного сустава.

То есть коленный сустав – это сложный многокомпонентный механизм, в котором каждая деталь влияет на другую и зависит от нее.

Коленный сустав – это сложный многокомпонентный механизм, в котором каждая деталь влияет на другую и зависит от нее.

По этой причине будет неразумным просто хирургически удалить часть мениска (не говоря уже о полном его удалении), не предпринимая в дальнейшем каких-либо дополнительных мер по предотвращению разрушения коленного сустава. Важно понимать, что в таком случае сустав становится уже не таким, каким он был до травмы или операции, потому что исчезла часть его рессорной (амортизационной) функции между двумя костями – мыщелками бедренной и большеберцовой костями.

Новую рессору в сустав не вставляют! Но когда сустав изнашивается, его меняют на эндопротез! Вот и все, что придумано на сегодняшний момент! И в данном случае никакие наколенники, а также прием хондропротекторов, которые якобы способствуют восстановлению хряща, помочь не смогут.

Хондропротекторы – это просто мусор, попадающий в организм перорально (через рот как еда). Также пытаются вводить в сустав различные вещества – окласты, якобы заменяющие суставную жидкость и хрящ. Но все это дорого и бессмысленно хотя бы потому, что повреждение мениска происходит, как уже говорилось выше, через повреждение связок сустава, которые фиксируют сустав от неосторожных движений.

Попытки рассматривать мениск отдельно от всего механизма сустава нелепы! Такие действия направлены не на восстановление сустава, а на выемку денег из кошелька (или со счета) больного!

Если при травме мениска он не замыкает суставные поверхности и движение «сгибание-разгибание» осуществлять можно, то я не считаю обязательной процедурой удаление этого мениска или его части, так как мениск очень скудно снабжается кровью, так же как и межпозвоночный диск. И хотя у мениска нет никакой возможности восстанавливаться после повреждения, правильная активизация мышц, связок и сухожилий, которая происходит при выполнении специальных упражнений, позволяют активизировать кровоток, а заодно и снять воспаление (отек), которое возникает при травме мениска. В этом процессе участвуют специальные клетки иммунной системы – фагоциты (фагоциты – это общее название клеток иммунной системы, отвечающих за фагоцитоз – механизм лизирования, рассасывания и выведения больных тканей). В результате остатки мениска постепенно рассасываются (то есть происходит лизис) и выводятся из суставной сумки.

Киста Бейкера

Киста Бейкера – это растяжение фиброзной капсулы и синовиальной оболочки подколенной области. Так в двух словах объясняется одна из достаточно распространенных проблем коленного сустава. Постараюсь объяснить суть этого заболевания более детально. Для начала давайте вспомним особенности строения коленного сустава.

Капсула и синовиальная оболочка представляют собой периферическую защитную систему коленного сустава, которая включает в себя три основных компонента:

- большеберцовую коллатеральную связку, которая, согласно Ф. Боннэлу (F. Bonnel), может выдерживать силу до 115 килограммов на квадратный сантиметр и растягиваться на 12,5 % своей длины до наступления разрыва;
- малоберцовую коллатеральную связку, которая способна выдерживать силу в 276 килограммов на квадратный сантиметр и растягиваться на 19 % своей длины, то есть неожиданно более устойчивую к разрыву и более эластичную, чем большеберцовая связка;
- задний капсульно-фиброзный комплекс, состоящий из целого ряда взаимосвязанных соединительно-тканых компонентов.

Также есть и другие дополнительные фиброзно-сухожильные элементы разной прочности и важности.

Синовиальная оболочка является внутренним слоем капсулы (сумки) и содержит вязкую синовиальную жидкость, которая смазывает суставные поверхности и помогает их скольжению. При разрыве этой оболочки жидкость может прощупываться под кожей на задней поверхности коленного сустава в виде своеобразной флюктуации, поэтому кисту Бейкера называют еще флюктуирующим растяжением.

Кроме связок периферическую защиту коленного сустава обеспечивают околосуставные мышцы. Чтобы не усложнять текст, скажу, что их всего 12. Таким образом, разрыв капсулы и синовиальной оболочки подколенной области снижает рессорную функцию коленного сустава. У человека с подобной травмой возможность передвижения сохраняется, но появляется стойкая хроническая болезненность при ходьбе, а со временем и хромота. В голову лезут различные тяжелые мысли об обращении к хирургам, и те подтверждают необходимость операции, хотя гарантий выздоровления не дают. Статистика показывает, что хирургические действия типа «защитить растяжение(!)» бывают малоэффективны. Кроме того, спустя некоторое время после операции флюктуация (болезненный отек в подколенной области) возникает снова, и боли при ходьбе возвращаются...

Лично я в данном случае смотрю на лечение данного заболевания с позиций «растяжения», которое оперировать бессмысленно. Поэтому хочу объяснить некоторые особенности соединительной ткани, образующей капсулу сустава.

Что же такое соединительная ткань?

Соединительная ткань представляет собой плотные коллагеновые волокна, ориентированные, в связи с линейным расположением фибробластов, на длительные нагрузки, воздействующие в одном направлении (!) и поэтому очень устойчивые к силам натяжения. Соединительная ткань образует сухожилия, связки, фасции, апоневрозы, а значит, капсулы.

(Напомню, что коллаген – это самый распространенный белок человеческого тела, на него приходится 30 % сухого веса человека: кожа, сухожилия, кости, мышцы, кровеносные сосуды и другие части. Фибробласты – это основные специализированные клетки соединительной ткани, которые создают архитектуру тканевой системы.)

Таким образом, растяжение капсулы – это ослабление соединительной ткани, по своему строению состоящей из параллельно лежащих и плотно упакованных коллагеновых волокон (с небольшим количеством межклеточного вещества).

Хирургическое «зашивание» кисты Бейкера в любом случае представляет собой нарушение продольно (то есть параллельно) лежащих коллагеновых волокон. В результате появляется своего рода заплатка, которая со временем преобразуется в келоидный рубец, делающий эту подколенную область еще более подверженной травме даже при более простых нагрузках. (Келоид – это местное утолщение ткани, вызванное ненормально высоким количеством коллагена, который образуется в рубцах кожи. Удаление таких рубцов почти всегда сопровождается рецидивом заболевания). Именно это и происходит...

Причиной растяжения подколенной области (то есть образования кисты Бейкера) являются:

1) ослабление (гипотрофия) мышечно-связочного аппарата коленного сустава (периферической защитной системы), в результате которого любое неосторожное движение, связанное с резким выпрямлением ноги в коленном суставе, может привести к такому растяжению;

2) резкая нагрузка на заднюю поверхность бедра, к которой мышцы и связки задней поверхности бедра были не готовы.

У спортсменов есть такое понятие: плохо «разогреты». Это было в моем случае. Так что же делать? Как избавиться от боли в подколенной области, избежать хирургического вмешательства и надежно восстановить периферическую защиту коленного сустава?

Мой ответ может помочь также при других растяжениях и даже, например, при привычном вывихе плеча. В этом случае упражнения, конечно, будут другие, но принцип один. Этот ответ кроется в разгадке строения капсулы сустава, сухожилия и связок, а именно в их продольном, линейном строении! Волокна разошлись, растянулись! Что делать? Шить? А смысл? Не проще ли их укрепить?!

Я предлагаю «собрать» растянутые соединительно-тканые волокна капсулы силовыми упражнениями, действующими вдоль этих волокон. Но! С минимальными воздействиями! Главное, понять, что любой сустав имеет 4 поверхности – переднюю, заднюю и две боковые, а это значит, что и упражнений должно быть не менее четырех – на каждую из этих поверхностей.

При кисте Бейкера «собрать» растянутые соединительнотканые волокна капсулы можно силовыми упражнениями, действующими вдоль этих волокон. Выполнять такие упражнения нужно с минимальными воздействиями, при этом упражнений должно быть не менее четырех – на каждую из суставных поверхностей.

Суставы и суставная жидкость

В данном случае речь пойдет о лечении коленных и тазобедренных суставов. В последние годы при лечении этих суставов широкое распространение получил метод внутрисуставных инъекций различных жидкостей и гелей (так называемые жидкие импланты), которые, по замыслу авторов подобных изобретений, должны способствовать восстановлению разрушенного хряща. Одна инъекция препарата внутрь суставной сумки (чаще всего уже разрушенной) стоит кругленькую сумму. Если эффекта нет, пациенту рекомендуют повторить инъекцию (стоимость инъекции при этом не меняется). На какое-то время у пациента возникает облегчение (не всегда), но спустя максимум шесть месяцев возвращается и боль, и хромота, а рентгеновские снимки показывают уже более удручающую картину разваливающегося хряща. Такое лечение рассчитано на человеческую лень, а его стоимость – на фантазии врача: чем тяжелее состояние хряща, тем дороже будет лечение... Так видится этот алгоритм медицинским специалистам, а как же клятва Гиппократата: «Не навреди»? Забудьте!

Объективности ради следует сказать, что хирурги, использующие такие хондопротекторы для лечения суставов, и сами верят в совершаемое ими лечение, потому что фармакологи убедили их в этом... Но что происходит с суставами на самом деле?

Чтобы понять бессмысленность подобных процедур и даже оценить вред, наносимый суставу подобными способами «лечения», необходимо понять строение и функции всех элементов сустава:

- Хрящ, покрывающий суставные поверхности, гиалиновый. Это специализированная форма соединительной ткани, в которых плотная (!) консистенция межклеточного вещества обуславливает способность ткани выдерживать механические напряжения без возникновения постоянной деформации.

- Хрящ создает опору для мягких тканей.

- Хрящ образует амортизирующие и скользящие суставные поверхности.

А теперь подумайте, способна ли какая-либо внешняя жидкость (гель, жидкий имплант), введенная внутрь суставной сумки, например коленного сустава, проникнуть внутрь хряща и закрыть его «бреши», как заплатка? Конечно, нет! Но больные верят врачам, которые берут с них громадные деньги, но не гарантируют результата лечения...

Второй аспект заключается в том, что жидкость (хондротектор) должна каким-то образом проникнуть внутрь хряща, внутрь его гиалиновой оболочки и восстановить ее. (Напомню, что есть еще эластический хрящ – ушная раковина, и волокнистый хрящ – межпозвонковый диск, и все они содержат плотные и сверхпрочные коллагеновые волокна.) Но дело в том, что хрящ не имеет ни кровеносных сосудов, не лимфатических сосудов, ни нервов... Как же он получает питание, спросите вы.

Питание хряща осуществляется за счет диффузии питательных веществ из капилляров, которые находятся в прилежащей соединительной ткани – надхрящнице (а суставные хрящи не покрыты надхрящницей) или из синовиальной жидкости в полости суставов.

Диффузия – это своего рода насос, в котором есть цикл сжатия хряща и падения давления в нем. Говоря проще, при сгибании коленного сустава происходит падение давления в синовиальной жидкости полости сустава, при разгибании – сжатие хряща. Пусковым механизмом диффузии является работа мышц, сухожилий и связок сустава – другого механизма поступления питания в хрящевую ткань сустава природой не предусмотрено!

В отличие от других тканей гиалиновый хрящ весьма подвержен дегенеративным процессам, связанным со старением. То есть с годами, если мышцы ног, а вместе с ними сухожилия и связки суставов, слабеют, то суставы перестают получать питание (при их активной эксплуатации), и хрящи обызвествляются (то есть происходит их дегидратация). Этот процесс называется асбестовой дегенерацией.

На рентгеновских снимках (МРТ, КТ) видно, что суставная щель теряет свою конгруэнтность, перестает быть гладкой и покрывается очагами, которые можно сравнить с ржавчиной (то есть происходит формирование аномальных коллагеновых фибрилл). Попытки хирургов (в том числе и частнопрактикующих) чистить хрящ с помощью артроскопии приводят лишь к более быстрой дегенерации (исчезновению) хряща. При этом так называемый лечебный эффект после артроскопии объясняется всего лишь анестезией (обезболиванием) с помощью НПВС, вводимых внутрь сустава.

Таким образом, любые хирургические проникновения внутрь сустава с целью частичного восстановления хряща, «очистка» сустава от экзостозов и других дегенеративных изменений внутри сустава, а также диагностическая артроскопия – все эти вмешательства приводят к ускоренному разрушению сустава! Пациенты обычно ощущают ухудшение в суставе спустя несколько дней после проведенных инъекций или артроскопии. В результате у них уже не остается иллюзии на бескровное решение проблемы, как, впрочем, не остается и денег, затраченных на ультрасовременное лечение сустава.

Что же делать, если тазобедренный или коленный сустав работает плохо? Выход один: нужно готовиться к операции по замене больного сустава – эндопротезированию! И пока человек состоит из мышц, связок и сухожилий, внутри которых находится вся «транспортная» система организма, все кровеносные и лимфатические сосуды, другого пути у него нет!

Только остеохондроз позвоночника с межпозвонковыми грыжами, протрузиями, в такой операции не нуждается. Хотя и замену межпозвонкового диска (МПД) врачи стали рассматривать как единственно возможный способ избавления от болевого синдрома в спине. Но несмотря на то что волокнистый хрящ МПД при старении стирается, его вполне могут поддерживать глубокие мышцы и связки позвоночника (соседних позвонков)!

В отличие от позвоночника коленный сустав и тазобедренный сустав дублеров не имеют! Они, конечно, тоже важны, но они все-таки не настолько жизненно важны, как позвоночник, в

котором проходит спинной мозг (ЦНС). Эндопротезирование – это одна из немногих хирургических операций, которая помогает восстановить не только практически полноценную жизнедеятельность сустава (без бега и без прыжков), но и жизнедеятельность всего организма, которому трудно обеспечивать органы и части тела всеми необходимыми питательными веществами без активно работающих мышц нижних конечностей.

Но, как показывает практика, хирурги, которые научились хорошо ставить импланты (эндопротезы), почти всегда спешат провести эндопротезирование, не задумываясь о том, что пациента необходимо соматически подготовить к этой достаточно кровавой операции. В связи с этим у прооперированных, но не подготовленных к операции пациентов спустя некоторое время (обычно через 2–5 лет) опять возникают проблемы уже с новым суставом, который (по идее) вообще не должен болеть, он же имплант!

Эти проблемы, как ни парадоксально, обусловлены анатомическим строением сустава. Важно помнить, что любой сустав нижних конечностей – это всего лишь часть ноги! Кроме сустава, как уже говорилось выше, в ноге есть мышцы и связки, причем не только пораженного (или имплантированного) сустава, но и мышцы выше и ниже лежащих суставов, кинематически связанных друг с другом. Кроме мышц есть кости (трубчатые) бедра и голени, кости таза и нижней части спины, кости голеностопного сустава, и все эти анатомические структуры между собой связаны и, что еще более интересно, все они зависят друг от друга.

Если предстоит эндопротезирование, то все эти анатомические структуры и ткани надо по возможности постараться подготовить к предстоящей операции. Для этого нужно провести один или несколько курсов кинезитерапии для увеличения мышечной памяти, которая пригодится в реабилитационном периоде после операции. И такую подготовку необходимо проводить каждому пациенту! Но этого, к сожалению, не делается – в подавляющем большинстве случаев дооперационная подготовка к эндопротезированию и послеоперационная реабилитация игнорируются. В результате у прооперированных пациентов со временем возникают проблемы, о которых узнают другие больные и поэтому боятся идти на операцию по эндопротезированию. А жаль! Именно в таком решении проблемы есть огромные резервы для восстановления качества жизни людей с больными суставами.

Эндопротезирование коленного или тазобедренного сустава помогает существенно повысить качество жизни, но к такой операции необходимо тщательно подготовиться, а после операции пройти полноценный реабилитационный курс кинезитерапии.

Правка атланта: стоит ли рисковать?

Правка атланта – это трудно объяснимая манипуляция с двумя верхними позвонками шейного отдела позвоночника, которая стала модной в последнее время: мануальные терапевты охотно объясняют необходимость такой манипуляции при хронических головных болях, головокружениях, депрессиях, синдроме хронической усталости и некоторых других недомоганиях. Для более убедительной аргументации такого назначения специалисты обращаются к результатам МРТ и показывают не искушенному в медицине пациенту какие-то «не так стоящие позвонки».

Но чтобы пациент мог принять взвешенное решение о том, стоит ли ему решиться на данную процедуру, ему необходимо кое-что понять и кое в чем разобраться. Во всяком случае, в учебниках по травматологии и ортопедии подобный «диагноз» не рассматривается.

Но сначала несколько слов о терминологии:

- вывихом (luxatio) называется полное разъединение суставных концов двух сочленяющихся костей с разрывом капсулы и связок;
- подвывихом называется частичное смещение суставных поверхностей.

То есть в любом случае это прямая травма шеи, или хлыстовая травма. Необходимо также разобраться в анатомическом строении данной области тела.

Шейный отдел позвоночника – это наиболее подвижная часть позвоночника. В его функции входит определение положения головы в секторе радиусом 180 градусов как в вертикальном, так и в трансверзальном направлениях (то есть вверх-вниз, вправо-влево). К этой подвижности добавляется и расположение потенциальных опасностей.

Шейный отдел позвоночника является не только наиболее подвижным, но и наиболее хрупким сегментом! Эта часть тела человека почти всегда открыта, поэтому больше всего подвержена опасности, чем порой и пользуются убийцы, сворачивая шею или перерезая ее мягкие ткани. Поэтому использовать шейный отдел позвоночника (ШОП), особенно после повреждения, необходимо с большой осторожностью.

Шейный отдел позвоночника является не только наиболее подвижным, но и наиболее хрупким сегментом, поэтому использовать его, особенно после повреждения, нужно с большой осторожностью.

В целом шейный отдел позвоночника состоит из двух анатомически и функционально разных сегментов:

- Верхний, или подзатылочный, сегмент состоит из первого позвонка (C1 – цервикалис, то есть шейный), или атланта, и второго позвонка (C2) – осевого, или аксиса. Эти позвонки связаны между собой и с затылком при помощи сложной цепи суставов с тремя степенями подвижности – это первая особенность!

- Нижний сегмент продолжается от нижней поверхности осевого позвонка (C2) до верхней поверхности первого грудного позвонка.

Атлант (C1) имеет форму кольца с небольшой овальной суставной поверхностью для зубовидного отростка аксиса (C2) – это вторая особенность атлантоаксиального сустава!

Аксис (его верхняя поверхность) имеет центрально расположенный зубовидный отросток, который также называется зубом аксиса и работает как точка вращения для атлантоаксиального сустава. Можно сравнить этот сустав с грифом штанги (зуб аксиса), на который надевается блин (атлант), но это всего лишь зрительная ассоциация. Чтобы снять блин (атлант) с грифа (аксис), необходимо убрать замок, фиксирующий блин (связки, мышцы), и вытащить блин кнаружи, но не до конца. То есть нужно надорвать, растянуть эти глубокие мышцы и сдвинуть «цепь» суставов с осей. Но такое бывает только при травме, которой нет у подавляющего числа больных, обратившихся к мануальному терапевту, который и «снимает блин» с тем, чтобы «вернуть» его на место и «затягивает замок, фиксируя блин к грифу». Если такие манипуляции производит спортсмен со штангой, то тогда все просто, все видно, все понятно: замок затягивает блин, чтобы тот при движении не соскочил с грифа. Но что показывает врачу МРТ? Только позвонки и их определенное положение по отношению друг к другу. МРТ не отражает состояния связок, мышц, сосудов и нервов атланто-аксиального сустава (C1–C2). При этом голова поворачивается, а больше или меньше – это уже другой вопрос.

При «подвывихе» (то есть соскакивании атланта с аксиса), который, по идее, должен следовать за травмой, врач должен оттянуть пациенту голову, повернуть ее вправо или влево (то есть снять атлант с аксиса) и «поставить» его на место... Как же это сделать, ведь замка, как у штанги, нет? Замка действительно нет, но есть связки и мышцы (часто слабые), которые, естественно, можно растянуть, но этим движением связки и мышцы не вернут свою эластичность и силу, скорее наоборот. Но и это не все: механически атлант и аксис связаны при помощи трех (!) взаимосвязанных суставов, и это является третьей особенностью атлантоаксиального сустава!

Но это даже не один сустав – их три! Сгибание и разгибание в данном суставе происходит за счет поперечной связки, которая удерживает переднюю дугу атланта и зубовидный отросток в тесном контакте! В связи с этим поперечная связка играет жизненно важную роль, так как именно она препятствует скольжению атланта по отношению к осевому позвонку. Это четвертая особенность атланто-аксиального сустава.

Вывих (подвывих) этого сустава может быть только при травме, приводящей к моментальной смерти путем сдавления продолговатого мозга зубовидным отростком! При смещении атланта кпереди зубовидный отросток буквально погружается в нервный ствол. Во время насильственного разгибания задняя дуга атланта может быть зажата, как в щипцах, между затылочной костью и задней другой осевого позвонка и...переломлена. Общий объем разгибания и сгибания в атланто-аксиальном суставе составляет 15 градусов.

Но многочисленные связки подзатылочной области позвоночника (их в общей сложности 15 плюс капсула сустава) очень мощные! Это пятая особенность верхнего шейного отдела позвоночника.

В чем же тогда заключается смысл мануальных действий? Непонятно...

Теперь несколько слов о травмах. Во время ДТП или лобового столкновения шейный отдел позвоночника сильно повреждается, так как он сначала разгибается, а затем сгибается. Вследствие этого происходит хлыстовая травма, связанная с растяжением и даже разрывом разных связок и в экстремальных случаях приводящая к переднему вывиху суставных отростков (помимо зуба аксиса в шейном отделе позвоночника существуют поперечные отростки, суставные отростки и пластинки, формирующие основание остистого отростка, который, в свою очередь, является двойным).

Нижние суставные поверхности верхнего позвонка зацепляются за передне-верхний клювовидный вырост суставного отростка нижнего позвонка. Такой тип вывиха очень трудно вправить, кроме того, он угрожает продолговатому мозгу риском смерти, тетраплегией (общим параличом) или параплегией (параличом нижних конечностей). Это объясняет, с какой осторожностью нужно освобождать и перемещать таких пострадавших. В связи с этим нестабильность атлантоаксиального сустава может быть только в результате разрыва поперечной связки, поскольку в норме две нижние косые мышцы головы действуют одновременно и играют главную роль в динамическом поддержании атланто-зубовидного сустава, нестабильность которого приводит к катастрофическим последствиям. Однако разрывы поперечной связки распространены меньше, чем переломы зубовидного отростка (именно такого рода повреждения фиксируются МРТ). Перелом зубовидного отростка делает атлант полностью нестабильным по отношению к аксису, который может наклоняться назад или, что хуже, вперед со смертельным риском, связанным с компрессией спинного мозга.

Следовательно, при подъеме травмированного человека один из спасателей должен лично отвечать за поддержание головы строго по оси позвоночного столба и даже немного разгибать ее для предотвращения предполагаемого перелома на подзатылочном уровне и ниже.

Но зачем нужно знать такие подробности? Дело в том, что в интернете появилось очень много некорректной информации, объясняющей необходимость вправления атланта, который, с точки зрения некоторых авторов, является обычной костью в теле человека, позволяющей делать всевозможные повороты головы. Но при этом про второй шейный позвонок, зубовидный, не говорится ни слова! Эти авторы пишут, что через атлант проходит множество жизненно важных коммуникационных каналов – нервы, кровеносные сосуды, и атлант, с точки зрения этих авторов, может «пережимать» их. Они пишут, что 90 % людей (откуда такая статистика? – С.М.Б.) на планете имеют подвывих атланта и живут с этой травмой всю жизнь. Они объясняют эту травму результатом неправильных родов, во время которых младенцу просто сворачивают шею (ни больше ни меньше?! – С.М.Б.). И якобы в древние века наши бабушки-повитухи знали эту проблему, поэтому после родов сразу вправляли этот позвонок на место. А

позже, с появлением родильных домов, эта технология была утрачена, и сейчас никто больше не заботится об этой проблеме. Вот такие абсурдные аргументы можно выудить из интернета!

На этом стали прикармливаться мануальные терапевты, ведь 90 % людей – страшно подумать! – живут с подвывихом атланта! Значит, надо исправлять ситуацию!

Но давайте снова обратимся к анатомии, о которой наши бабушки-повитухи имели очень смутное представление.

Анатомическое строение атланта показывает, что позвоночная артерия, а вместе с ней и первый и второй шейные нервы, проходят через отверстие в поперечных отростках позвонков и отклоняются максимально назад и медиально, огибая задний край боковой массы атланта! То есть при так называемом смещении атланта он чисто механически не может пережать ни сосуды, ни нервы. Это еще одна особенность анатомического строения атланта.

Задняя ветвь третьего шейного нерва проходит через межпозвонковое отверстие, то есть впереди сустава! А если говорить о атлanto-затылочном суставе, то его ротация вторична по отношению к ротации (повороту) атланта на аксисе вокруг вертикальной оси, проходящей через центр зубовидного отростка. По этой причине реальная ось вращения соответствует анатомической оси ствола мозга – наилучшему возможному положению для поворота оси нервного ствола.

Но те врачи, которые рассматривают строение позвоночника только на основании рентгенологического или МРТ исследований, упускают, пожалуй, самую главную составляющую его строения – мышечную систему, которая не анализируется указанными видами исследований, поскольку мышечная система в большей степени (на 68 %) состоит из воды и поэтому является невидимой в лучах этих аппаратов, прежде всего в динамике.

Функциональную часть движений позвонков осуществляют мышцы. Например, боковые наклоны и ротации затылочной кости осуществляются с помощью коротких подзатылочных мышц. Не будем перечислять названия этих мышц. Их функция заключается в том, чтобы производить тонкие настраивающие движения так, чтобы происходил только желаемый компонент каждого движения. Это своего рода коллективная тонкая настройка. С другой стороны, нижняя часть шейного отдела позвоночника, в которой происходит сложное движение поворота, бокового наклона и разгибания, обеспечивается мышцами, которые идеально подходят для этого типа движения, то есть длинных мышц, идущих косо назад, вбок и вниз.

Такая механическая модель позволяет понять анатомическую и функциональную связь всех позвонков шейного отдела. Кроме того, за движение шейного отдела позвоночника отвечают также грудинно-ключично-сосцевидные мышцы, глубокие околопозвоночные мышцы, длинная мышца шеи, головы, передняя и боковая прямые мышцы головы, превертебральные лестничные мышцы, задние мышцы шеи (четыре слоя). Трудно понять, почему неврологи не учитывают функцию мышц позвоночника, от которых непосредственно зависит скорость и объем кровотока, а значит, и поступление кислорода в сосуды головного мозга. Именно гипоксия (недостаток кислорода) является основополагающей причиной головных болей, головокружений, депрессии и синдрома хронической усталости.

Может быть, будет намного лучше, если человеку с какими-либо симптомами церебральной недостаточности покажут упражнения, которые улучшат скорость и объем кровотока, и тем самым снимут вегетососудистые нарушения, чем скрутят ему шею с риском нанесения травмы атлanto-аксиальному суставу с непредсказуемым результатом?

Хочу отметить, что подавляющее число людей, страдающих вышеуказанными симптомами, имеют именно мышечную недостаточность. Поэтому я призываю всех: отжимайтесь и подтягивайтесь, господа! Выполняйте комплекс ГТО! А если по какой-либо причине вы не способны этого сделать, обращайтесь в Центр современной кинезитерапии доктора Бубновского, где вам помогут восстановить свое физическое тело, чтобы вы могли лучше им управлять.

Главной причиной головных болей, головокружений, депрессии и синдрома хронической усталости является гипоксия, вызванная мышечной недостаточностью. Регулярные физические нагрузки помогут решить эту проблему без сомнительной помощи мануальных терапевтов.

Великий миф XX века – грыжа позвоночника

А. Ф. Самойлов, оценивая научные заслуги И. М. Сеченова, говорил, что наш известный ботаник К. А. Тимирязев, анализируя соотношение и значение различных частей растения, воскликнул: «Лист – это и есть растение». Мне кажется, продолжал Самойлов, что мы с таким же правом могли бы сказать: «Мышца – это есть животное». Мышца сделала животное животным, мышца сделала человека человеком.

Самойлов А. Ф. Сеченов И. М. и его мысли о роли мышления в нашем познании природы // И. М. Сеченов, И. П. Павлов, Н. Е. Введенский. Физиология нервной системы. Избранные труды: в 4 кн. – Кн. 2. – Вып. 2. – М., 1952

В наше время любой человек, пришедший к врачу-невропатологу с болями в спине, получает предписание: лечение будет проводиться только после МРТ позвоночника (или КТ – компьютерной томографии), причем только указанной области, например поясничного отдела позвоночника (L5–S1, где L – lumbalis, поясничный отдел, L1 – первый поясничный позвонок до L5, и S – sacralis, крестцовый отдел позвоночника, S1 – первый позвонок, а всего их пять и все они сросшиеся в одну кость – крестец, то есть крестцовые позвонки, их тоже пять, как и поясничных, но в отличие от последних они неподвижны). Между позвонками существует межпозвонковый диск, который обозначается двумя позвонками, например L4–L5 (предпоследний диск) или L5–S1 (последний диск позвоночника – самый нижний, если считать от шейного отдела).

Врач-рентгенолог продолжает контакт с больным, а точнее – контакт без контакта, потому что к больному он даже не прикасается, а только командует (вдох, не дышать) или приказывает (другого слова нет) сменить исходное положение. На мозг больного все эти процедуры оказывают, как правило, магическое воздействие. Еще бы! Чего стоит сама только клиника со снующими туда-сюда людьми в белых халатах, на лицах которых читается вселенская скорбь о народе, пришедшем лечиться! Кабинет врача увешан дипломами и сертификатами о его врачебной компетенции, а сам врач манипулирует непонятными латинскими терминами, да еще и МРТ (магнитно-резонансный томограф) – это вообще настоящий космос на Земле! И хотя пребывание в нем не доставляет пациенту никакой радости, тем не менее это важная и умная машина, распознающая внутри организма что-то невидимое человеческому глазу и докладывает об этом наверх, то есть врачу-рентгенологу, который свидетельствует о своей невидимой связи с томографом, делая заключение. И вот здесь начинается самое интересное и неожиданное.

Первая фраза, как правило, бывает дежурной, тем не менее она тоже говорит о многом. Обычно эта фраза состоит из трех слов, но очень значимых: дегенеративно-дистрофические изменения обследованного отдела позвоночника.

В последнее время врачи стараются не писать такую фразу в своем заключении, так как эти три слова действительно многое проясняют. Но впоследствии врач-невролог и невропатолог стараются их не комментировать, так как они, эти три слова, способны дезавуировать (или скомпрометировать) все, что он, врач, скажет пациенту чуть позже.

А чуть позже тот же рентгенолог находит в исследуемой зоне позвоночника – страшно даже повторить! – грыжу межпозвонкового диска, или протрузию, или (уже совсем страшное слово!) секвестр того же диска, который, по словам рентгенолога, давно не заглядывавшего в анатомический атлас, «ущемляет какой-то корешок». Именно поэтому, как считает рентге-

нолог, пациент и испытывает боли в спине. И с таким заключением с видимым облегчением соглашается врач, отправивший больного на МРТ и при этом, видимо, забывший о том, что он мог бы и сам достаточно объективно обследовать больного. Но он забыл, как это делается: в его руках есть только молоточек, которым он производит удары в различные точки, покалывает иглой и в общем и целом к больному тоже не прикасается, разве что через молоточек...

Но чаще всего сама атмосфера клиники или больницы создает тот необходимый «театральный» эффект, благодаря которому пациент верит рентгенологу, даже если тот не участвует в лечебном процессе и не прикасается к больному органу. В результате пациент смиренно выслушивает непонятный диагноз и послушно идет в аптеку за лекарствами, которые обязаны вылечить у него «дегенеративные изменения костей» (!) и восстановить (?!) питание межпозвонковых дисков (то есть устранить дистрофию), которые, если верить МРТ, уже развалились, а в результате появились «грыжа», «протрузия» или «секвестр».

Рентгенолог зачастую пишет также о стенозе (сужении) позвоночного канала, как будто этот канал зарос остеофитами (отложениями) костей позвоночника. Но вся эта бутафория и больничная театральная постановка направлены на одно – запугать больного, а не расследовать причину боли в спине. Запугать и заставить платить за лекарства (НПВС), которые сами по себе (естественно, при длительном применении) вызывают другие болезни, и спектр таких вторичных болезней очень широк: от аллергий до язвенных кровотечений в ЖКТ, от опущений органов, которые возникают из-за расслабления (устранения тонуса) мышц, до образования тромбов. А когда лекарства, анестезирующие нервные проводники и информирующие о боли, например в поясничном отделе позвоночника, перестанут действовать (не так легко «обесточить» таблеткой всю нервную систему), больничная бутафория поможет врачам заставить больного согласиться на операцию по удалению уже мертвой ткани, которая в действительности не ущемляет никаких нервных корешков чисто анатомически, иначе был бы паралич – паралич конечностей, не возникающая при остеохондрозе позвоночника (грыже).

Но порой боль не дает пациенту даже двигаться, и врачи «играют» на этом. На самом деле так называемое ущемление нервного корешка (в данном случае даже сам термин является неправильным) можно сравнить с перерезкой электрического провода: если провод перерезать, то лампочка погаснет. Но горит и дает свет лампочка, а не провод, который всего лишь доставляет электричество, информацию, но если его перерезать, то поступление энергии прекратится и лампочка погаснет.

В пояснице болит не нерв, а ткани, содержащие болевые рецепторы (ноцицепторы). А эти рецепторы находятся не в нерве, не в хряще (диске) и не в кости (позвонке), а в мышцах и связках позвоночника, о наличии которых стыдливо «умалчивает» магнитно-резонансный томограф, так как он не видит ни мышц, ни связок, на 84 % состоящих из воды. Но томограф видит только структурно измененные (что не всегда соответствует истинной картине исследуемой области позвоночника) плотные соединительные ткани – кости, хрящи, позвонки и диски, в которых нет ни нервов, ни кровеносных сосудов (хотя в костях есть внутрикостные кровеносные сосуды, и этим кости отличаются от хрящей). Таким образом, томография показывает только состояние плотных соединительных тканей, которые не могут вызывать болевые синдромы. Если по какой-то причине позвонки изменили свою структуру, если они «вдруг» потеряли форму и обросли остеофитами (на которые нейрохирурги тоже ссылаются впоследствии), то рентгенолог описывает эту причину и называет ее дистрофией, но расшифровывает этот термин некорректно.

Эти изменения носят название, вполне соответствующее объективной оценке: остеохондроз. А межпозвонковые диски, или просто хрящевые прослойки, состоящие из плотной волокнистой соединительной ткани и не содержащие ни кровеносных, ни лимфатических сосудов, ни нервов, по своему составу состоят на 84 % из воды, поэтому на МРТ здоровые диски имеют светлый, прозрачный вид, форму овала или наиболее целесообразную форму межпозвонковых

амортизаторов или рессор. Но если вместо красивой формы МПД на томографии наблюдаются сплюснутые, развалившиеся и почерневшие от некроза межпозвонковые прослойки, напоминающие стертые тормозные колодки автомобиля, одним словом – труха, это означает, что межпозвонковые диски износились и стали «жертвой» дистрофии, так как перестали получать питание, и...развалились. Этот процесс называется просто «хондрозом». А так как «жертвой» дистрофии становятся также и позвонки, то слово «остеохондроз» довольно точно объясняет причину появления болевого синдрома.

Напрашивается вопрос: если МПД (межпозвонковые диски) и позвонки стали разваливаться от «недоедания», то какие структуры позвоночника отвечают за питание? Ответ дает физиология: питание плотных частей позвоночника обеспечивает мягкая соединительная ткань, окружающая позвоночник, так как она содержит ту самую воду, которой не хватает сначала МПД, а затем и костям (позвонкам). То есть за питание МПД и позвонков отвечают мышцы, связки и сухожилия, которых «не видит» томограф, а невропатологи вообще на мышечные ткани не обращают никакого внимания.

Рентгенологи говорят, что мышцы носят мозг, хотя на самом деле они его кормят... Но как обрадовались нейрохирурги!!! Раньше считалось, что их роль заключается в соединении рассоединенного: сшить отрезанные пальцы, устранить опухоли, сшить травмированные сосуды! Это все, конечно, прекрасно, но этого мало! Владимир Высоцкий писал о стоматологах: «Где на всех зубов найти? Значит, безработица!» Так и здесь: где найти на все клиники мира такое количество отрезанных конечностей, тем более что большая часть травм проходит через страховую медицину? Делиться надо, как говорится: это «не те деньги», и не все способны платить. А вот боли в спине стали испытывать практически все люди старше 40 лет: в наше время, когда все сели на «пятую точку», болезнь позвоночника помолодела: сейчас хронические боли часто встречаются уже после 25 лет.

Но раньше, до эры МРТ и КТ, когда был только рентген, и визуализировать состояние межпозвонковых дисков было невозможно, болезнь спины имела другие названия: радикулит, ишиас, ишиалгия, люмбаго. Эти названия болевых синдромов тоже были недостаточно корректными, тем не менее повода для вмешательства нейрохирургов они не давали. В то время боли в спине лечили чем придется: от обезболивающих таблеток до лопухов, от разогретого кирпича до скипидарной ванны, от мануальной терапии до массажа, от тигровой мази до иглотерапии. И, надо сказать, эти методики довольно часто давали положительные результаты! Ремиссия была, конечно, недолгой, но она была! И вдруг – о чудо! – появилась МРТ, благодаря которой неврологи, а затем и нейрохирурги увидели то, что не видел рентген – извращенную структуру развалившихся межпозвонковых дисков. Они мгновенно обозвали банальный хондроз грыжей, и методы лечения тоже мгновенно изменились: никаких массажей, грелок и иголок – только резать!

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.