ОЗДОРОВЛЕНИЕ
ПО СИСТЕМЕ
ДОКТОРА БУБНОВСКОГО

СЕРГЕЙ БУБНОВСКИЙ

ГРЫЖА ПОЗВОНОЧНИКА – не приговор!

Сергей Бубновский

Грыжа позвоночника – не приговор!

«Эксмо»

2010

Бубновский С. М.

Грыжа позвоночника – не приговор! / С. М. Бубновский — «Эксмо», 2010

Все больше и больше людей, имеющих проблемы со спиной, разочаровываются в общепринятых методах лечения: операциях и лекарственных препаратах. Известный врач Сергей Михайлович Бубновский в своей книге предлагает принципиально новый подход к решению проблемы грыжи позвоночника без операции. Что такое боль в спине? Как быть со страхами, возникающими у человека при диагнозе «грыжа позвоночника»? Какой путь выбрать для борьбы с этой проблемой? Нужен ли корсет при болях в спине? Что такое правильное движение? Как преодолеть страх перед движением? Как лечить грыжу позвоночника без лекарств? На эти и другие вопросы отвечает доктор Бубновский, имеющий за плечами более тридцати лет работы с самыми тяжелыми случаями болезни и умеющий справляться с ними без хирургических вмешательств, применяя правильные упражнения. Эта книга поможет как молодым людям в укреплении их здоровья, так и пожилым, имеющим тяжелые сопутствующие заболевания. Интересно, необычно, искренне!

© Бубновский С. М., 2010
© Эксмо, 2010

Содержание

Вместо предисловия 5
Что это – грыжа позвоночника? 8
Протрузия и грыжа – это одно и то же? 9
Как появляется грыжа позвоночника? 12
Почему мы используем в качестве лечебных средств тренажеры? 16
Тренажеры, различающиеся по способам отягощения 17
Основные выводы 19
Конец ознакомительного фрагмента. 21

Сергей Михайлович Бубновский
Грыжа позвоночника – не приговор!

Вместо предисловия

Каждый второй пациент с болями в спине при вопросе: «Что вас беспокоит?» – отвечает: «У меня грыжа, доктор!» И в глазах читается такая безысходность и тоска, будто он произнес собственный приговор.

При этом имеется в виду грыжа позвоночника – термин, ставший модным в последние лет 20 и объясняющий боли в спине; это не паховая или пупочная грыжа. У этого пациента и у многих других, обратившихся ко мне с данной проблемой, глаза были полны ужаса. Еще бы?! Она – эта грыжа позвоночника – может «выпасть внутрь позвоночного столба, ущемить все нервные окончания, и будешь ходить или под себя, или шаркая ногами!» Во всяком случае, так убеждали все невропатологи, консультировавшие пациентов ранее и посылавшие их к нейрохирургу. В последний момент кто-то порекомендовал обратиться в центр кинезитерапии, то есть в наш центр, где врачи умеют справляться с грыжами позвоночника без операций. «Да?! – подумал я. – Гениальное заболевание «сотворили» нейрохирурги – грыжа позвоночника! То, что это «творение» принадлежит именно данному сообществу врачей, я не сомневаюсь ни секунды. Раньше острые боли в спине объясняли все больше радикулитом. Причем лечить этот самый радикулит пытались прежде всего терапевтическими методами, к нейрохирургу посылали лишь в крайнем случае. То есть когда терапия, то бишь лекарственные средства, физиотерапия, вытяжения, банки и так далее, оказывалась не в состоянии справиться с болью в спине, особенно если пациент попал в дорогую клинику, и плюс к этому нарушались функции мочеиспускания. Сейчас при любых болях в спине, даже, казалось бы, с незначительными грыжами межпозвонковых дисков 4–5 мм, больных направляют к нейрохирургу. Почему? Все очень просто: быстро, дорого с глаз долой. Там разберемся.

Не хочу быть истиной в последней инстанции, но мне ежедневно приходится отвечать на десятки вопросов больных. Поэтому и эту книгу я хочу построить по принципу «вопрос – ответ». И еще: я считаю, что итогом действий врача должен быть результат, удовлетворяющий пациента.

> Приходят с двумя желаниями. Первое – снять боль, и желательно без лекарств, которыми пациент уже насытился. И второе – восстановить полноценную трудоспособность.

Ко мне, как правило, приходят с двумя желаниями. Первое – снять боль, и желательно без лекарств, которыми пациент уже насытился. И второе – восстановить полноценную трудоспособность, то есть после проведенного лечения возвратиться к своей профессии, при этом не ограничивая себя в быту, а также ношением корсетов. В качестве аргументов буду приводить теоретические обоснования анатомо-физиологической организации позвоночника, ссылаться на мнения авторитетных ученых и практиков, а также выписки из характерных историй болезни.

Начну с одной из таких историй болезни: прооперирована пациентка в одной из городских больниц, вот что происходит с ней после операции.

> **ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ № 1**
> **Демешко Л.В.,** *18 лет*
> *Поступила с жалобами на боли в грудном и поясничном отделах позвоночника.*

3 года назад ***(т. е. в 15 лет!)*** *при болях в поясничном отделе и после безуспешного лечения НПВС (нестероидными противовоспалительными средствами) и физиотерапией перенесла операцию: ламинэктомия Th12, дискэктомия Th12-L1, в межтелевой промежуток введена аутокость.*

На догоспитальном этапе проведено неврологическое обследование, в котором я нашел такие формулировки: «Язык по средней линии, слух не нарушен, менингеальных знаков нет», – и прочие врачебные «находки», отношения к болям в поясничном отделе практически не имеющие.

Но обратил внимание на любопытную фразу в выписке из истории болезни: «Мышечный тонус без четкой разницы сторон?..» И еще одну, более или менее понятную: «Напряжение паравертебральных мышц в грудопоясничной области». Далее следовало: «Функции тазовых органов пациентка контролирует…» (Не все еще так печально… – Б.С.)

После операции больной было рекомендовано: *ношение корсета на поясничный отдел не менее 2 месяцев; ограничение положения сидя 2 месяца; ЛФК на мышцы живота и спины (я не добился от больной каких-либо серьезных комментариев по поводу этих упражнений…); наблюдение невропатолога по месту жительства.*

Таким образом, до операции девушку, естественно, убеждали, что операция решит все ее проблемы и она сразу вернется к прежней жизни. Но после операции ее, как следует из рекомендаций лечащего врача, на 2 месяца исключили из активной жизни, запретили 2 месяца сидеть.

И, наконец, просто отдали под наблюдение местного невропатолога, который к этой операции никакого отношения не имел (мол, пусть зачищает нашу работу) и у которого и своих участковых дел много: пенсионеры, сидящие в ряд перед кабинетом и требующие его внимания.

Наше дополнительное миофасциальное обследование[1] выявило распространенный гипертонус[2]околопозвоночных мышц в области грудного и поясничного отделов позвоночника, на которое ранее никто из врачей внимания не обратил. Во всяком случае, в эпикризе об этом не записано.

Мало этого, выявилась ригидность (своего рода одеревенение. – *Б.С.)* связок позвоночника поясничного отдела. То есть девушка потеряла гибкость вследствие ношения корсета. Кроме того, и это почти самое главное, выявилась потеря мышцами бедра их антропометрической нормы по задней поверхности, где происходят основные нервно-сосудистые пути (седалищный нерв, артерии, вены).

Это признак мышечной недостаточности, выявляемый обычно в постпубертантный период (после полового созревания). Девушка действительно никогда не занималась гимнастикой и к тому, что не могла коснуться рукой пальцев ног, не сгибая коленей, относилась спокойно. Если бы она знала, чем это может закончиться…

Функциональное тестирование отдельных мышечных групп, которое мы проводим после диагностики на тренажерах[3], показало, что у нее слабые ноги. Она с трудом выполняла упражнения с отягощением, которые легко выполнила бы девочка 5– 6-го класса.

Обратите внимание и на рекомендации после операции! **Девушке обещали решить все ее проблемы быстро и навсегда, а она получила не только корсет, но и III группу инвалидности** на год, и уже без каких-либо позитивных прогнозов. Я бы порекомендовал ей

---

[1] Диагностика состояния подвижности всех суставов и самого позвоночника, то есть мышц и связок.

[2] То есть повышенное постоянное напряжение.

[3] МТБ 1–4 – многофункциональные тренажеры Бубновского (патент № 23052).

через какое-то время сделать контрольный снимок позвоночника, и, думаю, она бы увидела на прооперированном участке позвоночника новую «грыжу», а возможно, еще одну в соседнем межпозвонковом диске. Гамильтон Холл, всемирно известный хирург-ортопед, специалист по заболеваниям спины, основатель Канадского института спины, в своей книге «Ваш позвоночник» (Москва, «Бином», 1997) пишет: «Почти всем своим пациентам я объясняю две важные вещи, касающиеся хирургии. Во-первых, только менее 2 % людей с болями в спине могут выиграть от хирургической операции; 98 % из 100 %, включая тяжелые случаи, больше выиграют от комбинации физиотерапии, лекарств, упражнений и правильных повседневных движений, т. е. занятия правильных позиций в положении стоя, сидя, лежа и т. д.». То есть специалист, заинтересованный, казалось бы, в проведении операции по удалению грыжи позвоночника, предупреждает о достаточно малом проценте успешных исходов операций по удалению грыж позвоночника… Даже его слова «как-то выиграть» не очень воодушевляют, а эти 2 % тем более. Далее он пишет: «Идея хирургии как панацеи иногда поддерживается самими врачами. Из лучших побуждений, пытаясь выработать у пациента оптимистическое отношение к грядущей операции, хирург может с излишним энтузиазмом говорить о том, что он приведет вас в «полный порядок» или «устранит все неприятности с вашим диском». Откровенно говоря, никакая операция на позвоночнике не дает полной гарантии. А если бы и можно было их дать, то уж во всяком случае нельзя утверждать, что все проблемы, связанные со спиной, снимутся раз и навсегда. Через неделю или через год после успешной операции может заявить о себе какой-нибудь другой диск или сустав, никогда раньше не представлявший беспокойства. … Кроме того, широко распространено заблуждение, что хирургия – это метод, позволяющий избавиться от всех проблем быстро, раз и навсегда, избежав необходимости заниматься в дальнейшем своей спиной… На самом деле, когда после операции ваша спина становится уже не той, что прежде, у вас более чем достаточно причин заботиться о ней с помощью упражнений и выработки соответствующих привычек».

Иногда в приватной беседе с нейрохирургами я спрашиваю их, что такое, по их мнению, грыжа позвоночника. Видя явное удивление на лице собеседника, продолжаю: «Только не говорите, что это выпадение пульпозного ядра за пределы фиброзной оболочки с ущемлением корешка спинного мозга!» Как правило, следует встречный вопрос: «А что же это?» Более того, и со своими пациентами я часто разговариваю о том, понимают ли они суть своих проблем. Это очень важно. Так уж случилось, что мне самому пришлось пройти через несколько операций на опорно-двигательном аппарате. Три из них можно было и не делать, если бы я понимал суть своих проблем. Успешно закончилась только операция, к которой я подошел со знанием дела, понимая, что со мной сделает хирург и что делать после операции в восстановительном периоде. Именно поэтому вопросы, которые задаю я и которые задают мне пациенты, я не считаю праздными. Так называемый «ответ» о выпадении пульпозного ядра, разрыве фиброзной оболочки и ущемлении корешка спинного мозга меня удовлетворить не может, так как я знаю, что на самом деле все происходит по-другому. Но об этом позже.

Так называемый «ответ» о выпадении пульпозного ядра, разрыве фиброзной оболочки и ущемлении корешка спинного мозга меня удовлетворить не может, так как я знаю, что на самом деле все происходит по-другому.

Я перестал спорить с диагнозом «грыжа позвоночника», который слышу из уст пациентов. Анализирую ситуацию и просто лечу… Без операционного стола, анестезии, наркоза.

Что это – грыжа позвоночника?

Если следовать учебнику латинского языка[4], термин «грыжа» (hernia или cele) означает выпячивание органа или его части через отверстия в анатомических образованиях под кожу или в полость. Например: myocele – миоцеле, мышечная грыжа; hernia linea albae – грыжа белой линии; hernia umbilialis – грыжа пупочная. Имеется еще и синоним – cysta (греч. cystis – пузырь) – киста, патологическая полость, стенка которой образована фиброзной тканью. Киста относится к патологическим полостям. Существуют еще грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, мочевого пузыря или тазовых органов.

Мое тщательное расследование, направленное на поиск связи слов «грыжа» и «позвоночник» в учебнике латинского языка и в других подобных учебниках, ни к чему не привело. Но вот в руководстве для невропатологов и нейрохирургов[5] сочетание «грыжа межпозвоночного диска» я обнаружил.

Правда, там дается следующее объяснение: «Протрузия (?) межпозвоночного (более правильно все-таки – межпозвонкового. – *Б.С.)* диска в шейном и поясничном (реже – грудном) отделах позвоночного канала вызывает локальную и корешковую боль, иногда сочетающуюся с чувствительными и двигательными нарушениями в зоне иннервации вовлеченного сегмента спинного мозга». Это и доказывает появление новой болезни из «лагеря» нейрохирургов – грыжи позвоночника.

[4] Здесь и далее будут использоваться пояснения медицинских терминов из учебника «Латинский язык» Цисыка А.З., Минск, 2006.

[5] Дифференциальная диагностика в неврологии и нейрохирургии/Под ред. Е.И. Гусева. – М.:ГОЭТАР – Медиа, 2005. – С. 239.

Протрузия и грыжа – это одно и то же?

Из этого же руководства следует объяснение[6]: протрузия – это «гипотрофический остеоартрит, приводящий к стенозу позвоночного канала, или синдрому бокового выпячивания позвоночного канала».

Если разбирать определения причин болей при грыже дисков позвоночника, или протрузий, становится непонятным, как может произойти «выпячивание позвоночного канала» и его «стеноз», если позвоночный канал образован спереди телами позвонков и межпозвонковыми дисками, а с боков и сзади – дугами позвонков, желтыми связками, дугоотростчатыми (межпозвонковыми) суставами.

А протрузия, или грыжа на самом деле, – уже развалившийся межпозвонковый диск (МИД), и какая разница, как он выглядит, если он развалился. Неужели так хрупок костный каркас человека, если то, что осталось от межпозвонкового диска, способно продавить костные образования, все оболочки позвоночника (см. ранее. – *Б.С)?* Это же нелогично, если знать анатомическое строение позвоночника.

Очень емко и обоснованно на этот вопрос отвечает д.м.н. проф. Жарков П.Л. в книге «Поясничные боли»[7]: «Спинной мозг заключен в оболочки – мягкую, паутинную и твердую. Последняя образует спинномозговой канал (дуральный мешок), заполненный спинномозговой жидкостью, в которой плавает спинной мозг, а с уровня второго поясничного позвонка – корешки поясничных, крестцовых и копчиковых нервов, образующие конский хвост. Полость спинномозгового канала (дурального мешка) простирается в пределах твердой мозговой оболочки от затылочного отверстия до 4-го крестцового позвонка. Поскольку спинной мозг короче спинномозгового канала, то корешки нижнегрудных, поясничных, крестцовых и копчиковых нервов идут в дуральном мешке вниз, мимо многих позвоночных сегментов, но идут они не в позвоночном канале, а в спинномозговом, то есть внутри дурального мешка, где могут свободно перемещаться в ликворе[8]. Весь дуральный мешок, образующий спинномозговой канал, заключен в позвоночный канал, образованный спереди телами позвонков и межпозвонковыми дисками, с боков и сзади – дугами позвонков, желтыми связками, дугоотростчатыми (межпозвонковыми) суставами.

Крестцовая часть позвоночного канала носит название крестцового канала. Между стенками позвоночного канала и дуральным мешком имеется пространство, заполненное рыхлой жировой тканью и сосудами. Жидкость в спинномозговом канале и рыхлая жировая клетчатка в позвоночном канале создают возможность спинному мозгу достаточно свободно перемещаться в полостях спинномозгового и позвоночного каналов при всех движениях позвоночника».

Такое строение позвоночника ассоциируется у меня с кабелем высокого напряжения. Попробуйте повредить провода, проходящие внутри его толстой оболочки, сжав кабель в кулаке. Думаю, без комментариев. А если еще представить, что этот кабель высокого напряжения проходит внутри бетонной трубы, которую в нашем случае представляет позвоночный канал, вопрос о повреждении кабеля даже не возникнет. Так устроен наш позвоночник. Невозможно его повредить разрушенным межпозвонковым диском, даже если он прилегает к позвоночному каналу вплотную. Высох диск (один из 24 амортизаторов позвоночника) потому, что перестал получать питание из-за спазма мышц этой зоны позвоночника. К тому же высыхание

---

[6] Дифференциальная диагностика в неврологии и нейрохирургии/Под ред. Е.И. Гусева. – М.:ГОЭТАР – Медиа, 2005. – С. 243.

[7] «Поясничные боли», Жарков П.Л., Бубновский С.М., Жарков А.П.

[8] Ликвор – спинномозговая жидкость.

(дегидратация. – СБ.) диска происходит не сразу, порой в течение нескольких лет, и человек об этом может даже не подозревать. Сам процесс нарушения целостности позвоночника называется дистрофическим.

Для справки: дистрофия (dystrophia) – расстройство питания тканей, ведущее к их качественному и количественному изменению.

Это слово встречается во всех грамотно написанных заключениях рентгенологов при описании грыжи или протрузии межпозвонковых дисков.

Питание межпозвонковых дисков происходит не напрямую, как, к примеру, утоление жажды человеком, а опосредованно, через насосную функцию прилегающих к позвоночнику глубоких мышц. Это называется диффузией (пассивной и активной). Если человек живет чрезмерно аккуратно, не поднимая ничего тяжелей кошелька, сидит немного и не поднимает тяжестей, то для питания межпозвонковых дисков хватает и пассивной диффузии глубокой мускулатуры позвоночника. Я довольно часто вижу снимки магнитно-резонансной томографии (МРТ) людей старшей возрастной группы без дистрофических, а тем более без дегенеративных, изменений позвоночника. Но обращаются-то они ко мне по поводу болей в спине, порой довольно сильных. Как правило, мышечная система у таких пациентов практически не функционирует даже при банальных нагрузках.

Людям с активной жизненной позицией нужна активная диффузия, то есть выполнение специальных упражнений для мышц спины (например, подтягивание на турнике). А мы рассматриваем на МРТ дегидратированные (обезвоженные, высохшие) межпозвонковые диски, которые из-за нарушения питания (дистрофии) рассыпались, разрушились, и их элементы (труха) высыпались в межпозвоночные отверстия.

Повторяю вопрос. Способна ли труха продавить костный канал? Вряд ли. Тело несет нагрузки и, к сожалению, при неаккуратной эксплуатации изнашивается. Надо «ремонтировать», «накладывать заплатки», а не отрезать части тела. Лишнего в организме, когда он здоров, нет. Не надо ломать фундамент дома, если посыпалась штукатурка.

Изменения контура позвоночного канала, видимые часто на МРТ, связаны, с моей точки зрения, именно с гиперфункцией или разрастанием соединительной ткани канала, происходящим по принципу отложения солей при подагре. Если есть застой в соединительной ткани, а дистрофия – это нарушение ее микроциркуляции в зоне спазма или блокады мышц, то и возникает изменение формы. На самом деле это следствие, которое выдается за причину. Вопрос в другом. Боли-то отчего, если ни кости, ни хрящи не болят, так как не имеют болевых рецепторов?

В разного рода медицинских энциклопедиях и словарях можно прочитать, что при грыже межпозвонкового диска «вытекающая» внутренняя часть диска способна сдавливать или раздражать нервный корешок и даже повреждать его[9].

Навязчивая идея о центрально расположенном пульпозном ядре, которое и «вытекает в межпозвонковое отверстие». Это объясняют и невропатологи, и нейрохирурги в различных справочниках и монографиях по неврологии. Но так ли это? Как-то мне довелось увидеть телевизионную передачу, посвященную этой теме. Больного с болями в спине нейрохирурги убедили в необходимости операции по удалению «злосчастной» грыжи позвоночниика, которая якобы давала сильные, не устраняемые лекарственными средствами боли. Подход к решению этой проблемы был внушителен. Была показана операционная, врач с линзами на голове, пациент, до подбородка укутанный белой простыней. Операция, естественно, была проведена «успешно». Хирург показал тарелку, на которой лежал некий конгломерат соединительной ткани, напомнивший мне конгломераты, которые достают филиппинские хилеры, но совер-

[9] Современная медицинская энциклопедия / Под общей редакцией Г.Б. Федосеева. – Санкт-Петербург: «Норинт».

шенно не похожий ни на куски хрящей, ни тем более на пульпозное ядро. «Радостный» пациент после наркоза спрашивает хирурга: «Все нормально прошло? А то я что-то ног не чувствую».

«Все хорошо, – отвечает хирург. – Через полгода будешь бегать». И это показывали по одному из центральных каналов. «Да, – думаю я, смотря эту передачу, – ног пока не чувствует, только через полгода сможет бегать и прыгать, а может, и нет?» Я не думаю, что этого пациента еще раз покажут по телевидению, даже через полгода. Это всего лишь один из примеров агрессивной рекламы нейрохирургических операций по поводу удаления грыжи позвоночника.

Как появляется грыжа позвоночника?

Рассмотрение МПД как единого целого диктуется тем обстоятельством, что начиная со сравнительно молодого возраста (по некоторым данным, уже после 20 лет) постоянно исчезают отчетливые границы между структурными компонентами диска. При биохимическом исследовании дисков взрослых и особенно пожилых людей очень трудно или невозможно получить в совершенно чистом виде пульпозное (желатинозное) ядро, которое в значительной мере замещается фиброзной хрящевой тканью.

Фиброзный хрящ замещает также гиалиновые пластинки, окружающие пульпозное кольцо. Таким образом, МПД приобретает характер фиброзно-хрящевого образования с вкрапленными в него остатками гиалинового хряща гиалиновых пластинок и желатинозной субстанции.

После 20 лет постоянно исчезают отчетливые границы между структурными компонентами диска.

Пульпозное ядро только у детей и молодых животных можно изолировать и отдельно исследовать его химический состав. Во всех остальных случаях биохимические данные, приводимые в медицинской литературе, для каждого из этих компонентов диска должны рассматриваться как сравнительные.

Правильнее было бы говорить не о «пульпозном ядре», а о центральной части диска с остатками ядра, не о «фиброзном кольце», а о периферических отделах диска.

Например, правильнее было бы говорить не о «пульпозном ядре», а о центральной части диска с остатками ядра, не о «фиброзном кольце», а о периферических отделах диска.

В связи с этим объяснение многими врачами причины болей в спине наличием выпавшей грыжи МПД несостоятельно и, можно сказать, некорректно. Диски могут разрушаться, стираться, покрываться трещинами, развалиться на элементы в пределах их собственной территории между позвонками. Эти процессы называются дегенеративными, и возникают они в результате дегидратации, то есть прекращения поступления в диски воды. Связано это со спазмом собственных глубоких мышц позвоночника. Проще говоря, диск, переставший получать смазку, начинает механически стираться, так как его нельзя вытащить, как подшипник в машине, и смазать отдельно от других частей. Поэтому на снимках МРТ видны его осколки, собирающиеся под задней продольной связкой и «засоряющие» его собственное венозное сплетение, через которое он получает питание. В связи с этим возникает отек окружающих его мягких тканей и боль разной степени выраженности в зависимости от психической восприимчивости человека. Я не говорю уже про пульпозное ядро. Но самое интересное, что процесс «засорения» собственного венозного сплетения и выпадения дисков под заднюю продольную связку может повторяться, и не всегда хозяин «испорченного засухой» диска может это ощущать. Это подтверждается анализом многих снимков пациентов с болями в спине, на которых можно увидеть описанный рентгенологом межпозвонковый диск размером намного меньшим, чем его сосед. Грыжа, отмеченная рентгенологом, может иметь размеры 4–5 мм, то есть совсем ничтожные, если учесть периодически встречающиеся грыжи от 15 до 20 мм. Спрашивается, куда исчезла субстанция диска, если сам он маленький и грыжа маленькая? Я часто спрашиваю таких пациентов: «Скажите, у вас раньше возникали боли в спине?» Отвечают отрицательно. Отрицание связано с ассоциацией болей в спине как острых, ярко выраженных. «А были ли у вас дискомфортные ощущения в спине при тех или иных движениях, например наклонах, поворотах туловища? И вам достаточно было рукой растереть болезненную зону,

чтобы избавиться от неприятного ощущения? Может, при этом вы обращались к массажисту или к домашним, чтобы вам сделали массаж спины?» – «Да, – соглашаются. – Такие случаи бывали, причем многократно!»

Вот вам и ответ на вопрос, куда исчезает диск. Он стирается, а его элементы высыпаются за пределы его территории под заднюю продольную связку!

Но человек так устроен, что ему проще обратиться к врачу и услышать знакомый диагноз: «У вас грыжа позвоночника», чем понять, что все дело в том образе жизни, который он ведет.

И если человек вовремя обратил на это внимание, даже интуитивно – промассировал мышцы спины, выполнил какие-то упражнения на растяжение, то есть включил микроциркуляцию мягких тканей позвоночника, то глубокого «засорения» венозного сплетения в зоне этого диска не произойдет. А фагоциты, защитники внутренней среды организма, эту стружку или кусочки развалившегося диска растворят, переварят, и кровеносные потоки выведут из организма эти шлаки или, как говорят медики, хиазмы. Но человек так устроен, что ему проще обратиться к врачу и услышать знакомый диагноз: «У вас грыжа позвоночника», чем понять, что все дело в том образе жизни, который он ведет. К тому же он неправильно оценивает ситуацию, при которой в болевой процесс втягивается не только зона «грыжи», но и нижележащие отделы (нога, стопа), а также вышележащие (область шейного отдела и лопаток) в виде постоянного напряжения мышц, не расслабляющихся даже в покое.

Грыжа МПД не пуля, которую должен удалить хирург. Это изменения, произошедшие в результате длительного бездействия глубоких мышц позвоночника. Если говорить о грыжах межпозвонковых дисков у спортсменов, то в данном случае нарушение питания возникает в результате неадекватной эксплуатации мышц спины. Об этом более подробно вы можете прочитать в книге «Остеохондроз – не приговор!».

Первый вывод: пульпозного ядра у взрослого (после 20 лет) человека нет в принципе. А значит, «вытекать» при разрушении диска нечему.

Второй вывод: грыжа диска описывается в подавляющем большинстве случаев на МРТ как «дегидратация» диска, то есть обезвоживание, высыхание. Что в таком случае может вытечь из него, если в нем нет воды, даже если представить наличие виртуального студенистого пульпозного ядра?!

Третий вывод принадлежит профессору Жаркову П.Л., в упоминаемой ранее монографии «Поясничные боли»: «Все спинномозговые нервы грудного и поясничного отделов выходят из позвоночного канала через верхнюю половину межпозвонкового отверстия. Межпозвонковый же диск расположен на уровне нижней половины межпозвонкового отверстия, и поэтому никакие его выпячивания и даже грыжи повредить спинномозговые нервы не могут».

Межпозвонковый диск расположен на уровне нижней половины межпозвонкового отверстия, и поэтому никакие его выпячивания и даже грыжи повредить спинномозговые нервы не могут.

Что же получается? В теоретических медицинских трудах, описывающих строение позвоночника, мы не встречаем в качестве основной причины болей в спине грыжу позвоночника.

А вот в работах нейрохирургов, напрямую заинтересованных в проведении операций по удалению этих «грыж», боли в спине объясняются их наличием. Кто прав? Я думаю, тот, от кого больной получает нужный результат. Привожу типичные истории болезни, связанные с операцией по удалению грыж позвоночника.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ № 2
Пастухов Е.Л., *47 лет.*

Обратился в центр кинезитерапии с болями в шейном, грудном и поясничном отделах позвоночника и иррадиацией (распространением) болей по передней поверхности бедра и голени справа. Онемение. Не может долго ходить, стоять, только лежит.

Из истории болезни: ***боли в спине периодически возникают около 10 лет.***

Последнее обострение 6 месяцев назад. Выполнена радиочастотная фасетэктомия (удаление мелких суставов позвонков. – *Б.С).*

После операции состояние не изменилось. Консервативное лечение эффекта не принесло.

На МРТ выявлен стеноз позвоночного канала на уровне L4-L5 вследствие протрузии на уровне L4-L5.

Через 2 месяца проведена вторая операция – холоднoплазменная нуклеопластика межпозвонковых дисков на уровне L4-L5-S1.

Выписан опять же под наблюдение невропатолога по месту жительства с горстью лекарств, корсетом на срок не менее 3 месяцев и запретом на сидение в течение месяца.

В последнее время появилась тенденция использовать больных с болями в спине в качестве экспериментального материала для испытания новых хирургических методик. Описанная история болезни – одна из многих в этом ряду.

И говорите мне, что хотите, о болевом синдроме, его необычности, меня волнует результат. Человек с болями в спине приходит к врачу с надеждой на исцеление, а уходит после операции в корсете и с инвалидностью II–III группы.

Не хочу такого лечения!

У больного Пастухова Е.Л. выявилось все то же чрезмерное напряжение мышц позвоночного столба в покое. Резкая ригидность мышц нижних конечностей, лежа он не мог не то что разогнуть ногу, держа ее рукой, он не мог достать пальцы ноги, даже согнутой в колене. И это в положении лежа… Вы, конечно, можете возразить, что тоже не можете выпрямить ногу в колене, держа ее за стопу, и никогда этого не могли сделать. А боли у вас нет и грыжи нет. Отвечу – до поры до времени. Ваше время страдать от болей в спине еще не пришло, но обязательно придет, если вы не устраните дисфункцию мышечных тканей позвоночника и нижних конечностей. К сожалению, так повелось, хирурги тоже не изучают функции мышц, тем более взаимосвязь мышечных групп между собой. Они изучают их структуру и знают места, где можно разрезать ткань, оставляя как можно меньше послеоперационных рубцов. В данном случае хирурги проникают к той точке на позвоночнике, на которую им указывает рентгенолог. Они действительно верят в необходимость этой операции. Главное, чтобы пациент не умер на столе. А что с ним будет дальше, после выписки из больницы, это не их забота. Поэтому я и показываю официальные рекомендации, выдаваемые пациентам после подобных операций на позвоночнике. До операции они об этом не информируются.

Функциональное тестирование мышц тела в случае с Пастуховым Е.Л. выявило их недостаточность в нижних конечностях и нижней части спины. А я спрашиваю про подтягивания… Он не может подтянуть (на тренажере) вес, составляющий половину от общего веса тела, а ноги по силе сравнимы с силой ног 10-летнего школьника![10] При этом все суставы и позвоночник в состоянии расслабления абсолютно подвижны. Спрашивается, зачем вмешиваться в их кинематику?

[10] После создания альтернативной программы физкультуры в школе я сравниваю показатели физических данных своих пациентов с нормативами школьников.

В связи с этим пришлось создавать нашему пациенту индивидуальную программу на тренажерах (МТБ 1–4[11]), обладающих мягким растягивающим действием на фоне силовых мышечных сокращений с целью восстановления силы и эластичности мышечных групп пояса верхних и нижних конечностей.

И наш пациент после двух ничего не давших операций на позвоночнике достаточно быстро вернулся к работе. Как вы понимаете, он тоже многому удивлялся. Особенно тому, что мы научили его не бояться боли, объяснив ее природу и научив проходить через нее, самостоятельно выполняя достаточно сложные динамические упражнения (см. Пятый способ «Снятие боли движением»).

[11] Многофункциональный тренажер Бубновского.

Почему мы используем в качестве лечебных средств тренажеры?

Прежде чем дать ответ, я должен вас познакомить с тренажерами, используемыми в центрах кинезитерапии[12].

Они характеризуются рядом конструктивных признаков и свойств, которые необходимо учитывать в процессе лечения. Все тренажеры, применяемые для этой цели, значительно различаются по **свободе допустимого на них движения.** В этой связи условно могут быть выделены три разновидности.

1. **Тренажеры узколокального действия** имеют императивную конструкцию, задающую совершенно определенный тип тренирующего воздействия, как правило, для одной мышечной группы синергистов с движением звена, имеющего лишь одну степень свободы. Таковы многие тренажеры, предназначенные, например, для сгибания плеча, предплечья и т. п.

2. **Тренажеры локального воздействия** используются для тренировки одной определенной координации, но в отличие от устройств предыдущего типа воздействуют не на одну, а на несколько групп мышц и на несколько суставов. Здесь движения характеризуются уже несколькими степенями свободы: подтягивание на руках, разгибание ног, приседания с преодолением сопротивления и др. Тренажеры этого класса могут иметь большее число степеней свободы, чем устройства узколокального действия, благодаря чему упражнения в известных пределах варьируются по направлению тяги, ширине хвата и т. п., чем достигается более полный тренировочный эффект.

3. **Многофункциональные тренажеры** – устройства типа комбайнов, позволяющие тренировать различные группы мышц, так как воздействия на них возможны в различных рабочих положениях. Для каждого из таких положений (стоя с тягой снизу, сверху и т. п., лежа на животе, на спине, боком с тягой руками, рукой, ногой и т. д.) существуют наиболее характерные базовые упражнения, которые, в свою очередь, могут варьироваться.

[12] Кинезитерапия – лечение дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата с применением тренажеров декомпрессионного и антигравитационного ряда в целях восстановления питания соединительно-тканных структур костно-мышечной системы.

Тренажеры, различающиеся по способам отягощения

1. **Тренажеры с искусственным отягощением** выполнены в расчете на внешнюю нагрузку, передающуюся через систему блоков на определенную группу мышц. С помощью этих блоков они создают декомпрессионное, порой и антигравитационное, воздействие на опорно-двигательный аппарат.

2. **Тренажерные устройства с естественным отягощением** рассчитаны на использование массы тела занимающегося. Обычно это разного рода опоры, брусья, турники, к ним также относятся те, где применяются традиционные отягощения (наборные гантели, штанги и т. п.). Но это самые сложные для выполнения упражнений спортивные тренажеры, и использовать их могут только хорошо тренированные люди.

Кинематика движений на тренажерах с разным числом степеней свободы принципиально различается. В связи с этим выделяются две категории.

1. **Императивные тренажеры,** имеющие строгую «геометрию» движений и в связи с этим дающие возможность изолированно прорабатывать отдельно взятые суставы. Например, коленный сустав, локтевой, тазобедренный, голеностопный.

Именно эта группа тренажеров используется на первом этапе реабилитационных программ.

2. **Тренажеры со свободной «геометрией», или многофункциональные,** дают возможность более или менее широко варьировать кинематику рабочего движения, выполняя в ходе одного упражнения или серии тяги в различных направлениях относительно осей суставов.

Это, прежде всего, все тренажеры, передающие нагрузку от блоков через свободный трос, благодаря чему становится возможным менять как рабочие положения, позиции относительно снаряда, так и направление тяги в пределах одного рабочего положения. Это весьма важное качество тренажера, позволяющее не только выполнять разные упражнения, но и веерно менять нагрузку на мышечный аппарат в рамках одного и того же упражнения. Основным представителем этой группы тренажеров в кинезитерапии является МТБ 1–4.

Для того чтобы использовать вышеперечисленные тренажеры в качестве лечебно-реабилитационных, необходимо выполнять следующие правила безопасности.

1. Количественная составляющая отягощения подбирается с таким расчетом, чтобы занимающийся смог выполнить требуемое движение по перемещению данного отягощения по системе блоков не менее 12 и не более 15 повторений в одной серии упражнения. Если занимающийся способен переместить данное отягощение («тяга с блока», через который крепится отягощение) более 15 раз, вес отягощения увеличивается с целью выполнения необходимого числа повторений (12–15) этого упражнения. Таким образом, вес отягощения подбирается исходя из индивидуальных физических возможностей каждого занимающегося.

2. От занятия к занятию (после 6—12 занятий) вес отягощения должен повышаться до тех пор, пока занимающийся не достигнет нормативов достаточности данной мышечной группы (нормативы указаны в приложении). Подобная динамика повышения весовой составляющей отягощения будет считаться положительной. При отсутствии прогресса в восстановлении мышечной выносливости должны выполняться упражнения, подводящие к этому тренажеру.

3. Любое движение в максимальной точке напряжения должно сопровождаться форсированным выдохом «Ха-а». Это основное условие для снижения внутричерепного, внутригрудного и внутри-брюшного давления, что является профилактикой перенапряжения сосудов сердца и головного мозга. Не случайно после выполнения тренажерной программы у больных

с гипер/гипотонией обычно нормализуется артериальное давление и улучшается общее самочувствие.

4. Перед началом каждого сеанса для составления продуктивной лечебной программы необходимо сообщить инструктору о своем физическом состоянии, и, если вы сомневаетесь в возможности выполнить очередную лечебную программу, пройдите врачебный контроль состояния сердечно-сосудистой системы. Ни в коем случае не стремитесь форсировать увеличение количества весовых отягощений и объема выполняемых упражнений, если состояние сердечно-сосудистой системы не позволяет подобной динамики.

5. Чистое время лечебного занятия должно составлять 20–60 минут. При этом само занятие может продолжаться 2–3 часа за счет того, что ослабленные и детренированные пациенты делают большие паузы между подходами. Пауза между подходами в норме не должна превышать 2–3 минут.

Помните! У каждого свой срок выздоровления. Не надо считать количество пройденных сеансов критерием обязательного выздоровления. Основной критерий выздоровления – восстановление мышечной константы каждого занимающегося, которая характеризует не только возможностью выполнения требуемого количества отягощений, но прежде всего возможностью выполнения всех упражнений без боли. Обычно это достигается после 12–36 сеансов. После же операции по удалению грыжи позвоночника корсет рекомендуют носить до 6–8 недель, а инвалидность дается на 1 год, то есть 365 дней.

Основной критерий выздоровления – восстановление мышечной константы каждого занимающегося, которая характеризует не только возможностью выполнения требуемого количества отягощений, но прежде всего возможностью выполнения всех упражнений без боли.

Эти правила должны неукоснительно соблюдаться при выполнении упражнений на всех тренажерах, поэтому мы не будем больше к ним возвращаться.

Основные выводы

1. Показателем положительной динамики лечебного процесса, связанной с восстановлением функции мышечной ткани, является возможность постоянного увеличения веса отягощений в соответствии с индивидуальными возможностями каждого занимающегося и доведения его до нормативов мышечной достаточности, указанных в приложении № 2.

2. Критерием максимального лечебного эффекта является работа с отягощениями, общий вес которых сопоставим с весом тела пациента по формуле, принятой в кинезитерапии, а также достижение максимальной амплитуды тела применительно к соответствующему тренажеру.

> Самой опасной нагрузкой для человека, страдающего слабыми мышцами туловища, является перемещение собственного веса в пространстве, при этом он может получить гипертонический криз, инсульт мозга, инфаркт миокарда и т. д.

В то же время врачи, не понимающие сам термин «нагрузка» и воспринимающие его как нечто экстремальное, запрещают любой вес тяжелее 2 кг. В этой связи хотелось бы подчеркнуть, что самой опасной нагрузкой для человека, страдающего слабыми мышцами туловища, является перемещение собственного веса в пространстве, при этом он может получить гипертонический криз, инсульт мозга, инфаркт миокарда и т. д. Например, возврат туловища в вертикальное положение после завязывания шнурков, вставание с унитаза, пробежка до автобуса и т. д. и т. п. В связи с этим хочу дать более подробное объяснение понятия «физическая нагрузка».

Физические нагрузки разделяются на подпороговые, пороговые и сверхпороговые.

Ориентир при подборе адекватной физической нагрузки должен ставиться на энерготраты, обеспечивающие жизнедеятельность в условиях относительного покоя.

Подпороговая нагрузка не дает тренировочного эффекта, так как не увеличивает мощность вегетативных систем организма и не способствует увеличению мышечной массы. Энерготраты при этом составляют всего 2940 ккал. Столько килокалорий затрачивает организм во время прогулки, пусть даже длительной, бега трусцой не более 20–30 минут, плавания в бассейне 45 минут, однако без выполнения скоростных нормативов, при которых пульс достигает 130–140 ударов в минуту.

Пороговая нагрузка превышает энергозатраты основного обмена примерно в 5 раз, но не более 4500–5000 ккал. Здесь уже длительная прогулка проходит со средней скоростью 6 км/час, бег трусцой по пересеченной местности не менее 4 км, плавание за 16–22 минуты не менее 800 метров без остановки в зависимости от стиля (кроль, брасс).

Сверхпороговая нагрузка – перетренированность (>5000 ккал) – деструктивные изменения в мышечном аппарате и вегетативных системах = синдрому хронической усталости. Большой спорт в кинезитерапии в качестве лечебной нагрузки неприемлем.

В кинезитерапии определение индивидуальной силовой нагрузки исходит из максимальной произвольной силы группы мышц или группы синергистов, то есть 60–70 % от этой величины. Поэтому критерием нагрузки в кинезитерапии служит не умозрительное (не имеющее официальных стандартов и доказательной научной базы) число запрещаемых килограммов, как это принято в неврологии, а возможность выполнения силового упражнения на тренажерах декомпрессионного ряда, соотносимое с 60–75 % веса тела мужчины и с 50 % веса тела женщины (см. приложение). Нагрузки на разные мышечные группы варьируются в соответствии с конституцией занимающегося. Следовательно, вес человека не является критерием здоровья, а

многочисленные формулы диетологов вроде «нормальный вес равен росту минус 100» весьма умозрительны.

Нормальным весом тела является вес, с которым справляется скелетная мускулатура. Как говорит мой друг Владимир Абрамов: «В здоровом теле – здоровый вес».

Не удивлюсь, если вы спросите о других, кроме кинезитерапии, методах лечения. И действительно, только самый захудалый медицинский центр, санаторий или курорт не пишет в своих рекламных буклетах о том, что они лечат ОДА (опорно-двигательный аппарат) и грыжи позвоночника. Причем безоперационным путем. Обычно эти методы ориентированы на применение бальнеотерапевтических и SPA-процедур.

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.