

А. П. Лукьянов

# Позвоночник

Величайшее  
заблуждение  
в медицине

2015

Андрей Лукьянов

**Позвоночник. Величайшее  
заблуждение в медицине**

«Издательские решения»

**Лукьянов А. П.**

Позвоночник. Величайшее заблуждение в медицине /  
А. П. Лукьянов — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-00-607300-5

Современный мир таков, что большинство болезней является хроническими. Поэтому повторный визит к врачу часто начинается с прочтения доктором диагноза в амбулаторной карте или на заключении рентгенолога. И часто именно под этот диагноз подбирается лечение. Причина болезни не ищется. Наряду с другими негативными обстоятельствами такая порочная практика и делает из пациентов хроников.

ISBN 978-5-00-607300-5

© Лукьянов А. П.  
© Издательские решения

# Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА	6
БОЛЬ В СПИНЕ	9
У семи нянек дитя без глаза	11
Стрельба мимо цели	17
Конец ознакомительного фрагмента.	23

# Позвоночник. Величайшее заблуждение в медицине

**Андрей Петрович Лукьянов**

© Андрей Петрович Лукьянов, 2023

ISBN 978-5-0060-7300-5

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero



## ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА

На протяжении многих лет в медицине господствует странная теория возникновения межпозвонковых грыж путём **саморазрушения дисков**. Ничего более нелогичного и антинаучного представить себе невозможно. Мальчишки иногда выясняют отношения между собой на кулаках. Если два драчуна затеют потасовку, а их силы будут неравны, то один выйдет из схватки потрёпанным. При этом следы борьбы на его теле будут весомым свидетельством превосходства противника. И вряд ли кому-нибудь придёт в голову ссадины, синяки и шишки приписать каким-то загадочным патологическим процессам в организме побеждённого ребёнка. Нечто подобное схватке сильного и слабого противника происходит в позвоночнике человека, когда какой-то из дисков оказывается сдавленным глубокими околопозвоночными мышцами. Исходом этой неравной борьбы становится грыжа. Новая теория образования грыж детально изложена в главе «The Trigger of the Gun» настоящей монографии.

Вообразим себе позвоночник в виде цепи, состоящей из 24 звеньев. На вид это довольно крепкая и надёжная конструкция, спокойно выдерживающая вес человеческого тела. Но, как оказалось, не безупречная с медицинской точки зрения: диагнозы сколиоз, спондилоартроз, грыжа, остеохондроз, спондилолистез и другие, – уже давно стали для нас привычными. Межпозвонковую грыжу в подобных технических конструкциях можно приравнять к серьёзной поломке одного из звеньев цепи. Чтобы разобраться в причинах систематических поломок стандартных конструкций, попробуем подойти к проблеме с инженерной точки зрения. Если учесть, что исходное качество «сборки» и добротность «материалов» безупречное, становится понятно, что всё дело в условиях эксплуатации. Другими словами, проблема поломок заключается не в самих позвонках или дисках. Нужно искать внешние факторы, оказывающие на них разрушительное действие. Именно в этом направлении должны были бы вестись научные работы по выявлению причин грыжеобразования. А что в реальности? С маниакальным упорством учёные многие десятилетия исследуют исключительно межпозвонковые диски, выискивая в них самих тайные причины разрушения. Но все усилия неизменно оказываются бесплодными, потому что это бессмысленно по своей сути. Как идея Паниковского распилить гири:

*«На рассвете далеко за городом сидели в овраге уполномоченный и курьер. Они пилили гири. Носы их были перепачканы чугушной пылью. Рядом с Паниковским лежала на траве манишка. Он ее снял – она мешала работать. Под гирями предусмотрительный нарушитель конвенции разостлал газетные листы, дабы ни одна пылинка драгоценного металла не пропала зря. Молочные братья изредка важно переглядывались и принимались пилить с новой силой. В утренней тишине слышалось только посвистывание сусликов и скрежетание нагретых ножевок.*

*– Что такое, – сказал вдруг Балаганов, переставая работать, – три часа уже пилю, а оно все еще не золотое?*

*Паниковский не ответил. Он уже все понял и последние полчаса водил ножовкой только для виду.*

*– Ну-с, попилим еще! – бодро сказал рыжеволосый Шура.*

*– Конечно, надо пилить! – заметил Паниковский, стараясь оттянуть страшный час расплаты.*

*Он закрыл лицо ладонью и сквозь растопыренные пальцы смотрел на мерно двигавшуюся широкую спину Балаганова.*

*– Ничего не понимаю! – сказал Шура, допилив до конца и разнимая гирю на две яблочные половины. – Это не золото.*

– *Пилите, пилите, – пролетел Паниковский*»  
(И. Ильф, Е. Петров «Золотой телёнок»).

Может быть, хватит уже «пилить» *холодец* в поисках *золота*? Являясь во многом умозрительной, официальная доктрина чем дальше, тем сильнее отрывается от действительности, фактически превратившись уже в закостеневшую догму. Она тормозит развитие теоретической медицины и никак не помогает медикам в практической работе. На это прокрустово ложе доктора ежедневно безуспешно пытаются уложить болевые синдромы многих тысяч пациентов, которые обращаются к ним за медицинской помощью. Бессилие врачей перед не самыми ужасными в мире болезнями опорно-двигательного аппарата в значительной степени объясняется использованием неправильных теорий, а вовсе не их равнодушием или низкой квалификацией.

Общепринятые теории изобилуют многими благоглупостями, при этом они не могут внятно и доказательно объяснить самое главное – причину возникновения боли в спине у современного человека. Хотя очень сильно стараются, при этом часто выдавая желаемое за действительное. Творцы концепции остеохондроза соорудили поистине колоссальную декорацию, в которой как в лабиринте можно заблудиться. Вспомним известный закон экономии, сформулированный У. Оккамом: «Сущности не следует умножать без необходимости». Неспособность отечественных учёных найти простые объяснения вынудило их избыточно расширять свою теорию, вводя в неё многочисленные дополнительные обстоятельства, чтобы в этой мишуре спрятать неустранимые противоречия. Если бы в остеохондрозной концепции имелось хоть что-то ценное, то было бы достаточно хорошенько пройтись по ней бритвой Оккама, исправляя косяки. Но спасать просто нечего. Давайте зададим приверженцам этой неуклюжей теории всего лишь один конкретный вопрос. Если остеохондроз, который диагностируется исключительно рентгенологически, является причиной болевого синдрома, то почему он не исчезает на рентгене после купирования боли? Мёртвая тишина. Похоже, в этом доме никто не живёт. Дело в том, что нет никаких доказательств того, что боль в спине и дистрофические изменения позвоночника связаны между собой. Громадная неповоротливая конструкция учения об остеохондрозе рухнет на наших глазах быстрее, чем от порыва свежего ветра разлетается картонный домик.

Согласно грыжевой теории принято считать, что именно межпозвоночная грыжа вызывает болевой синдром. Врачи диагностируют её чаще всего по МРТ. После купирования боли грыжа на МРТ не исчезает и даже не уменьшается. Таким образом, мы опять имеем те же грабли. Нам говорят, что боль в подобных случаях вертеброгенная и возникает якобы из-за сдавления корешка. Хотя общеизвестно, что если пережать проводник нервных импульсов, то они ослабеют или вовсе прервутся. При компрессии чувствительного корешка это даст онемение, в случае сдавления корешка двигательного появится слабость мышцы. Боль вообще-то рождается при раздражении болевых рецепторов. Удивительно, но выходит, что творцы двух самых одиозных теорий современной медицины не знают элементарных вещей. Или сознательно идут на подтасовку, превращая рядовых врачей и простых обывателей в доверчивых Шур Балагановых. Грыжевой теории, как и остеохондрозу не поможет «бритьё». Здесь требуется полная переделка. Настало время выбросить на свалку истории все эти сказки про остеохондроз и корешковый синдром, которые якобы вызывают боль. К науке, к объективной реальности эти медицинские мифы не имеют никакого отношения.

Я прекрасно понимаю, что пытаться изменить укоренившиеся представления людей на, казалось бы, давно известные явления и колебать привычные устои – занятие неблагодарное. Вполне естественно, что в одночасье кардинальные перемены произойти не могут. Тем более

что медицинское сообщество представляет собой довольно закрытую корпорацию с сильными традициями консерватизма. Новые идеи в медицине иногда очень долго отвергаются, в том числе признанными авторитетами. Было время, когда работы великой Джанет Тревелл «осмеивали и игнорировали» (R. Cailliet). Даже сейчас, спустя десятилетия после триумфальной публикации 1983 года, её учение, к сожалению, ещё не стало всеобщим достоянием. А ведь ещё задолго до выхода этой знаменитой монографии «Миофасциальные боли и дисфункции» печатались другие серьёзные работы, посвящённые триггерным точкам. Например, в 1952 году был опубликован совместный труд Джанет Тревелл с доктором Ринцлером, ныне считающийся уже классическим.

Время всё расставляет по своим местам. Поэтому я, как автор, надеюсь всего лишь на вдумчивое, непредвзятое отношение к изложенному в этой книге материалу и готов с признательностью принять любую конструктивную критику.

## БОЛЬ В СПИНЕ

*«Есть многое на свете, друг Горацио,  
Что и не снилось нашим мудрецам».  
У. Шекспир «Гамлет»*

Боль в спине устойчиво ассоциируется в нашем сознании с позвоночником. Однако многочисленные факты свидетельствуют, что во многих случаях это не совсем так, а часто и совсем не так. Истоки этого заблуждения искать сейчас затруднительно и, пожалуй, уже неактуально. Тем более, что так считают не все медики. «Клиническая практика располагает многочисленными наблюдениями, когда без участия позвоночника, тем более дистрофического происхождения, в паравертебральных тканях, конечностях, отдалённых суставах формируются болезненные зоны, самостоятельное происхождение которых определяется иными патогенетическими факторами» (Г.А.Иваничев, 1997). Однако эта объективная реальность многими врачами продолжает игнорироваться. Поражает упорство, с которым медицинская наука держится за нелепые концепции остеохондроза и межпозвонковых грыж, как будто не замечая их многочисленных больших и малых нестыковок и явных расхождений с действительностью. «В медицине немного таких разделов, в которых существует столько ложных взглядов, как в разделе, относящемся к проблеме шейно-грудной и пояснично-крестцовой боли. Нужно признать, что у истоков заболеваний лежит неправильная диагностическая оценка острой боли в разных областях позвоночника» (Д.Н.Стойновский, 2002).

Невзирая ни на что, мышечно-скелетные боли продолжают связывать в основном с межпозвонковыми дисками, условно подразделяя их патологию на дистрофические поражения и межпозвонковые грыжи. Врачи упорно пытаются болевой синдром привязать к морфологическим изменениям в позвоночнике. Причём, подтверждения этому клиницисты у своих пациентов часто даже не ищут. Создаётся впечатление, что у медиков срабатывает некий рефлекс на межпозвонковую грыжу, найденную при обследовании. В таких случаях об иных возможных причинах болевого синдрома они просто не задумываются. В эпоху господства идей Я.Ю.Попелянского в СССР такой условный рефлекс у врачей был выработан на остеохондроз позвоночника, которым объясняли не только боль в спине, но и ещё много чего.

Некоторые постулаты взятого на вооружение медициной учения приняты на веру, бездоказательно, и за многие годы исследований они так и не были подкреплены объективными данными. Отдельные положения официальной теории входят в противоречие с законами природы. В то же время учёные, словно загипнотизированные, не замечают очевидных, лежащих на поверхности фактов, исследовав и обобщив которые можно было бы понять истинные причины боли в спине, не придумывая нынешних неубедительных схем. В первую очередь это касается триггерной болезни мышц. Её иногда не замечают, иногда попросту игнорируют. А чаще всего расценивают как проявление дискогенной патологии. Многочисленные новые данные, которые не укладываются в рамки существующей теории, не принимаются в расчёт. И это несмотря на то, что исследования по этой проблематике с сороковых годов прошлого века публикуются в научной литературе.

Слепота и предвзятость теоретиков и идущих вслед за ними практических врачей поразительна и необъяснима. Их избирательность в восприятии симптомов при мышечно-скелетных болях чем-то напоминает удивительные события в голливудском фильме «Тень» («The Shadow», 1994), где отрицательный герой Шиван-Хан, затуманив сознание людей, надолго

загипнотизировал целый город. Люди перестали видеть расположенный в центре мегаполиса громадный отель, в котором остановился Шиван-Хан со своей свитой. И только главный герой Ламонт, обладавший не менее сильными сверхспособностями, в конце концов смог снять с горожан пелену гипноза. Странная слепота в вопросах, касающихся спинальной боли, по масштабу уже давно превзошла фантазии создателей фильма. Десятки лет не отдельно взятый город, а весь мир находится в плену надуманной грыжевой теории и никак не прозреет. При наличии у человека межпозвонковой грыжи триггерная патология мускулатуры в качестве потенциального источника боли обычно даже не рассматривается. Дифференциальная диагностика мышечно-скелетного болевого синдрома в области спины при наличии межпозвонковой грыжи вообще не проводится. Любая костная патология рассматривается априори как единственно возможный или главный источник боли и других клинических симптомов. В медицине сейчас очень не хватает нового Ламонта.

## У семи нянек дитя без глаза

Пациенты с болью в спине в нашей стране почему-то чаще всего лечатся у неврологов, даже не имея при этом абсолютно никаких неврологических расстройств. И никто этому не удивляется. Так, например, В.Л.Голубев и А.М.Вейн (2002) пишут, что боли, не связанные с вовлечением в процесс корешков и периферических нервов составляют около 98% всех случаев боли в спине. По данным П.Л.Жаркова и соавт. (2001), из 1490 обследованных ими пациентов с болью в спине нарушения чувствительности имелись всего у 191 человека (12,8%). При этом степень выраженности этих неврологических расстройств редко была значительной. К тому же нет никаких доказательств, что все симптомы со стороны нервной системы при такого рода заболеваниях бывают обусловлены исключительно основным процессом. Подобные явления могут быть связаны, например, с сопутствующей патологией и вызываться совершенно иными этиологическими факторами, не имеющими ничего общего с позвоночником.

Как бы то ни было, *неврологическая симптоматика при боли в спине по определению является вторичной*. И поэтому не должна быть решающим фактором для привязки к профессии лечащего врача. Но, вооружённые генеральной доктриной о вертеброгенных заболеваниях нервной системы и связанные рамками внедряемых в медицину стандартов, доктора об этом вообще не задумываются. А больные вынуждены обращаться к неврологам, часто даже не получая ощутимого эффекта от их терапии. Потому что в рамках отечественной системы здравоохранения у больных других вариантов просто нет. Удивительно, но так сложилось в России, что людей с проблемами *опорно-двигательного аппарата* лечат врачи, специализирующиеся на заболеваниях *нервной системы*. Почему не отоларингологи или гастроэнтерологи? Ведь вполне возможно, что сопутствующая патология ЛОР-органов или, скажем, хронический гастрит у таких пациентов встречается чаще, чем неврологическая проблематика.

По справедливому замечанию С.П.Маркина (2005) трудно назвать болезнь, при которой в патологический процесс не вовлекалась бы нервная система. Но это вовсе не значит, что неврология должна подменять собой все другие медицинские специальности. В области костно-мышечной системы врачи-неврологи, несомненно, профессионалами не являются. Пытаясь помочь пациентам с болями в спине, которые вызваны, как они считают, остеохондрозом или грыжей, они занимаются якобы «вертеброгенными» заболеваниями нервной системы. Которых, как мы выяснили, у пациентов обычно не имеется. То есть неврологи лечат вообще неизвестно что. Сам остеохондроз, который по их собственным представлениям является первопричиной этих заболеваний, докторов интересует исключительно рентгенологически, попыток избавиться от него они не предпринимают. А так как неврологической патологии у таких пациентов обычно не больше, чем у любого среднестатистического гражданина, то неврологам остаётся назначать обезболивающие средства и прочую стандартную атрибутику. Абсолютно такое же бессмысленное лечение применяется при межпозвоночных грыжах и любой другой костно-хрящевой патологии, фактически независимо от диагноза. Разве что в более тяжёлых случаях назначается больше различных процедур и лекарств, призванных облегчать болевой синдром. Попыток найти реальный источник проблем у конкретного пациента обычно даже не предпринимается.

Как бы то ни было, неутешительные результаты работы врачей-неврологов ежегодно чувствуют на себе многие тысячи «счастливых» обладателей заветного талончика на приём к врачу. Эффективность традиционной медикаментозной терапии, назначаемой этими специалистами, крайне низкая. В случаях затяжного течения болевого синдрома и резистентности

к стандартной анальгетической программе реально встаёт вопрос о хирургическом лечении или инвалидности. А бывает, что после длительного безуспешного лечения пациента с болями выписывают на работу. Такая позорная беспомощность в других отраслях официальной медицины в двадцать первом веке встречается уже достаточно редко. И хотя значительная часть платёжеспособных пациентов, разочаровавшись в «государевых лекарях», ищет спасения у частнопрактикующих врачей, очередь в поликлиниках не уменьшается. Со сколиозом такая же безальтернативная прямая дорога к ортопедам, которые почему-то предпочитают людей с этим диагнозом в основном *наблюдать*, а не лечить. Может быть потому, что результаты их наблюдения и результаты их лечения практически не отличаются. Так происходит в первую очередь из-за того, что для самого распространённого, идиопатического сколиоза, адекватной теории пока просто не существует. А поэтому нет эффективного лечения, учитывающего патогенез заболевания.

Есть и другое объяснение плохого качества проводимой терапии: «... чаще всего ни ортопеды, ни неврологи, не говоря уже о других специалистах, **больного вообще не смотрят до получения рентгенограмм**» (П.Л.Жарков и соавт., 2001)! Впрочем, иногда они его и потом не смотрят, но при этом подробно изучают результаты КТ или МРТ. Создаётся странное впечатление, что пациент им вообще не нужен и врачи собираются лечить не его, а рентгеновский снимок или томограмму! О пренебрежительном отношении к пальпации, весьма распространённом среди врачей (и обывателей тоже!) лучше других сказал К. Левит (1997): «...мы видим парадоксальную ситуацию: клинический метод, который обеспечивает богатейшую и самую дифференцированную информацию догматизируется как «субъективный» и, таким образом, ненаучный в сравнении со сложной аппаратурой, которая в лучшем случае является жалкой копией нервной системы, в то время как пальпацию использует сам человеческий мозг и ощущающие пальцы». Понятно, что без всестороннего клинического обследования пациента, предписанное нерадивым доктором лечение по стандарту обречено на неудачу. Такая терапия – закономерный итог слепого, бездумного следования остеохондрозно-грыжевому догмату, когда полноценная клиническая диагностика фактически отсутствует, а назначения производятся из головы по шаблону. Печально, что эта вопиющая врачебная самонадеянность постепенно уже стала нормой.

В 1975 году А.И.Осна, говоря об исключительно большом многообразии проявлений остеохондроза, предложил создать под него новую клиническую дисциплину. И вот с недавнего времени в нашем здравоохранении появились специалисты, называемые вертебрологами или вертеброневрологами, по сути дублирующие работу своих коллег неврологов, занимающихся консервативным лечением пациентов с остеохондрозом и межпозвонковыми грыжами. По мнению В.Ф.Кузнецова (2003) вертебрология выросла из дискогенной теории. В таком случае этот «нарост» в самом рано или поздно ждёт судьба аппендикса (червеобразного отростка), когда тот вследствие воспаления начинает мешать спокойной работе всего организма.

Ф.А.Хабилов (2002), имея в виду вертеброневрологию, пишет: «Как следует из названия клинической дисциплины, прежде всего, речь идёт о нарушениях со стороны нервной системы, всех её отделов, включая рецепторы и эффекторы в коже, мышцах, связках, костях и во внутренних органах, обусловленных первичной патологией позвоночника: его костных структур, дисков, суставов, *мышечных* и сухожильно-связочных *образований*». Оставив на совести автора цитаты загадочные «*мышечные образования позвоночника*», ещё раз подчеркнём, как уже было отмечено выше, относительно невысокий процент нарушений со стороны нервной системы у пациентов с болями в области спины. И ещё не факт, что эти нарушения вызваны изменениями именно в позвоночнике, а не другими причинами. Небольшая, как правило,

выраженность неврологических симптомов и низкий процент таких осложнений у больных явно недостаточны для того, чтобы их всех лечили доктора неврологического профиля. В случаях с любой другой патологией пациентами занимаются исключительно профильные специалисты, но для мышечно-скелетных болевых синдромов такой медицинской профессии пока не существует. И с лёгкой руки Я.Ю.Попелянского неврология, а затем и вертеброневрология, стали в России основными врачебными дисциплинами при спинальной боли.

В официальном перечне МинЗдрава РФ этой новой профессии нет, но вертебрологи, тем не менее, явочным порядком в медицине появились, в основном в крупных городах. Они специализируются почти исключительно на позвоночнике, проводя терапию теми же методами, что и неврологи, соответственно достигая примерно тех же результатов. Последнее обстоятельство уже само по себе сводит на нет смысл их появления на свет, хотя сфера их деятельности, в отличие от неврологии, хотя бы вербально соответствует названию профессии. И в количественном и в качественном аспекте вклад вертебровологов ничтожен, ничего нового в тактике и методах лечения их появление не добавило. По иронии судьбы, вертебрологи, как и неврологи, оказались опять не теми специалистами, которые должны и которые умеют лечить заболевания, сопровождающиеся спинальными болями. К тому же, для них есть ещё один неприятный момент. Если вертебровологию не утвердят на официальном уровне, при оформлении пенсии врачам-вертебровологам их трудовую деятельность по этой специальности могут не засчитать в профессиональный стаж работы. Остаётся надеяться, что их признают де-юре, как в своё время признали мануальных терапевтов, которые много лет де-факто существовали непризнанными. Или же вертеброневрологи самораспустятся. В интересах пациентов второй вариант предпочтительнее.

Итак, заболевания позвоночника в настоящее время делят между собой неврологи, ортопеды и вертебрологи. Способы купирования болевых синдромов у них у всех примерно одинаковые, разница лишь в наименовании препаратов, которые предпочитают конкретные доктора. Эффект от лечения у этих врачей больше зависит от исходной тяжести состояния пациента, а не от названия профессии доктора, в сложных случаях обычно стремясь к нулю. Поражает то, что все эти специалисты уверены в неизлечимости заболеваний позвоночника терапевтическими методами, годами видят крайне низкую результативность своих усилий, но при этом на своих рабочих местах упорно продолжают делать всё те же самые назначения. У любого нормального человека, равнодушного, ответственного врача, подобное положение дел неизбежно должно было бы привести к разочарованию в профессии. Или как минимум заставить задуматься, усомниться в верности проповедуемых теоретических воззрений на природу мышечно-скелетной боли.

Патриарх отечественной медицины Я.Ю.Попелянский в своей монографии «Ортопедическая неврология» (2003) оценивает принципиальные возможности медицины в терапии остеохондроза как полное бессилие: «В связи со всем сказанным об онтогенезе пульпозного комплекса возникает мысль о малой перспективности поиска путей радикального лечения остеохондроза. Если он *результат последних шагов эволюции*, возможно ли „лечение“ этого консервативного фактора? В лучшем случае – заплата (спондилодез) или штопание (диск-эктомия)». Так полагает, напомним, один из отцов-основателей вертеброневрологии. Известный врач, посвятивший свою жизнь развитию учения об остеохондрозе, признаётся в невозможности консервативного лечения этой патологии! После этих слов рекрутированная им армия последователей сразу оказывается войском, брошенным полководцем. Своей слепой приверженностью схоластическому учению они и так уже давно похожи на несчастных алхимиков средневековой Европы. Те искали чудесного исцеления от всех болезней через магиче-

ские обряды получения философского камня. Почти ритуальные методы лечения остеохондроза, применяемые вертеброневрологами, являются столь же утопичными, как поиск панацеи древними алхимиками. Лженаука никогда не приносит реальных плодов, хотя этот мыльный пузырь пока ещё не лопнул. Интересно, что у автора цитаты нет даже тени сомнения в том, что именно остеохондроз даёт боль.

В этой связи на ум приходит совсем уже крамольная мысль: **весь наш организм – «результат последних шагов эволюции»**. А это значит, что мнение Я.Ю.Попелянского о неполноценности дисков можно экстраполировать на всего человека. И тогда любая болезнь любого органа в принципе не может быть излечена терапевтическими методами. Если бы он был прав, хирурги при любой значимой патологии должны были бы отрезать от нас по кусочку! Кто-нибудь ещё, кроме меня, видит бредовость подобных умозаключений? Эволюция наизнанку? Чего только не придумаешь, чтобы прикрыть вопиющее теоретическое бессилие!

И ещё одно небольшое соображение относительно процитированного мной удивительного высказывания Я.Ю.Попелянского. Признавая человеческий межпозвоночный диск *вершиной эволюционного развития*, уважаемый доктор одновременно говорит о его ущербности, которой, наверное, не наблюдалось у наших предков животных. Очень непоследовательная позиция. Игнорирующая законы природы, в ущерб логике и здравому смыслу. Это ещё одно свидетельство безудержности полёта фантазии творца теории остеохондроза. В реальности на вершине эволюционного развития обычно оказывается как раз самое лучшее, самое приспособленное. Эволюция и есть движение к совершенству. Хотя, конечно, в этом мире всё относительно, и для совершенствования нет пределов.

Помимо рассмотренных нами трёх узких специалистов ещё есть мануальные терапевты, использующие в своей работе специальные манипуляции на позвоночнике и суставах. Эти врачи стоят особняком, хотя бы потому, что принимают только на платной основе в частных кабинетах и клиниках и гораздо меньше используют достижения фармакологии, однако теоретическая подкладка в их работе почти целиком заимствована из академической медицины. При этом межпозвоночная грыжа, если она у пациента была, как правило, остаётся на своём месте и в прежних размерах. Официальная наука этого противоречия внятно объяснить не может. Такая серьёзная нестыковка между теорией и практикой требует уже не корректировки несостоятельной теории, а её радикального пересмотра. И мануальные терапевты по идее должны были бы стать зачинщиками ревизии устаревших взглядов, а не помогать подгонять под господствующую догму многочисленные факты неувязок.

Справедливости ради надо отметить, что в последние годы многие корифеи мануальной медицины стали декларировать отход от концепции остеохондроза. Г.А.Иваничев (1997), например, пишет: «Остеохондроз позвоночника, представленный в качестве универсального субстрата алгических синдромов, с точки зрения мануальной терапии перестал играть роль ведущего фактора патогенеза». При этом: «...объектом мануальной терапии являются не структурные изменения, а функциональные перестройки в деятельности локомоторной системы». Но адекватной альтернативы допотопному учению об остеохондрозе эти специалисты так и не выдвинули. И непонятно, как тогда быть с грыжами, которые никак нельзя отнести к числу функциональных перестроек. По мнению В.П.Губенко (2003) теоретическая база мануальной терапии ещё нуждается в переосмыслении и уточнении. А пока можно констатировать, что мануальная терапия представляет собой коктейль из тупых костно-хрящевых догм, заимствованных у неврологов, и странных антинаучных идей собственного разлива.

В сельской местности в условиях низкой плотности населения и дефицита врачебных кадров местные жители при болях в спине бывают вынуждены обращаться к терапевтам или даже фельдшерам. В амбулаторной практике нет принципиальной разницы в тактике и методах лечения у грамотного терапевта по сравнению с неврологом. Стандартные, если не сказать шаблонные, назначения врача-невролога районного или областного уровня легко воспроизводимы даже в условиях первичного звена здравоохранения практически с тем же конечным результатом. Понятно, что в сложных случаях, когда привычные схемы обезболивания не срабатывают, или при обнаружении межпозвонковых грыж пациент почти неизбежно попадает на приём к нейрохирургу для определения тактики дальнейшего лечения. Мнение нейрохирурга о необходимости оперативного вмешательства для уставших от болей и хождения по врачам больных, ложится на уже основательно подготовленную почву.

Интересно, что мануальной терапии наши граждане боятся иногда сильнее, чем скальпеля, поэтому на операции многие соглашаются почти безропотно. Ко мне на приём, например, однажды обратилась пациентка с выраженным болевым синдромом, перенёсшая 5 (!) операций на поясничном отделе позвоночника. Первое, что она спросила, не опасно ли в её положении делать массаж спины! Действительно, для многих людей разминание мышц почему-то кажется связанным с гораздо большими рисками, чем хирургическое вмешательство. Странно, но голая рука врача им представляется более опасной, чем рука нейрохирурга вооружённая острым скальпелем.

Непосредственное отношение к лечению заболеваний «позвоночника» имеют также иглорефлексотерапевты, при должной квалификации показывающие совсем неплохие результаты купирования мышечно-скелетных болевых синдромов. Название их профессии представляет собой очередное недоразумение, если исходить из строго научного понимания того, что является рефлексом. К сожалению, слишком многое в медицине априори необоснованно считается рефлексорным или связанным с нервами. Возможно также, что во времена засилья коммунистической идеологии такая своеобразная медицинская политкорректность применительно к чжэнь-цзютерапии помогла легализовать в Советском Союзе этот необычный и во многом загадочный для европейского мышления метод.

Вообще же, рефлексом в физиологии принято называть *стереотипную* реакцию организма на раздражитель при обязательном участии нервной системы *посредством рефлекторной дуги*. Прежде всего, хотелось бы уточнить, какой рефлекс имеется в виду применительно к иглоукалыванию, условный или безусловный? В руководствах по акупунктуре об этом не говорится, как нет и описания рефлекторных дуг, якобы задействованных при этом методе лечения. Точный механизм влияния на организм чжэнь-цзютерапии, к сожалению, пока не раскрыт, давая простор для самых разных гипотез. Но то, что это не условный рефлекс, совершенно очевидно. Иначе к концу курса пациенты получали бы лечебный эффект от одного вида иголок, подобно павловским собакам в классическом эксперименте, выделяющим слюну на звонок даже в отсутствие пищевого раздражителя.

Рефлекс всегда срабатывает строго в одном направлении, именно поэтому он предсказуем и воспроизводим. Однако если для иглоукалывания взять одни и те же точки, но применить к ним разное время экспозиции, то можно получить прямо противоположные реакции организма. Противоположные, а никак не *стереотипные!* Например, можно понизить или, наоборот, повысить артериальное давление.

Чжу Лянь в своём «Руководстве по современной чжэнь-цзютерапии» (1959) пишет: «Лечебное действие чжэнь-цзютерапии осуществляется не только и не столько путём непосредственного воздействия на поражённый орган или ткань, а главным образом благодаря тому, что она стимулирует и регулирует деятельность нервной системы. Этим, по-видимому, и можно объяснить тот факт, что воздействие на нервную систему путём иглоукалывания в одни и те же точки в зависимости от исходного состояния может оказать влияние на диаметрально противоположные симптомы заболевания, как, например, на усиление или ослабление потоотделения. Так, в раннем периоде развития воспалительного процесса чжэнь-цзютерапия способствует увеличению числа лейкоцитов, а в позднем ведёт к нормализации этого числа». Какой из описанных Чжу Лянь вариантов изменения числа лейкоцитов является безусловным рефлексом?

Лечебный эффект от акупунктуры всегда многоплановый, включающий в себя параллельное оздоровление целого ряда систем и органов. Причём иглоукалывание даже в одну точку оказывает многокомпонентное положительное действие на организм, гораздо более сложное, чем представляет из себя любой безусловный рефлекс. Есть, правда, ещё одно толкование слова «рефлекторный» – произвольный, бессознательный. Но вряд ли именно такой смысл сторонниками термина вкладывался в понятие «иглорефлексотерапия».

Таким образом, в России лечением пациентов с мышечно-скелетными болями занимаются в общей сложности не менее семи разных специалистов: неврологи, вертебрологи, мануальные терапевты, остеопаты, иглотерапевты, ортопеды, а иногда и ревматологи. В точности как в русской поговорке о семи няньках, у которых дитя без глаза. Нейрохирурги, оказывающие медицинскую помощь оперативным способом, специально вынесены за скобки этого списка. По нашему мнению вклад нейрохирургов в лечение спинальной боли избыточно велик, в первую очередь за счёт необоснованного расширения показаний к операциям, а также чрезмерной коммерциализации этих услуг. Проблемы костно-мышечной системы должны решать соответствующие специалисты, например, мышцами правильнее заниматься миопатологам, но таких врачей медицинские вузы пока не готовят. «В настоящее время нет такой медицинской специальности, которая была бы адаптирована к диагностике миофасциальных триггерных точек и лечению больных» (Д.Г.Симонс и соавт., 2005).

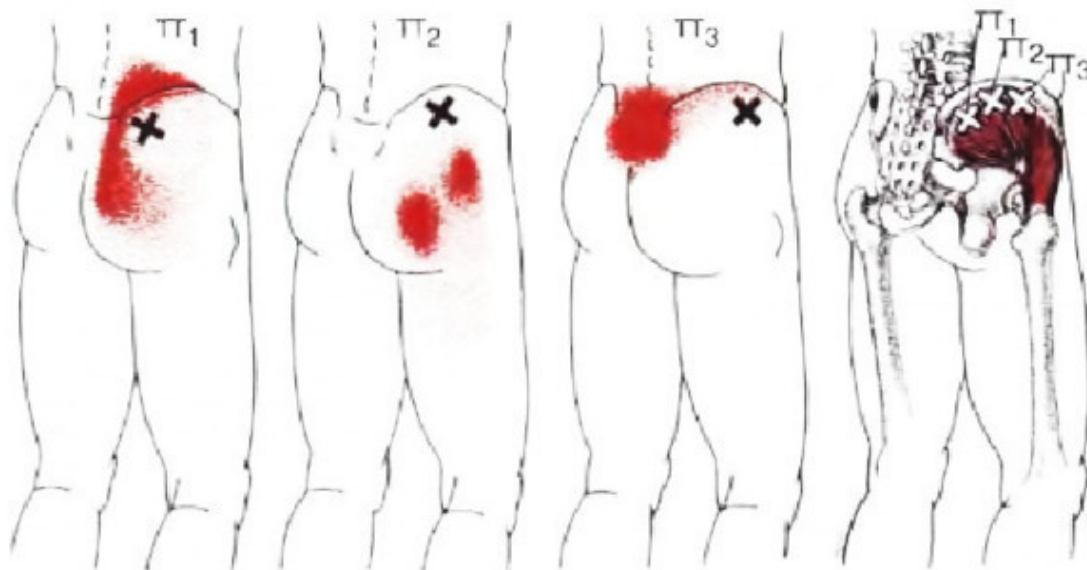
Отсюда следует первый вывод: **боль в спине лечат не те врачи.** Потому что профильных специалистов пока просто нет.

## Стрельба мимо цели

Одной из самых частых жалоб пациентов, обращающихся за медицинской помощью, является боль. От того насколько точно и полно врач сможет разобраться в жалобах больного и объективных симптомах заболевания, будет во многом зависеть успех лечения. Диагностический процесс складывается из многих компонентов, но фундамент диагностики составляет исходная теоретическая подготовка доктора, к которой прилагаются его знания, опыт и практические навыки. Именно теория, вложенная в его голову, определяет алгоритм поиска симптомов и выстраивание логической цепочки для постановки диагноза. К сожалению, спинальный болевой синдром во многих своих аспектах ещё не получил законченного теоретического обоснования. Источники боли могут быть различными в каждом конкретном случае, поэтому принципиально важна чётко выстроенная система поиска.

Очень серьёзным подспорьем для врачей в этом деле являются работы доктора Джанет Тревелл и особенно её совместный труд с Дэвидом Симонсом «Миофасциальные боли и дисфункции». Выход первого издания этой книги на русском языке был для многих из нас, специалистов-практиков, подобен второму открытию Америки. Книга мгновенно стала в СССР бестселлером, иметь этот солидный красный двухтомник представлялось большой удачей. Врачи передавали книгу из рук в руки, зачитывали страницы до дыр, как верующие затирают карманную Библию, водя пальцами по строчкам. Некоторые ключевые места монографии и многие значимые фразы из неё буквально впечатались в наши мозги. Это был совершенно новый взгляд на природу боли. Книга стала настоящей вехой в медицине. Она вооружала практикующих специалистов теоретически. В ней были собраны оригинальные действенные способы для борьбы с мышечно-скелетными болями. И, самое главное, она учила думать, разбираться с каждым пациентом, а не штамповать диагнозы с грыжевой или остеохондрозной матрицы.

В то время о триггерных точках советские медики практически ничего не знали. Монография восполнила серьёзный пробел в знаниях современных врачей, совершенно не знакомых с такого рода патологией. В настоящее время уже известно, что миофасциальные триггерные точки, появляясь у некоторых людей ещё в нежном возрасте, поражают мышцы практически каждого современного человека. Неизбежно становясь при этом самым распространённым в мире заболеванием, которое встречается не реже, чем, скажем, кариес. Наука об этих болезнях до выхода книги находилась в зачаточном состоянии. Клиницистам необходимо иметь в виду, что триггерные точки способны поразить любую мышцу человеческого тела, и стать причиной очень серьёзных страданий. «Пациенты с миофасциальной триггерной болью, обратившиеся по этому поводу к врачам общей практики, сообщали, что по шкале оценок (в баллах) миофасциальная триггерная боль зачастую бывает интенсивнее любой другой боли, вызываемой иными причинами... Больные, перенесшие другие выраженные боли, например, при инфаркте миокарда, переломе или во время почечной колики, говорили о том, что миофасциальная боль, исходящая из триггерных точек, может быть более сильной» (Дж. Г. Трэвелл, Д.Г.Симонс, 2005).



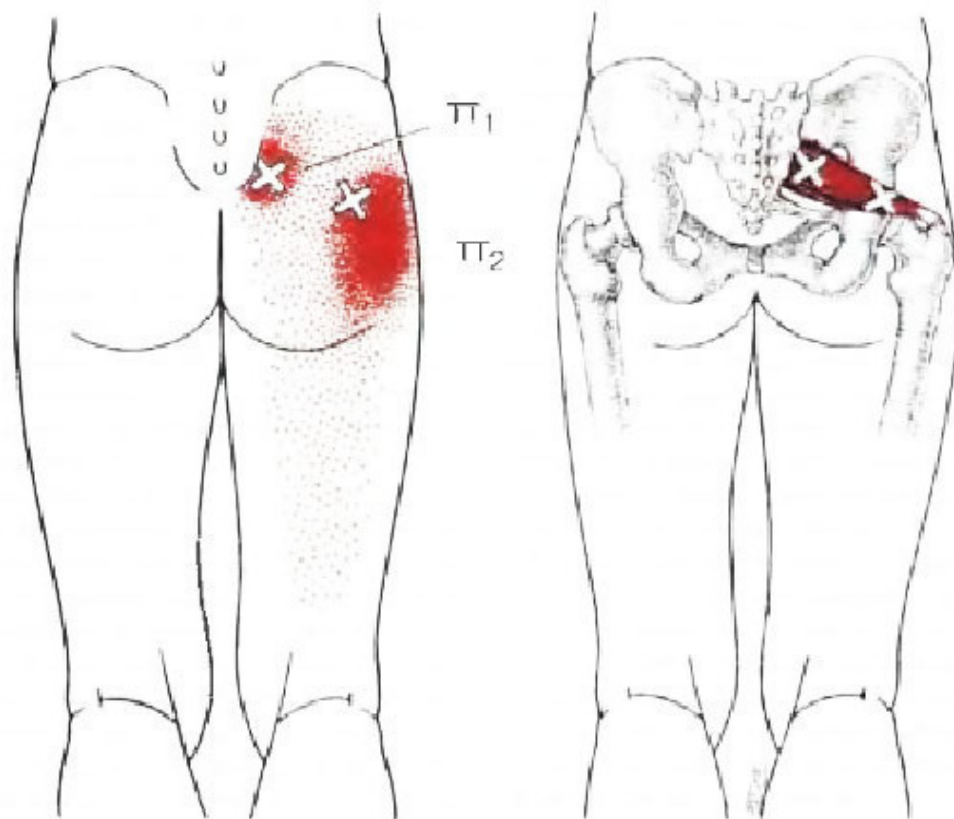
По Трэвелл Дж. Г. и Симонсу Д. Г., 2005

Именно триггеры чаще всего вызывают сильные боли в спине, шее, конечностях, которые обычно списывают на остеохондроз, межпозвоночную грыжу, невралгию, артроз и т. п. На международном конгрессе по мышечно-скелетным болям в Сан-Антонио (1995) была приведена весьма показательная статистика: «... миофасциальный болевой синдром выявлен в 100% случаев при обследовании больных с неясной болью в области таза, не страдающих органической патологией органов таза» (Т.Г.Вознесенская, 1999).



По Трэвелл Дж. Г. и Симонсу Д. Г., 2005

Иногда больные мышцы могут давать также разнообразную неврологическую симптоматику или симулировать заболевания внутренних органов. Головокружение, аритмия, онемение пальцев рук, диарея и некоторые другие симптомы зачастую бывают обусловлены именно триггерной патологией. Очень важно понимать, что клиника триггерной болезни мышц определяется степенью активности триггерных точек и их «ассортиментом». Спонтанный или под влиянием симптоматического лечения переход триггерных точек в латентное состояние снижает болезненную симптоматику, так что может даже показаться, будто человек выздоровел. Однако это не так, заболевание переходит в хроническую форму, проявляясь знакомой болью при любой последующей активизации триггеров.



По Трэвелл Дж. Г. и Симонсу Д. Г., 2005

За 30 с лишним лет, прошедших с момента написания книги, усилиями немногих энтузиастов уже фактически создано новое направление в медицине. Но, к великому сожалению, подавляющее большинство врачей до сих пор не знакомы с принципами диагностики и лечения миофасциальных триггерных точек или знают об этом лишь понаслышке. И хотя Железный Занавес давно пал, отечественная медицина продолжает неспешно брести по корявой остеохондрозно-грыжевой тропе, в стороне от столбовой дороги мировой науки. Приходится с грустью констатировать, что осваивать средства на закупку импортного оборудования для той же лучевой диагностики нам оказалось проще, чем поменять своё сознание.

Многие врачи придерживаются дискогенной теории происхождения болевых импульсов при поясничных проблемах, причиной которых они считают остеохондроз или межпозвоноковые грыжи. Соответственно, все методы лечения направлены на смягчение или устранение дискогенного конфликта. Поэтому продолжается углублённое клиническое и лабораторное изучение в первую очередь именно этой тематики. Учёные прилагают колоссальные усилия на исследования межпозвонокового диска, ошибочно полагая, что он разрушается от непосильных нагрузок. Например, с помощью математических расчётов или вживляя специальные датчики, они определяют силу давления внутри диска в момент наклона туловища или при подъёме тяжести, сидя, стоя, лёжа. При этом совершенно упуская из виду то обстоятельство, что современная цивилизация за последние полвека практически полностью освободила человека от физических усилий на производстве и в быту. Уровень комфорта в развитых странах настолько возрос, что люди, наверное, скоро вообще перестанут напрягаться. Но именно на фоне тотальной минимизации физической активности в последние примерно лет 50 нас захлестнула волна проблем с «позвоночником». Некоторые врачи уже предлагают считать протрузии вариантом нормы. Причём люди, занятые ручным трудом, как правило, имеют значи-

тельно более здоровую спину, чем белые воротнички. Получается, что чем меньше нагружен диск, тем быстрее он ломается! Странно, оказывается, дело вовсе не в нагрузке. Или не в диске.

Во всей этой истории больше всего поражает то, что учёные тратят время и деньги на не вполне осмысленные исследования. Вместо того чтобы искать *причину заболевания*, они замеряют давление в дисках, забывая, что боль в спине у большинства людей возникает чаще всего при *нормальных*, повседневных нагрузках. Межпозвонковые диски помогают нам хорошо себя чувствовать, амортизируя во время бега, прыжков, наклонов. Именно на выполнение подобной работы они рассчитаны. До двадцатого века дискогенная патология у людей возникала достаточно редко. Например, жизнь древнего человека была суровой, полной опасностей и тягот, но физически активной. Первобытные люди имели мощную мускулатуру и здоровый позвоночник и оставались гибкими, иначе им было бы просто не выжить. При этом они не страдали распространённым остеохондрозом, который появился значительно позднее.

В наши дни горожанам больше не нужно бороться за выживание с дубинкой в руках, работа стала умственной, а жизнь сидячей. Но как только ушли в прошлое постоянные физические нагрузки и уменьшилась двигательная активность, начали рассыпаться наши межпозвонковые диски. Заметьте, не тяжёлая работа тому виной. Движение – основа и смысл жизни любого организма, форма его существования. По сути, в условиях гиподинамии мы медленно умираем, и позвоночник, к сожалению, сдаёт позиции одним из первых. И.П.Антонов и Г.Г.Шанько в монографии «Поясничные боли» (1989) пишут: «...остеохондроз позвоночника является болезнью новейшей цивилизации. Это... подтверждается данными Леви о частоте операций по поводу выпадений межпозвонковых дисков у коренного населения Родезии, занимающегося тяжёлым физическим трудом (1:200000), и у белого населения, работающего на административных должностях (1:300)». Очень наглядная статистика. Хотя на проблему поясничной боли можно посмотреть и под другим углом. «Sola... обнаружил, что у рабочих, ежедневно занимающихся тяжёлым физическим трудом, активные триггерные точки возникают гораздо реже, чем у работников сидячих профессий, физическая активность которых ограничена» (Дж. Г. Трэвелл, Д.Г.Симонс, 2005). Это многое объясняет.

Многие хронические заболевания – наша плата за комфорт. Диски разрушаются вовсе не от запредельных нагрузок, а от последствий бездействия скелетной мускулатуры. В первую очередь от детренированности глубоких мышц спины, которая в итоге ведёт к их патологии даже при весьма небольших нагрузках. Если вести активный образ жизни, быть подвижным с детства, при этом не выходя за рамки тренирующих нагрузок, можно сохранить здоровье своего опорно-двигательного аппарата. Но, похоже, нет таких аргументов, которыми можно было бы переубедить сторонников вертеброгенной концепции. «Всем пациентам с выраженностью болевого синдрома III степени назначают постельный режим, при котором снижается внутрисуставное давление и уменьшается боль» (А.Н.Ахметсафин и соавт., 2001). Мнение о возникновении болевого синдрома под влиянием повышенного внутрисуставного давления распространено очень широко и многими воспринимается как аксиома, но это не подкреплено объективными данными.

Ошибочность подобных представлений нагляднее всего показывают достижения тяжелоатлетов. Так, например, турецкий штангист Халиль Мутлу в 2001 году зафиксировал рекорд мира, взяв вес 168 килограммов, будучи сам при этом легче 56 килограммов. Какая колоссальная сила в момент толчка давила на его межпозвонковые диски! Четырёхкратно увеличенный его собственный вес, и при этом никакой боли! А изнеженному представителю офисного планктона порой хватает всего-навсего неловкого наклона, чтобы заклинило поясницу.

«Иногда достаточно сделать одно неосторожное движение при напряжённых мышцах спины – и можно до конца дней страдать от болей в пояснице» (Г. Гельб, П. Зигель, 1990). У штангистов супертяжёлого веса мировой рекорд составляет 263 килограмма в толчке, и он держится с осени 2000 года. Но не физиологический предел прочности межпозвонковых дисков, а физическая сила спортсменов и их мастерство будут определять, смогут ли эти рекорды обновиться и когда это произойдёт. Значит, нормальные диски могут спокойно выдерживать подобные нагрузки, их разрушает, по всей видимости, воздействие совершенно других факторов.

Давайте посмотрим, чем отличается спина тяжелоатлета от спины обычного гражданина. В первую очередь хорошо тренированной мускулатурой. Крепкие и здоровые мышцы обеспечивают спортсмену нормальное самочувствие даже в экстремальных условиях, например, в момент взятия веса. Действительно, чем лучше люди адаптированы к физическим нагрузкам, тем меньше риск возникновения у них проблем со стороны межпозвонковых дисков. Причём, именно степень тренированности мускулатуры спины определяет степень устойчивости позвоночника к повреждающим факторам. Следовательно, первичны именно мышцы, а не диски. Вместо бессмысленных схоластических исследований межпозвонковых дисков врачам уже давно следовало заняться изучением мышц, являющихся, как мы выяснили, ключевыми игроками в вопросах сохранения здоровья опорно-двигательной системы.

Очень часто люди, у которых диагностировали межпозвонковую грыжу, не могут точно вспомнить, при каких обстоятельствах она у них возникла. Особенно, если их жизнь была размеренной, многолетняя спокойная работа в офисе, в анамнезе никаких травм или прострелов от поднятия тяжестей. Бывает, что безболевыми грыжи находят у подростков и даже детей. Первый вопрос: как они образовались без перегрузок, травм и дистрофии? Второй вопрос: чем объясняется отсутствие боли при наличии грыжи? И уж совсем неубедительно выглядит концепция перегрузок дисков применительно к шейному отделу позвоночника. Никаких тяжестей на голове люди не переносят, однако грыжи в шее возникают не намного реже, чем в нагружаемой пояснице. А обострение шейного болевого синдрома зачастую возникает вообще после ночного отдыха, когда диски были полностью разгружены во время сна.

Однажды в молодые годы в городе нефтехимии Ангарске я подпрыгнул, чтобы подтянуться, ухватившись за толстую ветку тополя. Ветка зелёного, здорового на вид дерева, даже не подломилась, она почти беззвучно отпала от ствола, оставшись после приземления в моих руках. Наверное, тяжёлая экология сильно подтачивает здоровье тополей. Наш позвоночник иногда напоминает такое больное дерево. Например, когда вполне здоровый на вид человек в самом расцвете лет при неловком наклоне туловища вдруг вскрикивает от боли. Не совершая при этом никакой работы, не поднимая тяжести, просто нагнувшись вперёд. До какой же степени «трухлявости» должен дойти позвоночник, чтобы диски разваливались сами по себе, не подвергаясь вредоносному действию разрушительных нагрузок, без явных причин! Такое положение дел выглядит особенно странно на фоне колоссальных перегрузок у тяжелоатлетов без негативных последствий для их спин. Этому явлению нужно искать разумное объяснение, а не сваливать всё на загадочное раннее старение или ничем не мотивированное изнашивание. И ещё одно соображение. Если говорить о грыжах, то по законам физики имеющийся у человека поясничный лордоз при действии осевых нагрузок должен формировать выпячивание диска исключительно вперёд. Явное преобладание задних и заднебоковых грыж дискогенная теория никак не объясняет.

Накопившаяся за последние десятилетия критическая масса фактов ставит под сомнение грыжевую теорию. Итак, является ли межпозвонковая грыжа: а) *необходимым* и б) *доста-*

*точным* условием для возникновения болевого синдрома? Ни то, ни другое. Слишком много противоречий и нестыковок в концепции грыж. Как мы увидели, имеющаяся в позвоночнике грыжа может человека никак не беспокоить, а можно и без неё страдать от сильнейшей боли. «Морфологические изменения не могут объяснить великое множество болей, идущих от двигательной системы» (К. Левит, 1997). Объективные обстоятельства свидетельствуют, что грыжа является лишним фактором, не вписывающимся в реальный патогенез мышечно-скелетного болевого синдрома. А факты, как известно, вещь упрямая. Окольные пути лишь удлиняют дорогу к цели, самый короткий путь является самым верным. Используя так называемую бритву Оккама, грыжу, как лишнее звено в цепи, следует исключить из наиболее вероятных причин боли в спине.

## **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.