

ИРИНА ОЧЕРЕТИНА

СЕКРЕТЫ ЗДОРОВЬЯ БЕЗ ЛЕКАРСТВ



Ирина Очеретина

Секреты здоровья без лекарств

«Writer's Way»

2022

УДК 617.3
ББК 57.3

Очеретина И. Г.

Секреты здоровья без лекарств / И. Г. Очеретина — «Writer's Way», 2022

ISBN 978-5-907485-52-5

В книге раскрыт экологичный метод оздоровления организма, прежде всего опорно-двигательного аппарата, без таблеток и операций. Предложены семейные рецепты, а также упражнения, которые помогут избавиться от боли любой локализации, лечить артроз, остеохондроз, кисту Бейкера и синдром позвоночной артерии. Читатель найдет в книге не только показательные истории болезней пациентов, но искренний рассказ автора о своей жизни и профессиональном пути. Несмотря на корректность и экологичность, все советы доктора носят рекомендательный характер. Для определения возможных ограничений и противопоказаний необходимо посоветоваться с лечащим врачом.

УДК 617.3

ББК 57.3

ISBN 978-5-907485-52-5

© Очеретина И. Г., 2022
© Writer's Way, 2022

Содержание

Глава 1. Буду только врачом!	8
Отличница со школы и на всю жизнь	9
Будущее предопределено	10
Глава 2. Что важнее: интуиция или знания?	11
Гранит науки	12
Готова лечить, но не оперировать	13
Ординатура как школа жизни	15
Интуиция или знания	16
Глава 3. Путь к здоровью начинается с себя	19
Неспортивная барышня	20
Борьба с отягощенной наследственностью	21
Влюбленность сподвигла стать красивой	22
Секрет от Ирины Геннадьевны	23
Глава 4. «Золотые» знания по лечебной физкультуре	24
«Не оперирующее» отделение	25
Поиски методом проб и ошибок	26
Спорт не всегда для здоровья	27
Врачи и тренеры: единство знаний и подходов	28
Глава 5. Точка опоры	30
Мануальная терапия: польза или вред?	31
Последствия мануальных вправлений	33
Триггерные точки – «точка опоры» в работе ортопеда	35
О геометрии тела	37
Принципиально новый подход к здоровью и лечению	38
Глава 6. Об ошибках и опыте	39
Проверять все на себе	40
Ошибиться и поменять подход	41
Рабочая атмосфера	42
Глава 7. Диссертация	43
Как я познакомилась с командой «КАМАЗ-Мастер»	44
Немного о большом спорте	46
Официальная защита нового метода	47
Глава 8. Первая клиника доктора Очеретиной	49
По велению судьбы	50
Чтобы заниматься здоровьем «по-человечески»	52
Для благого дела всегда зеленый свет	54
Насколько полезна аппаратная физиотерапия?	55
Так ли уж всесильна МРТ?	57
Глава 9. Правила, традиции и ответственность	59
Об изменениях в медицине	60
Врач из Советского Союза	61
Об ответственности	62
Глава 10. Лечение в клинике доктора Очеретиной	63
Позвоночник	63
Сколиоз бывает разный	63
Причины сколиоза	64

Остеохондроз (ДДЗП)	67
Традиционные методы лечения остеохондроза и их последствия	67
В чем состоит эффективная помощь при остеохондрозе?	69
Почему спина болит по ночам	71
Акцент поломок сместился	71
Как восстановить больную шею	72
Приятные бонусы	73
Что важно знать врачу и пациенту	74
Профилактика проблем позвоночного столба	76
Отвечая оппонентам	77
Суставы	79
Артроз	79
Артрит и его причины	87
Киста Бейкера, бурсит, синовит и «страшилки» официальной медицины	88
Нужна ли вам артроскопия?	92
Дополнительные методы терапии	93
Самые распространенные аномалии позвоночника	97
Можно ли справиться с генетической предрасположенностью?	99
Немного об особенностях конституции	100
С чего начать лечение и какой вам нужен врач	102
Резюме	103
Глава 11. Истории пациентов	104
Внезапная слепота	104
Лечили «остеохондроз», а погибали сосуды	106
От протрузий до памперсов	107
Бывает ли беспричинный кашель?	108
Эндопротез без причины – признак?.	109
Не поверила своим глазам...	110
Боль в паху сводила с ума	111
А вы уверены, что виноват тазобедренный сустав?	112
Мигрень и Юлия	113
Когда «повисла» стопа	114
Осторожно: планка!	115
Лучший подарок на День медицинского работника	116
Человек в белом халате не прав	117
Глава 12. Полезные упражнения для профилактики и оздоровления	118
Упражнения для уставшей спины	119
Разминаем плечи	120
Боремся со вторым подбородком	121
Если часто немеют мизинец и соседний безымянный палец	122
Если временами немеют большой, указательный и средний пальцы кисти	123
Упражнение при плечелопаточном периартрозе («замороженное плечо»)	124
Варианты полезных упражнений	124
Упражнение для реабилитации подвздошно-поясничной мышцы	125
Более простой вариант раскрепощения ППМ	125

Боли и онемение по передней поверхности бедра	126
Дыхательная гимнастика	126
Как размять поясницу в самолете	127
Если отекают ноги	128
Правильная посадка для дальней поездки на автомобиле	129
Как правильно пристегиваться	130
Глава 13. Семейные рецепты	131
Что делать при насморке и заложенности носа?	132
Что делать, когда начинается простуда?	133
Самый «бронейбойный» рецепт от простуды	134
Средства от кашля	135
Настойка прополиса при заболеваниях бронхолегочной системы	137
Высокая температура: как быть?	139
Как действовать при ожогах	141
Почему нужно пить воду?	142
Как правильно спать	145
Заболела голова. Что делать?	146
Что делать, когда болит шея или между лопатками	147
Если «прострелило» поясницу	148
Шерстяной клубок при болях в пояснице	150
Про опасные боли в животе	152
Турник – друг или враг?	153
Недостаточно «просто прочитать» о триггерных точках, чтобы лечить себя и близких?	154
Это психосоматика?	155
Наши контакты	156
Персоналии и литература	158

Ирина Очеретина

Секреты здоровья без лекарств

© И. Г. Очеретина, текст, 2022

Глава 1. Буду только врачом!

Я родилась в селе Звериноголовское на юге Курганской области. Мой папа – учитель музыки, а мама – сельский фельдшер. У меня есть младший брат. С нами всегда жила бабушка – папина мама. И мамина, и папина семьи симпатизировали друг другу, брак моих родителей стал для них радостным событием.

Когда я окончила первый класс, мы переехали в соседний маленький поселок Круглое. Он был совсем новенький: асфальтированные улицы, потрясающий сад, чистейшее озеро, лес рядом. Чудесное место!

Первые мои воспоминания о себе – с трехлетнего возраста. Помню, мама часто брала меня с собой на работу в Звериноголовскую больницу. Главный врач Григорий Константинович Шастин, бывало, подходил ко мне со словами:

- Какие волосы у тебя белые! Наверное, бабушка мажет их сметаной?
 - Нет, не мажет, – говорила я ему.
 - А когда вырастешь, кем ты станешь? – спрашивал Григорий Константинович.
 - Врачом, – уверенно отвечала я.
- Уже тогда у меня не было никаких сомнений.

Помню, как-то на день рождения мне подарили набор «Айболит» – вы даже не представляете, как мне нравилось «лечить» всех и «делать укольчики»! Когда мама в очередной раз избавляла кого-то от болезни, я с удовольствием ей ассистировала: помогала ставить банки, горчичники...

В три года меня научили читать, в четыре папа привел меня в детскую библиотеку в Звериноголовском. Там я быстро перечитала все, что только было. Библиотекарь каждый раз выбирала мне штук по двадцать тоненьких детских книжек. На следующий день я их уже возвращала.

- Наверно, ты их и не прочла, – говорила библиотекарь.
 - Прочла, все! – отвечала я и с легкостью пересказывала все, о чем шла речь в книгах.
- И уже в пять лет родители записали меня в школьную библиотеку.

К первому классу я, конечно, читала отлично. Нас было 34 ребенка в классе. Мне повезло попасть к заслуженному учителю СССР Фаине Александровне Гениатуллиной. Она понимала, что мне неинтересно заново учить буквы. И, осваивая азы чтения с другими детьми, давала мне интереснейшие книги. Даже при таком большом количестве первоклашек Фаина Александровна умудрялась найти индивидуальный подход, и я до сих пор ей за это благодарна.

Дома у нас тоже было много книг, и я запоем читала. Но даже в детстве мне была интересна профессиональная медицинская литература. Зачитывалась учебниками по терапии, акушерству и гинекологии, по которым мама в свое время училась на фельдшера.

Мой папа, баянист, заслуженный работник культуры Российской Федерации, с ранних лет приобщал меня к музыке. Еще в Зверинке я окончила два класса музыкальной школы по классу фортепиано, в восемь лет исполняла на сцене сельского дома культуры «Полонез» Огинского, «Танец маленьких лебедей» Чайковского. Впоследствии играла в школьном ансамбле, пела в хоре.

Мне передался по наследству хороший музыкальный слух, и папа научил меня подбирать мелодии. Даже сегодня мне можно напеть любую новую песню – я легко подыграю.

Музыка была и остается занятием для души. Когда я беру в руки гитару, то часто слышу: «Сразу видно, что ты – музыкант! Какой же ты врач?»

Отличница со школы и на всю жизнь

В школе я всегда училась на одни пятерки. Папа как-то был особенно строг к моей учебе. Получить четверку даже в тетради для меня было недопустимо.

Иду я, например, из школы домой, а навстречу – папа.

– Что получила сегодня? – спрашивает он.

– Пятерки по математике, русскому и литературе, четверку по физике.

– Четверку? Значит, в кино сегодня не идешь.

Кстати, уже будучи взрослыми, мы с братом совсем случайно узнали о том, что наш папа был далеко не самым прилежным учеником и до армии успел окончить только семь классов. Доучился и поступил в институт он уже повзрослев – после демобилизации.

Я очень ценю мамину мудрость и то, что она всегда поддерживала папин непререкаемый авторитет в семье. Его требования приучили меня постоянно держать высокую планку. Правда, со временем понимаешь, что такая привычка иногда мешает: боишься совершить малейшую ошибку, волнуешься до умопомрачения. Сейчас, спустя много лет, я стала потихоньку избавляться от синдрома отличницы.

По поводу моих пятерок дома всегда было много разговоров. Мой брат Юра младше меня на три года. Учился он на четверки, бывали тройки: понятное дело, все же мальчишка. Папа ему часто говорил: «Юрий, тебе не надо далеко ходить за примером – посмотри на сестру». Прошло много лет, Юра состоялся в жизни, он – инженер, бизнесмен, руководитель крупного холдинга; но до сих пор поздравление в мой день рождения он нередко начинает с фразы: «Мне не пришлось далеко ходить за примером, и я до сих пор равняюсь на сестру!»

Благодаря любви к чтению я всегда хорошо писала сочинения. В восьмом классе даже победила в областном конкурсе. И папа, наблюдая за мной, говорил:

– Все же подумай как следует, посмотри: может быть, все-таки тебе стать журналистом?

На районных олимпиадах по математике и физике я стабильно занимала первое место. Однажды выиграла олимпиаду и по биологии.

Когда оканчивала школу, ее директор – мой родной дядя – сокрушался: «Эх, жалко – уезжает. Кто теперь будет ездить на олимпиады?»

Будущее предопределено

Несмотря на разносторонние увлечения, самым большим желанием для меня было лечение людей. И думаю, что это в моей жизни было предопределено, потому что не только моя мама, но и все женщины по маминой линии в нашем роду были целительницами. Когда мне доводилось бывать у бабушки Зои – маминой мамы, я часто наблюдала за тем, как приходили к ней люди и как она им помогала.

Помню, приносят бабушке малыша – он плачет, закатывается в истерику. Бабушка читает молитву на водичку, умывает ребенка – и все, он легко засыпает блаженным сном.

Или приводили человека с пупочной грыжей (это выпячивание внутренних органов через дефект в передней брюшной стенке наружу, под кожу, в области пупка). Бабушка брала коровий рог, топленое маслице и с молитвой «правила пупок». После этого грыжа исчезала. Люди по рекомендации ехали в наше село к бабе Зое даже из Кургана, а это 120 километров по бездорожью.

«У нас ребенок заикается», – говорили одни. Бабушка читала молитву на водичку и давала ее, чтобы умывать малыша. И заикание уходило. Приходили другие: «Мастит, грудь воспалилась, на завтрашний день назначена операция. Помогите!» Бабушка вновь читала молитву, заговаривала болезнь, и воспаление отступало. На следующий день хирург только руками разводил: «Не понимаю, куда все делось? Так не бывает!»

Когда мне исполнилось 13 лет, бабушка сказала:

– Иронька, ты будешь заниматься тем же, чем и я.

– Как же, баба, – удивилась я. – Ведь я атеистка.

– Ничего, придет время – будешь, – улыбнулась она.

Хотелось ли мне бунтовать в подростковом возрасте? Да. Но даже этот бунт был связан с медициной.

Многие дети из нашего поселка уезжали после восьмого класса в Курган, чтобы поступить в техникум. И мне тоже очень хотелось уехать к друзьям, к самостоятельной жизни. Однажды я даже хлопнула дома дверью со словами: «Я поеду поступать в медучилище!»

Но родители строго сказали: «Нет. Нужно окончить школу, потом – в институт». И мой бунт быстро закончился. Весь день я проревела от огорчения, что не отпустили, потом успокоилась, снова пошла в школу и начала планировать поступление в вуз.

Глава 2. Что важнее: интуиция или знания?

Поступить в медицинский институт после сельской школы в советское время было почти невозможно. Даже городские медалисты не добирали баллов на вступительных экзаменах. Но я поступила.

Как мне это удалось? Снова благодаря родителям. Когда я училась в восьмом классе и уже знала, что буду поступать в институт, главный врач Звериноголовской больницы Григорий Константинович Шастин, о котором я рассказывала выше, подсказал моим родителям, что его дочь окончила специальные подготовительные дистанционные курсы при МГУ и благодаря этому поступила в Московский государственный университет.

Родители все разузнали, и я тоже начала учиться на этих курсах. На протяжении двух лет мне приходили посылки с заданиями. Я их выполняла, отправляла и получала ответы с оценками. Поначалу чаще всего это были четверки и тройки, даже как-то двойку одну схватила – программа сильно отличалась от школьной. Зато я прошла замечательную тренировку: вместе с указанием на ошибки мне присылали методическую литературу, которую я изучала.

Кроме того, папа подключил преподавателей по профильным предметам. Особенно благодарна я преподавателю химии Любви Васильевне Певной, которая тщательно разбирала со мной все темы, помогая углубить мои знания по этому предмету.

В 1979 году я окончила школу и поехала поступать в Челябинский медицинский институт. Экзамены сдала успешно. Удивительно, что помимо хорошей подготовки по профильным предметам, здесь пригодилась моя любовь к литературе и умение писать сочинения. Из всех абитуриентов потока только один человек написал сочинение на пятерку. Как выяснилось, это была я. Оказывается, членам приемной комиссии вслух зачитывали мою работу как лучшую.

И даже несмотря на то, что девочек при поступлении в медицинский откровенно «заваливали» (это было проще, чем потом иметь дело с декретными отпусками и прочими «женскими сложностями»), мне удалось поступить с запасом в полтора балла и пройти по конкурсу, который составлял около восьми человек на место.

Гранит науки

Оказалось, что поступить в медицинский – это не самое сложное. С первых дней я поняла, что значит учиться до потери пульса. На первом же занятии по анатомии нам задали выучить около семидесяти страниц. В них повсюду пестрела латынь... которую мы к тому времени еще не проходили. Это был караул! Я постоянно думала: «Боже, как много информации! У меня скоро лопнет голова!»

Мы жили в общежитии, в комнате на пять человек. Помню, как я подошла к соседкам-старшекурсницам и спросила:

– Девочки, неужели так сложно будет все шесть лет?

– Нужно продержаться первые два года, – ответили они, – потом станет гораздо легче.

Их ответ приободрил меня, хотя поначалу я даже не представляла, как можно это выдержать. Но пришла первая сессия, я сдала ее на отлично и выдохнула: поняла, что смогу учиться дальше. Потом так и сдавала экзамены на одни пятерки, до самого диплома.

Готова лечить, но не оперировать

Выбирая свой путь в медицине, я всегда точно знала, что никого «резать» не смогу. Поэтому ни хирургом, ни гинекологом не хотела быть даже во время учебы.

Уже тогда я понимала, что хочу работать более корректными, максимально безопасными методами, по возможности не внедряясь в организм и сохраняя его целостность. Да и в нашей семье любителей инвазивных методов и фармпрепаратов традиционно не было. Бабушки всегда предпочитали лечиться народными средствами: собранной травкой, соком свеклы, дышать над отварной картошечкой, читать молитвы. К тому же я видела, что такой экологичный подход к своему организму дает плоды. В нашем роду все долгожители. Бабушки и прабабушки жили по 90 и более лет, тетушке уже 102 года, и она живет, радуется каждому дню и не ходит в аптеку.

Интересно, что среди преподавателей в институте были те, кто помог мне утвердиться в своем желании максимально бережно относиться к организму. Особо запомнился Лев Яковлевич Эберт – микробиолог, профессор, проректор, знавший в совершенстве пять языков, умевший экспромтом писать на них стихи. Его очень ценили не только в нашей стране, но и за рубежом.

На своих лекциях Лев Яковлевич так говорил нам, студентам: «Деточки, когда вы просто взяли иглу и прокололи кожу, для организма это сигнал SOS. Это инвазия, интервенция. И сюда, в место прокола, устремляются полчища лимфоцитов, макрофагов. Защитный лейкоцитарный вал спешит спасти целостность тканей, оградить организм от внешней агрессии. А вы, деточки, ведь не только прокалываете кожу, сосуд, вы еще льете лекарство или берете в руки скальпель. И это зачастую – большая ошибка».

Тем не менее хирургической практики мне было не миновать. С первого курса нас ждал секционный зал и трупы, погруженные в ванну с формалином (прошу прощения за натурализм, но так было). Однокурсники привозили их в аудиторию на металлической каталке, и мы их препарировали.

С одной стороны, эти манипуляции скальпелем и пинцетом шли вразрез с моей органикой. Но как отличница я понимала: надо – значит, надо. Я просто дала себе установку: нужно этот этап перетерпеть. Поручили препарировать руку – я должна это сделать. Рядом кто-то из однокурсников работает с лицом. Это было совсем не то, о чем я мечтала.

С другой стороны, такая практика мне очень помогла в дальнейшем. Вскрытия позволяют увидеть все взаимосвязи в человеческом организме. И в реальности все сильно отличается от картинок в медицинских учебниках и атласах. Порой ничего общего между ними нет. Работая своими руками с человеческим телом, понимаешь, насколько человек сложно устроен. Добраться до какого-то сосуда и не поранить что-то по пути, не разорвать значимые взаимосвязи – весьма непростая задача.

С четвертого курса во время летней практики мы уже ассистировали на операциях в хирургическом отделении Курганской областной больницы: держали зажимы, разводили края раны и смотрели, как оперирует настоящий хирург.

Я убеждалась в том, какой это большой труд. Операция может длиться четыре-шесть часов, а то и больше. Пациента в это время порой нужно и переворачивать: бывает, что он весит не 50, а 150 килограммов. И нужно не просто повернуть (на что тратится много сил!), но сделать это так, чтобы не травмировать его еще больше. А если речь идет о политравме, когда, например, сломаны и позвоночник, и бедро, то ситуация значительно усложняется. В таких случаях нужно оперативно решить, кто начнет работать первым: нейрохирург или травматолог. Они могут даже поспорить между собой, дискутировать о том, что сделать вначале: зафиксировать перелом бедра для упрощения манипуляций с телом во время оперирования

позвоночника или же безотлагательно ликвидировать давление спинного мозга и лишь потом пытаться спасти ногу.

Поэтому я с институтских лет прониклась огромным уважением к хирургам, хотя и не всегда разделяю их радикальный подход.

К тому же вижу, что в последние годы оперативная активность становится непомерной: операция часто проводится только ради операции. Например, человек приходит к хирургу с маленькой грыжей (проявление остеохондроза, с разрывом оболочки диска – фиброзного кольца, и выдавливанием внутреннего содержимого, пульпозного ядра, за пределы диска в спинномозговой канал), без неврологического дефицита – так называют грубое нарушение проводимости по зажатым нервным стволам. Его здоровье можно восстановить консервативными методами, хирургическое вмешательство здесь совсем не напрашивается. Но доктор предлагает именно то, что умеет хорошо делать, – оперировать. Да и зарплата хирурга зачастую зависит от количества выполненных операций – такую схему придумали чиновники от медицины, сделав врачей заложниками ситуации. Теперь нередко медицинские показания к операции подменяются экономическими, и это страшно.

Ординатура как школа жизни

Я окончила институт с красным дипломом и ленинской стипендией, так что могла рассчитывать на свободное распределение. Поэтому выбрала учебу в клинической ординатуре по терапии. На лечебном факультете было всего одно свободное место на целый поток в 400 человек. И мне повезло – я была красnodипломница, депутат горсовета (выбрали в 18 лет) – меня взяли.

Ординатура стала превосходной школой. Два года обучения были разделены на периоды: каждые три месяца я проходила практику на базе разных отделений Челябинской железнодорожной больницы.

Первые три месяца работала в кардиологии. Меня курировала заведующая отделением, поручив мне вести две небольшие палаты. Внимательно контролировался каждый дневничок, перепроверялась правильность всех назначений, объяснялись нюансы течения заболеваний у разных людей.

Раз в неделю приходил профессор-кардиолог, который проводил разбор историй самых сложных пациентов. Была возможность присутствовать на профессорских обходах, получать бесценные знания.

По окончании курса кардиологии я сдала зачет и перешла в пульмонологию. Три месяца такой же кропотливой практики, зачет – и вот я уже в гастроэнтерологии. Потом были ревматология, нефрология, гематология, эндокринология...

Со временем в клинической ординатуре меня стали назначать дежурантом по больнице. А это целых четыре этажа стационара. Я принимала поступающих пациентов, случались и экстренные ситуации – это был серьезный опыт.

Конечно, все полученные навыки здорово пригодились мне в дальнейшем. К тому же нас тогда учили профессора старой закалки, которые с радостью делились своими знаниями и гордились собственными учениками.

Интуиция или знания

Очень хорошо запомнила и со студенческих лет применяю правило: «В одном теле не бывает восьми отдельных болезней. Нужно найти одну-единственную причину, устранение которой поможет раскрутить всю цепочку патологий».

На самом деле причина может быть очевидной. Например, современный человек сидит часами, согнувшись над гаджетом, наклонив голову вниз. У него постепенно спрессовываются и укорачиваются мышцы – сгибатели туловища, которые вплетаются в позвоночный столб спереди. Если в противовес согбенной позе офисный работник не растягивает сгибатели (не встает на мостик, не выполняет растягивающих упражнений для «передних» мышц, ставших функционально короткими), они в итоге становятся «тисками». Страдают зажатые межпозвоноковые суставы и диски, сосуды, отвечающие за мозговой кровоток; формируется смещение внутренних органов, закоксовывается межорганный клетчатка малого таза. И со временем все проигнорированные зажимы приводят к букету проблем: к патологии позвоночного столба (развивается остеохондроз, прорываются грыжи диска), синдрому позвоночной артерии (присоединяются головокружения и головные боли), дисфункциям органов брюшной полости и даже к бесплодию.

Чтобы добраться до этой, казалось бы, простой механической причины, теоретических знаний недостаточно. Те же самые преподаватели старой школы учили нас по одному внешнему виду понимать, где в организме человека есть проблема. Нас наставляли подробно изучать нюансы жалоб, внимательно осматривать тело пациента, пальпировать ткани (пальцевое исследование), перкутировать (простукивать), аускультировать (прослушивать при помощи фонендоскопа) и затем, исходя из полученных данных, назначать максимально информативные анализы, при необходимости – рентгеновское исследование. И на основании совокупности полученных результатов ставить диагноз. А таковым является сформулированная причина неблагополучия и соответственно – руководство к дальнейшим действиям. То есть к адекватному лечению.

Например, пришла ко мне на прием студентка медколледжа. Беспокоят эпизоды тянущих болей в правой руке, небольшой лимфостаз – отек руки вследствие затрудненного оттока лимфы. Настроилась пройти курс лимфодренажного массажа, решила посоветоваться о выборе массажиста. Смотрю на нее внимательно: спинка сутулая, плечи подвернуты кпереди, животик прилично выдается. Мне это о многом говорит.

Уточняю: «А месячные у тебя болезненные?» Удивленно подтверждает: «Да, еще как! Откуда вы узнали?»

Пальпирую ткани. Напряжение тянется от головы до пят по правой половине тела. Спрашиваю: «Каким видом спорта увлекаешься? Теннисом?» И опять в точку: девушка несколько лет посвятила большому теннису с его неизбежными односторонними нагрузками.

После пальцевого исследования поясничного отдела, проверки рефлексов созрел еще один вопрос: «Поясница беспокоит? В ноги отдает?»

Ответ: «Да, больше в правую».

Резюмирую: мозаично зажат позвоночник, спрессовалась межорганный клетчатка в животе (работа с ним была максимально болезненной), укорочены сгибатели туловища (особенно справа) – из-за них плечи асимметрично «поехали» вперед и вниз. Попутно в зону зажима попали лимфатические сосуды и капилляры венозного русла, формируется отек.

Внимание – вопрос: что даст курс лимфодренажного массажа проблемной руки? Возможно, временное уменьшение отека. А драгоценное время будет утекать, и изменения во всех зажатых органах и системах со временем могут стать необратимыми. Вот почему самым важным для постановки диагноза является детальный осмотр пациента в сочетании со сбором ана-

мнеза (хронологии развития) заболевания, изучения нюансов жалоб. Но все эти мероприятия в последние десятилетия стали технически невозможными после утверждения регламента о времени, отведенном на прием, – порядка 15 минут (по факту и того меньше), большую часть из которых доктор должен посвятить бумажной работе.

В конкретной истории, проведя тщательный осмотр, мы выявили целую цепочку неблагоприятных изменений, которые уже начали портить девушке жизнь. Но главное – эти негативные изменения сегодня можно поправить без единой таблетки, избавляя тем самым пациента от уже возникших проблем со здоровьем и страхуя от будущих. Нужно лишь грамотно расправить руками специалистов спрессовавшиеся ткани, растянуть до нормы укороченные миофасциальные цепочки, освободить все, что зажато. Дальше природа сделает все сама.

Умение ставить верный диагноз – это, без сомнения, результат глубоких знаний и большого опыта. Но не менее важное место во врачебной практике я отвожу интуиции, которая часто срабатывает быстрее логических цепочек и дает верные подсказки.

Помню, однажды ко мне на прием родители принесли маленькую девочку, ей был год с небольшим.

– Что вас привело на прием? – спросила я.

– Дочка не спит вот уже два месяца, – пожаловались они.

– Плачет?

– Нет, просто моргает и не спит, – ответил папа. – Мы даже пугаемся ночью, когда видим ее с открытыми глазами.

– А как вам кажется, ее что-то беспокоит?

– Может быть, животик. Иногда она будто бы корчится, – ответила мама.

Я осмотрела девочку. Хорошенькая, развитие соответствует возрасту. И вроде все неплохо, но животик и правда немного вздут. Я его пропальпировала, нашла напряженные участки вокруг пупочка, и у меня в голове сразу возникла схема лечения.

– Хочу назначить вот что, – сказала родителям. – По вечерам нужно делать хвойно-шалфейную ванну. Хвою лучше всего собирать самим, а шалфей купить у бабушек или в аптеке. Перед сном, когда ребенок лежит на спинке, нужно слегка смазать свои руки кремом или растительным маслом, обнять зону талии ладонками и тянуть их навстречу друг другу через животик, пока не соскользнут. И так по тридцать раз за один подход.

Показала, как это нужно делать. Девочке явно понравилось: она сразу начала улыбаться.

Тогда я не была уверена, что мой совет будет полезен, поэтому не взяла денег за прием и просто отправила их домой.

Прошло месяца полтора. В обычный приемный день администратор клиники заглянула ко мне в кабинет со словами:

– Ирина Геннадьевна, помню, что у вас на сегодня свободных «окошек» нет. Но выйдите, пожалуйста, из кабинета на секундочку, вам хотят сказать спасибо.

Я вышла и увидела женщину. Сначала не узнала ее.

– Может, вспомните меня: я приходила к вам с дочкой, которая не спала два месяца.

– О, помню, конечно! Ну, как у вас дела?

– Вы не поверите, – с воодушевлением сказала женщина. – Вечером, когда мы вернулись домой после приема, она уже спала. Потом в течение двух недель мы делали все, как вы рекомендовали. И теперь никаких проблем со сном! Как рукой сняло! Ирина Геннадьевна, у нас папа – охотник. И я вам в подарок привезла разных мясных деликатесов. Возьмите, пожалуйста, в знак благодарности!

Мне было радостно, что у нас все получилось!

Откуда я узнаю о том, что подойдет и поможет человеку именно в его случае? Это сложный вопрос. Словами сложно описать, как приходит такая информация. Наверное, когда ты искренне хочешь помочь, какие-то добрые высшие силы подсказывают ответ.

Взять, к примеру, моих бабушек. Они нигде не учились и не знали анатомии, но при этом умели лечить людей. И делали это успешно порой в таких ситуациях, в которых официальная медицина была неэффективна.

Помню случай, когда ко мне, вернувшись из московской командировки, прямо с поезда пришел брат Юра. Смотрю: у него рука от кончиков пальцев до локтя багрового цвета. Сам буквально горит, температура под сорок. На мой вопрос о том, что произошло, Юра отвечает:

– Когда садился в поезд, почувствовал, будто жжет тыл ладони. Всю дорогу мочил ее холодной водой, но стало только хуже.

Я понимаю, что по всем признакам у Юры рожистое воспаление – это острое инфекционное заболевание, сопровождающееся высокой температурой и общей интоксикацией. Оно опасно тем, что может перейти в тяжелое течение и в хроническую форму. К тому же мочить руку в такой ситуации ни в коем случае нельзя, а Юра это уже сделал.

Подумав, я сказала брату:

– Сейчас поставлю тебе литическую смесь, собою температуру. Для подстраховки уколем бициллин (антибиотик). Но ты должен поехать к бабе Зое, она поможет лучше меня.

– Сестра, ты же работаешь в Федеральном научном центре! А пациента отправляешь к бабе Зое?! – решил по-братски потроллить меня Юра.

– Знаешь, медсестра из нашего отделения уже четвертый месяц на больничном. Не первый раз лежит в стационаре. Антибиотики, традиционный протокол лечения – ничего ей не помогает. Процесс никак не останавливается. Поэтому к бабе Зое, и немедленно! Она исповедует другой подход.

Юра меня послушал и в тот же день – помню, что это была пятница, – уехал в деревню. Вернулся в воскресенье. К руке привязана красная тряпочка с засыпанным внутрь мелом и листом мать-и-мачехи. Когда брат отодвинул повязку, я увидела, что на руке остался лишь маленький островок отека.

– Баба Зоя передала молитву, чтобы ты мне ее читала. И коровий рог, чтобы им крестить, – сказал Юра. – Только платочек на голову обязательно надень.

Я выполнила в точности все наставления и еще два дня заговаривала его воспаление.

С тех пор прошло уже больше 30 лет, и эта хворь к брату, слава богу, не возвращалась. Что сработало – вовремя поставленный антибиотик или молитва нашей потрясающей бабушки, не знаю. Да это и не так важно. Главное – подходить к лечению с искренним желанием спасти, применять максимально экологичные методы.

По этому принципу я работаю всю жизнь: использую сумму знаний и умений как европейской медицины, так и восточной, никогда не отрицаю достоинства народных методов целительства. Весь опыт добросовестно передаю всем, кто работает со мной: учу не ограничиваться шаблонными наборами диагнозов, анализов и рентгенограмм, а видеть человека со всеми его особенностями и подходить к процессу лечения творчески.

Глава 3. Путь к здоровью начинается с себя

Начало моей трудовой деятельности, без сомнений, можно назвать идеальным. Меня взял на работу в свой Федеральный центр сам академик Гавриил Абрамович Илизаров.

В какой-то степени такой ход событий можно назвать волей судьбы. Мы с его дочерью Светланой были однокурсницами, в Челябинске жили вместе в общежитии. Света была очень скромной и деликатной, никто и заподозрить не мог, что она – дочь всемирно известного курганского доктора, которого называли «Микеланджело ортопедии». На каникулы и праздники я добиралась до своего поселка с пересадкой в Кургане. Как-то не успела на вечерний автобус, и Света предложила переночевать у них. Тогда я впервые увидела Гавриила Абрамовича. Для меня Илизаров был в то время вторым после Бога: со школьных лет я читала о нем в газетах, видела результаты его работы по местному и центральному телевидению, знала, что очередь на его консультации составляла 8–10 лет. И меня очень удивило, когда он сразу, с порога, доброжелательно и открыто заговорил со мной, обычной студенткой. А на следующий день пригласил нас со Светой на свой прием пациентов в клинику, показывал строящийся новый корпус своего Центра в форме снежинки. А потом предложил прокатиться до нашего поселка всей семьей на «мерседесе», который купил накануне в иностранном посольстве. Тогда же спросил, хочу ли я работать в его коллективе.

Сейчас, когда у меня за плечами большой опыт подбора специалистов, я смотрю на себя юную, того времени, и понимаю, почему он меня заметил. Деревенская девчонка, депутат горсовета, отличница с ленинской стипендией и глазами, горящими огромным желанием приносить пользу людям.

Да, об этом можно было только мечтать: возможность соприкоснуться с деятельностью столь талантливого врача была большим источником вдохновения, поддерживала мое горячее стремление как можно глубже вникнуть в свою профессию. Коллектив клиники тогда был очень ярким: Гавриил Абрамович собирал в команду профессионалов со всей страны, обеспечивая квартирами и достойной заработной платой.

Позже профессор приглашал нас, группу студентов, на серьезные медицинские конференции, и я до сих пор помню ощущение мурашек по коже, когда на Первом международном симпозиуме в 1983 году, где собрались врачи из более чем двадцати стран, этому прославленному доктору и изобретателю аплодировали стоя французы и свистели от восхищения итальянцы. Он демонстрировал результаты своих достижений в лечении ортопедической патологии.

Итак, в 1987 году, после окончания института и клинической ординатуры, я начала свою профессиональную деятельность рядовым врачом в только что открытом отделении реабилитации в Курганском научно-исследовательском институте экспериментальной и клинической ортопедии и травматологии под руководством академика Илизарова.

К этому времени у меня уже был студенческий брак и два сына: Диме – два года, а Паше – два месяца. Нам сразу дали комнату в малосемейке с общей кухней. Так началась моя курганская эпопея.

Неспортивная барышня

Надо сказать, что долгое время я была несportивной барышней, склонной к округлым формам. Во многом была виновата многолетняя страсть к конфетам. В моем детстве возможности покупать их у моих родителей не было: мы жили бедно и сладкое видели только на Новый год.

Раньше (не знаю, как сейчас) пациенты традиционно дарили врачам шоколадные наборы. Они были нереально вкусными, и я начала «отрываться». Шоколад настолько сводил меня с ума, что я могла съесть целую коробку конфет прямо в троллейбусе, пока ехала с работы домой.

В результате от избытка сладостей мое тело очень быстро стало рыхленьким. Я пыталась себя оправдывать и объясняла свои минусы генетикой: «Просто мне досталась такая конституция». Плюс: «Двое родов за плечами».

Но как-то ко мне на прием пришла врач лечебной физкультуры Раиса Васильевна Бушманова. В свои 54 года она выглядела намного лучше, чем я в неполные 30 лет. Ее тело было подтянутым, в меру рельефным, излучало здоровье. Меня тогда это потрясло.

– Раиса Васильевна, что вы делаете, чтобы быть в такой форме? – не удержавшись, спросила я.

– Да ничего особенного. Водички пью много, сладкое не ем, упражнения каждый день выполняю.

Я была восхищена этой женщиной, ее фигурой, внешним видом! И уже в тот момент начала делать для себя какие-то выводы.

Правда, радикально поменяла образ жизни позже, в 35 лет. И то не уверена, что это могло случиться, если бы не первый тревожный и громкий «звоночек».

Борьба с отягощенной наследственностью

Всем женщинам по маминой линии доставался по наследству общий недуг. Моя прабабушка прожила долгую жизнь, но начиная с 40 лет была вынуждена ходить с тросточкой, с согбенной спиной в позе просителя. Рентген, который уже появился к тому времени, показал, что у нее не сросся четвертый поясничный позвонок.

Тогда, конечно, никто не представлял, что с этим делать, да и образ жизни не сильно способствовал сохранению здоровья. Прабабушка родила восемь детей, плюс тяжелый физический труд – разумеется, внутренние органы у нее были опущены. Упражнения, даже самые простые, она не делала. Воду не пила, зато чай – и непременно с карамелечкой! – обязательно и в большом количестве. Все это и привело к сильным болям и передвижению с тросточкой.

Так же сложилась судьба у бабушки, у мамы, у маминой сестры – у всех выявился тот же злосчастный дефектный позвонок.

И меня эта участь не обошла стороной – спина начала болеть уже в подростковом возрасте. Но я росла в деревне, и особого внимания моим жалобам родственники не придавали. Более того, я, как и все, копала картошку, носила воду на коромыслах. Спорт не жаловала, а вот выпечку и сладкое, как уже говорила, очень любила. Конечно, все это сказалось на состоянии соединительной ткани: она стала совсем хрупкой.

Во взрослом возрасте сделала снимки и удостоверилась: да, у меня тоже есть несросшийся позвонок, который «гуляет» вперед-назад почти на сантиметр. Я нашла объяснение своим болям и, помню, тогда подумала: «Как жаль, видимо, со временем меня тоже так согнет, как и всех женщин в нашем роду».

В 35 лет, после рождения третьего сына, я почувствовала, что спине стало совсем плохо – несросшийся позвонок окончательно «поехал». К тому же после каждого родов я набирала по 20 килограммов, которые потом героически сбрасывала, и эти «качели» тоже давали о себе знать.

У меня начали неметь пальцы на ногах, по ночам было постоянное жжение в стопах. Я понимала, что это уже симптомы грыжи межпозвонкового диска, и МРТ-исследование подтвердило мои опасения. Вскоре к этому состоянию добавились еще и обмороки. Я испугалась не на шутку. Было очевидно, что здоровье в критическом состоянии. Стала разбираться, искать выход, пыталась понять, как себя восстанавливать.

Постепенно начала пить воду в достаточных объемах, готовилась к тому, что мне придется полностью отказаться от сладкого. Но самый большой толчок к работе над собой и своим здоровьем мне дало прекрасное чувство – самое глубокое, на всю жизнь.

Влюбленность сподвигла стать красивой

Создавая свою семейную жизнь, поначалу я почему-то все время искала слабых мужчин. Мои первые два мужа были врачами. Они помогали людям, но у обоих была одна и та же зависимость – алкоголь. Я привыкла все семейные заботы тащить на себе, а свою миссию видела в том, чтобы их спасать и вытаскивать из этих состояний. Но, к сожалению, судя по всему, это нужно было больше мне, чем им самим.

В 39 лет я была мамой трех сыновей. Тяготы жизни тащила уже в одиночку. Выходные и отпуска были формальными: появлялась возможность побольше постоять у кушетки, чтобы заработать на жизнь себе и мальчишкам. Десятичасовая смена ручной работы и очередь на недели и месяцы вперед были уже нормой. Как-то поймала себя на том, что разучилась улыбаться, жила на автомате. Вот в то самое время я и встретила своего Андрея. Очень смелый, сильный и решительный человек, мужчина, который пришел в мою жизнь и полностью изменил ее. Он взял решение моих проблем на себя, позволил мне быть слабой. Дал почувствовать, что я вовсе не ломовая лошадь и, оказывается, в моей жизни могут быть праздники.

Эта судьбоносная встреча побудила меня заняться собой. Андрей – крепкий, статный, ловкий и красивый. А я... стеснялась своего тела и лишних килограммов.

Помню, мы впервые поехали вместе на охоту. Был жаркий день. Я надела длинное просторное платье, чтобы не показывать свою неидеальную фигуру.

Ему, конечно, не казалось, что с моей внешностью что-то не так:

– Ириночка, ты раздевайся, загорай. Отдохни как следует, искупайся, пока я жарю шашлыки.

Как же мне было неловко тогда в моем сплошном купальнике, кто бы знал!

Именно после этого я пошла заниматься в спортзал, чтобы избавиться от чувства стыда и несоответствия своему мужчине.

Я была очень занята на своей основной работе, по вечерам принимала пациентов до девяти часов. Казалось, спорт совершенно не вписывается в график. Но я решила: «Нет, так дело не пойдет. Теперь по средам буду работать только до 19:30, чтобы успевать тренироваться». И сразу после приема бежала в зал, благо он работал до десяти.

Дальше – больше. Решила: во что бы то ни стало буду появляться в спортклубе еще и в воскресенье, в 11 утра. Так в моей жизни образовались две тренировки в неделю.

Потом еще и от сладкого смогла отказаться. Это было непросто, но мало-помалу у меня стало получаться. Наши разговоры с тренером Владимиром были примерно такими:

– Ирина, ну как, есть ли какие-то подвижки со сладким?

– Есть, Володя. Теперь, когда я хочу съесть пять конфет за раз, я вспоминаю тебя, хорошенько думаю и съедаю всего одну.

– Уф, слава богу, а то я подумал, что четыре с половиной!

Результат не заставил себя долго ждать. Постепенно боли отступили, и я про них забыла настолько, что даже контрольные снимки не стала делать. А года через два выглядела очень достойно, сама была как конфетка.

С Андреем мы вместе уже 20 лет. К моменту нашего знакомства у него было две дочки, у меня – три сына. На двоих у нас пятеро детей, а сейчас уже и 12 внуков.

Наши дети – врачи разных специальностей. Когда мы собираемся вместе на праздники, то разговоры за столом неизбежно «уползают» в медицинскую тематику. Получается настоящий междисциплинарный врачебный консилиум. Так и живем – серьезной сплоченной командой.

Секрет от Ирины Геннадьевны

Для тех, кто, как и я в свое время, стоит перед необходимостью отказаться от сладкого, поделюсь наблюдениями из практики.

Одна моя пациентка похудела за летний сезон на 18 килограммов. Чтобы никто не соблазнил ее «запретной» едой, она специально уехала на юг, сняла квартиру и жила одна.

Этот секрет я узнала от нее: «Нельзя держать себя в ежовых рукавицах. Рецепторы нужно баловать. Поэтому, если хочется чего-то сладкого, я беру черносливинку и не ем ее целиком, а отрезаю по кусочку».

Удивительно, но эта женщина даже мед ела по чуть-чуть: наливала его в красивую чашку, обмакивала зубочистку и смаковала. Получается, так можно и насладиться вкусом, и не съесть слишком много соблазнительных лакомств.

Я взяла эту хитрость на вооружение. И теперь, когда мне хочется, например, чернослив в шоколаде, я не ем конфету целиком, а тоже отрезаю от нее понемногу. Могу изредка побаловать себя половинкой этого сухофрукта с чашечкой утреннего кофе. На зиму заготавливаю пастилу без сахара разных сортов из ягод со своего огорода, пересыпая ее кунжутом.

Моя тяга к сладкому со временем практически сошла на нет. Настолько, что конфеты и выпечка дома появляются крайне редко. Бывает, внуки приезжают, просят вкусенького, а мне и предложить нечего – тогда на скорую руку пеку блины, чтобы их порадовать.

А для себя поняла, что гораздо важнее для сохранения формы просто не быть очень голодной. Для этого я всегда ношу с собой йогурт, яблоки или еще какой-нибудь перекус. Своевременный прием еды успокаивает желудок и мозг, и порывы набрасываться на первую попавшуюся еду уходят сами собой.

Глава 4. «Золотые» знания по лечебной физкультуре

Академик Илизаров собирал в свою команду высококлассных специалистов. Он очень ценил талантливых людей, находил и приглашал именитых врачей из Москвы, Санкт-Петербурга, Калининграда – со всех уголков страны. Стать частью такого коллектива было большим счастьем как для начинающих, так и для опытных докторов.

Результаты работы Центра были фантастическими. В клинике научились делать невозможное: удлинять конечности на 30–50 сантиметров, пришивать утраченные пальцы, исправлять грубейшие деформации скелета.

Курган стал меккой ортопедии – сюда ехали со всего мира. Доктору Илизарову ежедневно приходили мешки писем (я не преувеличиваю – их разбирал целый отдел), а запись на прием была на много лет вперед.

В клинике еженедельно проводились хирургические советы с участием всех заведующих подразделениями и первых лиц. Для каждого пациента подбирали оптимальный вариант оперативного вмешательства или консервативной терапии. Подход к лечению был исключительно творческим – никаких «стандартов оказания медицинской помощи». Напротив, нас учили: не бывает двух одинаковых больных!

При всем ювелирном мастерстве хирурга любимая фраза Гавриила Абрамовича звучала так: «Лучшая операция – несделанная». Он учил нас всегда искать альтернативу оперативным вмешательствам и брать в руки скальпель только в крайних случаях: когда испытаны все способы, пройдены все пути, но организм не откликается.

В то время еще не существовало жестко регламентированного законодательства, и в клинике была возможность экспериментировать, искать и применять новые методы лечения, чтобы принести пациентам максимальную пользу.

Такой подход, безусловно, послужил тому, что здесь росли и совершенствовали свой профессионализм талантливые медицинские кадры и воплощались в жизнь самые эффективные, новаторские и действенные методы врачебной помощи.

«Не оперирующее» отделение

Как уже упоминала, я начала свою работу в Центре Гавриила Абрамовича врачом только что открывшегося отделения реабилитации. Это было единственное не оперирующее подразделение клиники. Так удивительным образом, будто снова по воле судьбы, сбылось мое желание: лечить, но не оперировать.

В отделении мы готовили пациентов к оперативному вмешательству и затем восстанавливали после него. Как говорил Илизаров: «Кости мы прооперируем, но этого недостаточно. Нужно разрабатывать суставы, восстанавливать мышцы, заново учить человека ходить».

Чуть позже отделение попутно занялось и консервативным лечением: к нам госпитализировали пациентов с грыжами дисков, деформирующим артрозом. Мы помогали в случаях, когда ситуация не критичная, оперировать не имеет смысла, но можно попытаться оздоровить организм.

Работая с ортопедической патологией, я все больше понимала важность грамотной лечебной физкультуры для эффективного лечения и реабилитации. Окончив медицинский институт с красным дипломом, клиническую ординатуру по терапии, я действительно немало знала. Но лечебной физкультуре нас почти не учили.

«Берите готовые комплексы и предлагайте их пациентам», – говорили нам преподаватели. О каких готовых комплексах могла идти речь, если тогда не было даже Интернета? Как разобраться? Предлагалось брать информацию в журнале «Здоровье», другой научно-популярной литературе.

На практике этот подход мог выглядеть следующим образом. Например, у человека поясничный остеохондроз. Врач выбирает готовый шаблонный комплекс из 10 упражнений и предлагает их пациенту. Если какие-то нагрузки провоцируют боль, доктор их отменяет, а остальные рекомендует продолжать. Но такие подходы редко приносили нужные результаты.

В нашей клинике была предусмотрена специальная должность – врач лечебной физкультуры, на которую брали, как правило, выпускников физкультурных факультетов педагогических институтов.

В то время, когда я работала в отделении, ее занимал Константин Александрович Тихонов. Несмотря на преклонный возраст, это был жилистый, сильный и ловкий человек. Он был профессионалом своего дела, до самой пенсии заведовал кафедрой физической культуры в курганском пединституте.

– Константин Саныч, миленький, – говорила я ему, – научите, как работать с пациентом при грыже диска? Какие упражнения делать при дисплазии тазобедренного сустава?

– А я, честно говоря, считал, что вы меня этому обучите. Я умею работать только со здоровыми, – искренне отвечал мне коллега.

Так мы объединились с ним в работе – с большим интересом и желанием оздоравливать пациентов с помощью физической нагрузки, но – пока что! – без понимания, как это сделать.

Искали новые подходы, начали подбирать варианты упражнений для каждого случая. Осваивали их сами во время рабочих перерывов, пытаясь понять, как работать при различной ортопедической патологии.

Поиски методом проб и ошибок

Первое время было непросто. Мы делали много важных для себя открытий, но не все получалось гладко.

Порой, растягивая укороченную, спрессовавшуюся мышцу, например при остеохондрозе, в какой-то момент мы получали ее ответный спазм и спонтанное усиление боли. При повторном МРТ-исследовании могли отметить увеличение размеров протрузии или грыжи диска. Аналогичные феномены встречались и у пациентов, которые занимались йогой или стретчингом, то есть исключительно растягивающими нагрузками.

Мы не могли понять, почему организм так реагирует на растяжение, казалось бы, довольно логичное воздействие при укорочении мышц. Ответ нашли тогда, когда стали осваивать азы миотерапии (миос – мышца, терапия – лечение). Подробнее расскажу об этом чуть позже. Но объясню сразу, что протрузия – это патологический процесс в межпозвоночных дисках. Представляет собой изменение формы диска, сопровождающееся его выбуханием за пределы нормальных контуров. При отсутствии терапии развивается в грыжу (ее нередко называют предгрыжей). Хотя аналогичное выбухание контуров диска может встречаться и после рассасывания грыжи, являясь остаточным явлением произошедшей поломки.

Еще одной нашей ошибкой была рекомендация пациенту «закачивать мышечный корсет, чтобы его укрепить». Когда нас спрашивали, какими упражнениями это лучше сделать, мы просто отвечали: «Найдите хорошего тренера, пусть он вам распишет всю программу». Но после такого «закачивания», тем более с использованием тренажеров и «железа», позвоночный столб зачастую уходил в прогрессирующую деструкцию, нередко дело заканчивалось операционным столом. И снова становилось понятно: мы что-то делаем не так.

Сталкиваясь с подобными случаями, каждый раз понимали, что в наших действиях и рекомендациях упускается из внимания нечто очень важное. Что? К ответу на этот вопрос я пришла спустя 10 лет неустанного поиска. И эти новые знания полностью перевернули мой подход к лечению и легли в основу всей дальнейшей работы.

Первые шаги в персонализированном подходе к реабилитации пациентов помогли сделать труды Карела Левита. Его опыт был для меня особенно полезен при выборе нетравмоопасных и результативных вариантов ЛФК.

Книгу Левита «Мануальная медицина» в 1980-е годы на русский язык по нашей просьбе переводили сотрудницы Международного отдела Центра Илизарова. У меня до сих пор хранятся эти переводы: папки с пожелтевшими листочками, с текстом, который девочки набирали на печатной машинке. Благодарна всем, кто тогда бескорыстно жертвовал своим личным временем и знаниями для общего дела.

Спорт не всегда для здоровья

Продолжая тему лечебной физкультуры, хочу поделиться историей и своими размышлениями о спорте «для здоровья». Уверена, они пригодятся многим – к сожалению, часто приходится наблюдать горькие плоды такого распространенного убеждения и корректировать его негативные последствия.

Как-то на прием пришел 19-летний пловец вместе с мамой. У парня невысокий рост, но при этом большой реберный горб, выраженная сутулость.

Мама молодого человека рассказала:

– Десять лет назад ортопед, который обследовал сына, заметил, что он начал сутулиться, отправил его на плавание. Сын последовал его совету, увлекся этим занятием, упорно занимался, стал мастером спорта. Но состояние спины значительно ухудшилось! Раньше он хотя бы мог выпрямиться и стать выше. Теперь и этого не может. Плюс появились боли в спине и головокружения.

Я попросила пациента лечь на кушетку на живот и увидела, что у него серьезная структурная деформация грудного отдела, которая сохраняется и в горизонтальном положении. При такой патологии начинают уходить в деструкцию шейный и грудной отделы позвоночника (там у парня действительно уже были сформированы множественные протрузии).

Юноша рассказал, что ежедневно тренируется в бассейне не менее трех часов. Причем плавает в основном на животе, загребая руками воду «на себя».

В этой истории мы столкнулись с традиционным подходом, когда врач при любой проблеме с позвоночником пишет в рекомендациях: «1. Укрепление мышечного корсета. 2. Плавание».

Но при этом совершенно не поясняется: как правильно укреплять корсет? Какие конкретно мышцы (их у человека 696)? Как плавать?

– Понимаешь, – объяснила я парню, – у тебя регулярно включаются в работу грудные мышцы, внутренние ротаторы плеча. Укорачиваются самые сильные сгибатели туловища – подвздошно-поясничные мышцы, залегающие глубоко в животе. Функциональное укорочение сгибателей способствует прежде всего мышечной сутулости – тело наклоняется кпереди. Для наглядности можно вспомнить лук: укороченная цепочка мышц-сгибателей – это тетива, а изогнутый дугой грудной отдел – лук.

Укороченные ткани важно расправить и растянуть, при этом важно успеть до наступления периода активного подросткового роста. Плавание при таком подходе как вспомогательный вариант воздействия могло пойти на пользу. Правда, предпочтительно в таких ситуациях плавать на спине, раскрывая грудную клетку. Но, поскольку ключевых действий не случилось, спина продолжила наклоняться кпереди, и сформировался жесткий «вопросительный знак». Потенциальный рост реализовался не в вытягивании позвоночника в высоту, а в увеличении деформации.

Я направила парня к нам на лечение. Ось позвоночного столба, безусловно, станет лучше, но полностью юноша уже не выпрямится, и таким высоким, каким мог бы быть, он увы, не станет.

Жаль, что наша встреча не случилась тогда, когда юноша только начал сутулиться. Занятия по коррективке осанки по нашей методике при совместных усилиях позволяют минимизировать намечающуюся деформацию или вовсе избежать ее формирования.

Врачи и тренеры: единство знаний и подходов

Как уже рассказывала, в первые годы моей работы, следуя рекомендациям по оздоровлению, полученным в институте, я точно так же отправляла пациента в спортзал (или на плавание), говоря: «Тренер разберется».

Но сегодня я понимаю, что, даже если тренер глубоко вникает в особенности работы с человеческим телом (что, к счастью, уже встречается в наши дни), он просто может не знать задумку врача.

Только представьте: приходит человек по рекомендации ортопеда в тренажерный зал и говорит, что ему нужен развитый корсет. Что ему посоветует тренер? Нагрузочные упражнения на выбранные группы мышц с целью увеличения их объема. Но знаком ли тренер с особенностями течения ортопедической или неврологической патологии, разбирается ли он в других заболеваниях и противопоказаниях? Вряд ли.

Зачастую работают тренерами те, у кого за плечами исключительно личный опыт, и они всем подряд уверенно рекомендуют довольно травмоопасные нагрузки, действуют по принципу «помогает мне – поможет и вам!». Но в реальности исходная ситуация у каждого своя.

Возьмем, к примеру, офисного работника. Он весь день сидит, много часов статично нагружая позвоночник. Потом приходит в спортзал и продолжает спрессовывать его «железом». Когда же иссякнет запас прочности структур позвоночного столба, человек будет искренне недоумевать: «Откуда взялась эта огромная грыжа диска?! Почему сформировалось множество протрузий? Я же не пью, не курю и занимаюсь спортом!»

Или другой пример: популярное и знакомое многим упражнение – планка. Что о нем скажут в фитнес-клубе? Скорее всего: «Стойте как можно дольше! Планка полезна всем».

И лишь немногие знают, что на самом деле стоять в горизонтальной планке позволено только молодым людям, у которых эластичная и выносливая соединительная ткань. И даже им желательна небольшая экспозиция – лучше сделать это упражнение многократно, тренируя миофасциальные цепи в статике и динамике поочередно. У людей постарше соединительная ткань становится более хрупкой: у мужчин начинается «сдавать» в 45–50 лет, у женщин, как правило, – с началом климакса.

В планке мы напрягаем большое количество мышц, в том числе подвздошно-поясничные – самые сильные сгибатели тела. А они, как правило, и так спрессованы в обычной жизни: удерживают нас в позе, участвуют в каждом шаге. И если регулярно и подолгу фиксировать тело в положении планки, эти мышцы превращаются в тиски для позвоночного столба. При этом постепенно и неуклонно нарастает внешняя компрессия межпозвонковых дисков, растет внутридисковое давление. В итоге заканчивается запас прочности оболочки диска – фиброзного кольца (соединительнотканная структура), оно разрывается, и содержимое диска выдавливается в спинномозговой канал: так формируется грыжа диска.

Грыжу можно заработать и при более деликатных нагрузках, занимаясь йогой, пилатесом, стретчингом. И причиной этому будет незнание и несоблюдение законов, по которым живет и работает наш организм.

Мы с коллегами на приемах регулярно сталкиваемся с такими результатами занятий в спортзале. И мое глубокое убеждение: оптимальный вариант работы с телом – когда врачи и тренеры составляют одну слаженную команду. У каждого должна быть своя задача в рамках общей цели.

Стоит отдать должное: сегодня среди тренеров встречаются специалисты, которые достойно знают анатомию, изучают миотерапию, теорию анатомических поездов и другие прогрессивные подходы к разумному увеличению выносливости тела. Эти ребята не врачи, но добросовестно ищут мудрый подход к реабилитации в конкретной ситуации.

Некоторые тренеры, в том числе и по плаванию, сами приходят к нам на прием со своими подопечными, чтобы разобраться в теме. И это здорово, ведь не бывает универсальных, одинаково полезных нагрузок. В том числе и в бассейне. Одним, например, нужно плавать только на спине, раскрывая передние тракты (длинные цепочки мышц, объединенные общей оболочкой – фасцией), раскрывая и растягивая укороченные сгибатели тела. Это помогает бороться с сутулой осанкой и на определенном этапе является приоритетным направлением. А другим позволительно плавать лицом вниз. Третьим – желательно на боку, загребая, допустим, левой рукой.

Поэтому задача доктора не просто написать в справке «рекомендовано плавание», но и подсказать, как это сделать правильно. А тренер нужен для того, чтобы помочь врачу довести его замысел по восстановлению здоровья человека до оптимального результата. В таком единстве мы можем сделать много реально полезного.

Глава 5. Точка опоры

Долгое время опорой в работе мне служили знания, полученные во время обучения в институте. Я добросовестно применяла все, чему меня учили: принимала людей, назначала им терапию и предлагала два раза в год приходить на поддерживающий курс: «Мы вас прокапаем, поколем, на полгода вам хватит».

Но Курган – город маленький. Я могла наблюдать в динамике состояние своих пациентов-курганцев и мониторить результаты. К моему огорчению, итоги такого лечения начинали все меньше устраивать меня.

Становилось очевидно: несмотря на все мои старания, максимум, на что я могу претендовать, – временно заглушить болевые ощущения. Но болезнь, к сожалению, при этом прогрессировала. Обострения становились все чаще, все ярче, «светлые» промежутки без болей – все короче, а медикаментозная терапия – все многоэтажнее.

Заболевания позвоночника и суставов, с которыми я боролась, неуклонно переходили из первой стадии во вторую, потом в третью и даже четвертую. В итоге у людей снижалась работоспособность, росла зависимость от аптеки, присоединялись дополнительные болезни.

И в этот момент пациент, который ранее приходил за помощью, за спасением и безоговорочно доверял, смотрел на меня уже другими глазами: он же добросовестно выполнял все рекомендации, так почему же стало хуже, намного хуже?

Какое-то время я продолжала утешать пациентов и саму себя: «Зато мы тормозим развитие заболевания. И это лучшее, что мы можем сейчас сделать. Ведь с возрастом ситуация всегда только ухудшается».

Но одновременно я наблюдала тех, кто упорно не соглашался на традиционные медикаментозные подходы, категорически отказывался от предлагаемых мною укольчиков, капельниц и прочих «поддерживающих» способов. И они, как назло, чувствовали себя лучше. Я начала осознавать, что это не единичные случаи, а закономерность.

Такие наблюдения навели меня на мысль. Может быть, мы действительно выключаем медикаментозным вторжением какие-то функции организма? Ведь не бывает боли просто так, это же объективный сигнал, крик организма о помощи. И если мы причину не находим, соответственно – не убираем, то, вероятно, просто убиваем больные клетки лекарствами. Разве это лечение? Конечно, нет. Они продолжают погибать молча. Пока «глушу» боли медикаментозно, упускаю драгоценное время.

Подобные соображения не оставляли меня. Я не понимала: и в институте училась только на отлично, и в клиническую ординатуру поступила – одна из 400 человек, и окончила ее с отличием. Так чем же мое лечение отличается от того, которое проводят другие доктора? Да, собственно, ничем. А результаты у меня лучше, чем у других врачей? Нет, не лучше.

В какой-то момент у меня опустились руки. Я испытывала огромное разочарование и огорчение от того, что с малых лет мечтала лечить людей и всех спасать, потратила на это много лет и сил, а в итоге не помогаю им, не делаю их здоровье более крепким, даже, похоже, наоборот.

Это осознание дало толчок к переменам. Оно побудило меня поставить под сомнение свою базу знаний и искать новые пути.

Мануальная терапия: польза или вред?

В 1990-х годах большую популярность в лечении опорно-двигательной системы получила мануальная терапия. Это был новый, отличный от официальной медицины, альтернативный способ лечения, который сразу привлек внимание людей, страдающих недугами опорно-двигательного аппарата, и специалистов.

Основоположником метода был известный на Украине костоправ – Николай Касьян. О его подходе много писали в газетах, люди ехали к нему на лечение из самых далеких мест.

Было и немало противников – небезосновательно. Во-первых, Николай Касьян попирает общепринятые каноны. Во-вторых, появились пациенты, которым после его сеансов стало объективно хуже (при этом «после» не всегда означает «вследствие»). В-третьих, он составлял серьезную конкуренцию массовой медицине, а значит, был неудобен.

Для продолжения работы Николай Касьян заключил своеобразный договор с доктором Анатолием Юрченко: он передает ученику все свои знания и технику. Тот лечит людей и попутно страшит учителя: в случае недовольств или осложнений госпитализирует пациента к себе в стационар и проводит необходимую терапию.

Со временем доктор Юрченко снискал большую популярность. По выходным он ездил по украинским деревням, где к нему выстраивались приличные очереди. Его приемы были похожи на красочные шоу. Например, для быстрого разогрева тканей он щедро смазывал спину пациента растительным маслом, затем поджигал факел, вставлял его внутрь литровой банки, после чего ставил ее возле позвоночника. Емкость хорошенько засасывала кожу, и достаточно было сместить банку пару раз вверх-вниз – спина разогревалась докрасна. Можно было приступить к «правке».

Я поехала к этому доктору на обучение.

Мне нравилось, как он учил. Благодаря сумасшедшей популярности, которую получил тогда метод мануальных вправлений, костоправов в Украине в ту пору появилось довольно много. На новую, разрекламированную СМИ манипуляцию находилось много желающих. Но большинство «лекарей», к сожалению, не имело медицинского образования. Соответственно, читать снимки (даже если они имелись на руках) было некому, и последствия таких вправлений оказывались разными: нередко – спонтанное облегчение, буквально за пять минут, а порой – пожизненная инвалидизация.

Помню, как на первом же занятии доктор Юрченко завел нас – молодых врачей – в стационар и показал четверых пациентов:

– Смотрите, у одного было не диагностированное туберкулезное поражение позвонка, у двух – метастаз в позвоночник, а у четвертого – грубый остеопороз. При вправлении произошли оскольчатые взрывные переломы позвонков с ранением (перерезкой) спинного мозга. Все эти люди перестали ходить после техник жесткой мануальной терапии, а все потому, что их лечением занимались непрофессионально.

Опытный и грамотный доктор был весьма осторожен и выбирал достаточно корректные приемы. Он сразу предупредил нас: «Мануальная терапия может давать серьезные осложнения. А они бывают необратимыми. Важно действовать взвешенно и осторожно».

Ознакомившись с методикой вправлений, я поняла, что техника в целом хороша, позволяет быстро избавиться от боли без лекарств и блокад, поставив позвонок на место.

Рентген-кабинет у нас в клинике был не один, читать снимки я умела, поэтому по возвращении решила взять мануальную терапию на вооружение. К тому же многие коллеги в ту пору так же, как и я, были покорены этим способом лечения.

Все приемы мы с докторами отрабатывали друг на друге. Утро в наших ординаторских начиналось с громкого хруста. Мы не шли на обход, пока сами себе что-то не поправим.

Стандартный утренний диалог врачей:

– Не напрягайся! Вдох-выдох – и расслабься! – в этот момент раздавался хруст.

– Ой, как хорошо шее стало!

Или:

– Что-то я неудачно поспала, все болит.

– Ложись на диван, на бочок, поправлю тебе поясницу «восьмерочкой». – И вновь команда «вдох-выдох – расслабься», и опять – хрусты разного диапазона.

Сначала у всех результат был довольно быстрым и сохранялся в течение долгого времени. Но постепенно срок ремиссии начал сокращаться, доходя до одного месяца, потом – до недели и порой – до нескольких минут.

– Ты вчера поставила мне спину на место, но не успел я дойти до машины, как все снова «поехало», – приходилось слышать от коллег.

Спустя какое-то время мы поняли, что многократные сеансы мануальной терапии приводят к разрушению хрящей, покрывающих суставные поверхности, то есть к артрозным изменениям в травмированных межпозвонковых суставах, провоцируют нестабильность позвоночного столба.

Последствия мануальных вправлений

Приведу показательный пример того, какие последствия спустя годы зачастую приносят повторяющиеся мануальные вправления.

Ко мне на прием пришел 54-летний мужчина. На снимках МРТ у него видна маленькая грыжа размером 5 миллиметров, без сдавления нервных структур. Учитывая яркие боли в поясничном отделе, отсутствие эффекта от медикаментозной терапии, ему была предложена операция по удалению грыжи.

Но имеющаяся симптоматика была не характерна для такого скромного грыжевого выпячивания. Подобные грыжи обычно совершенно бессимптомны. Между тем пациент жаловался на то, что каждый раз, пройдя 200–300 метров, он терял сознание от запредельной боли, это подтверждали ссадины на лице, коленях и локтях – последствия многочисленных травм.

– Выхожу из дома – у меня ничего не болит. Но через несколько минут меня пронзает дикая боль, ноги подкашиваются, я падаю и отключаюсь.

– А вы раньше занимались спортом? – спрашиваю его.

– Конечно, и борьбой, и тяжелой атлетикой.

– А к мануальному терапевту ходили? – продолжаю я.

– Разумеется. Постоянно. И друг друга мы «правили» с ребятами, как только спину клинило.

– А гормональные блокады бывали?

– Было, около десятка. А как иначе, если перед соревнованиями «пересекло»?

После осмотра и рассказа пациента вывод был очевиден:

– Знаете, что у вас произошло? Это абсолютно не грыжевые боли. Это клиника серьезной нестабильности, когда один позвонок спонтанно «съезжает» относительно другого. Нестабильность бывает разной степени. Первая редко дает симптомы, может проявляться непостоянным дискомфортом. При второй степени (когда смещение позвонка становится больше) появляются боли, но они обычно тоже не критичны. А вот при третьей и четвертой возникает так называемый ликворный блок. Желудочки головного мозга вырабатывают жидкость, которая стекает в дуральный мешок, омывая спинной мозг, затем вновь поднимается. В здоровом варианте это процесс постоянного движения: в герметичной полости спинномозговая жидкость, то есть ликвор, нормально циркулирует. А при спонтанном грубом смещении позвонка возникает внезапное препятствие для движения ликвора, и головной мозг – как самая чувствительная и уязвимая структура – отключается. Это и есть ликворный блок, который в вашем случае отключает сознание. Оперировать грыжу в такой ситуации бессмысленно, это лишь дополнительная травма.

– Почему же МРТ не показала этих изменений? – поинтересовался пациент.

– Потому что томографию делают лежа, стационарно, в горизонтальном положении. Вы ведь сами отмечаете, что боль настигает вас только в процессе движения. МРТ и КТ в такой ситуации не помощники. Чтобы увидеть нестабильность, нужны снимки на обычном рентгеновском аппарате: первый – прямая проекция позвоночника, второй – снимок в боковой проекции с максимальным сгибанием, третий – в боковой, с максимальным разгибанием.

– Неужели нельзя при помощи мышц «поймать» нестабильность? – с надеждой спросил мужчина.

– Можно. Но в случае 1–2 степени нестабильности, а мы с вами ее уже пропустили. На такое восстановление уйдет не менее трех лет, а с сегодняшней симптоматикой можно за это время убится в буквальном смысле несколько раз. Мы не можем так рисковать.

К слову, когда пациент сделал рентгеновское исследование, все мои предположения подтвердились. В итоге я направила его на операцию. И это был тот редкий случай, когда, взвесив

потенциальные плюсы и прогнозируемые риски возможных вариантов, отдала предпочтение оперативному вмешательству.

Эта история к тому, что мануальную терапию нельзя считать спасительной палочкой на все случаи жизни.

Триггерные точки – «точка опоры» в работе ортопеда

Увлечение мануальными вправлениями и полученный опыт были для меня важны как очередной этап поиска новых подходов. Терапия, которая проводилась лечебно-механическим воздействием рук врача и без применения медикаментов, была, на мой взгляд, большим преимуществом в сравнении с традиционными методами.

Но сокращение периода ремиссии, побочные эффекты, а также в некоторых случаях травмоопасность подхода вправлений снова приводили меня к сомнениям и побуждали продолжать искания. И мои неустанные и долгие поиски были вознаграждены.

Спустя 10 лет моего профессионального пути, примерно в конце 1990-х годов, мне попала в руки информация о трудах Джанет Тревелл – известного медицинского исследователя, персонального лечащего врача Джона Кеннеди (и его преемника Линдона Джонсона), почетного профессора клинической медицины Университета Джорджа Вашингтона в Америке. Являясь врачом наиболеестроительной медицины, Джанет Тревелл обобщила свои многолетние исследования и в соавторстве с ученым-исследователем Дэвидом Симонсом издала фундаментальный труд «Миофасциальная боль и дисфункция. Руководство по триггерным точкам».

Опираясь на исследования нейрофизиолога Ирвина Корра, Джанет Тревелл развила и обосновала концепцию триггерных точек. Для меня было невероятным открытием, что в 90 % случаев именно они являются причиной костно-мышечных болей.

Согласно выводам Тревелл, подтвержденным ее многолетней практикой, в наиболее востребованных, регулярно нагружаемых мышцах формируются островки патологического сокращения, так называемые «мышечные мозоли», или триггерные точки. Это группы мышечных клеток, которые шаблонно работают в процессе одинаковых движений и фиксированных поз, но, в противовес нагрузке, не подвергаются регулярному растягиванию.

В итоге мышцы, отягощенные триггерами, уходят в стойкий спазм. В «мышечные тиски» попадают анатомические образования, невольно оказавшиеся в их проекции: межпозвонковые диски, суставы, сосуды, нервные стволы, внутренние органы. Со временем под таким кругло-суточным давлением зажатые ткани начинают подвергаться деструктивным процессам.

Кроме того, триггерные точки являются источниками болезненных ощущений. Правда, они могут «спать» месяцами и годами, не давая никакой симптоматики. А просыпаются в ответ на стресс, сквозняк, растягивающие нагрузки, перенесенную вирусно-бактериальную инфекцию и лишь тогда начинают сигнализировать болью.

При этом боль от триггерных точек носит отраженный характер. Например, сформируется триггер в одной из ягодичных мышц, а болит колено, и человек хромает; проснется триггер в межлопаточной области, а «заклинит» шею. Джанет Тревелл в своих учебниках описала схемы этих взаимосвязей.

Изучая ее труды, я поняла, что, прибегая к официальным протоколам, мы невольно игнорируем реальных виновников, сконцентрировав свое внимание на том месте, которое болит. И пытаемся подлечивать зажатые ткани, не замечая и не устраняя причины прогрессирующих разрушений.

На самом деле бороться нужно не с самой болью, временно обманывая организм медикаментами, а с причиной надвигающейся болезни. Боль – это один из механизмов самодиагностики, предусмотренный природой. Болевая симптоматика сигнализирует о возникшем неблагополучии и призывает к адекватным действиям. Если мой дом охраняет собака и она лает, когда через забор лезут незваные гости, то это не означает, что я должна бороться с собакой. Логичнее выяснить, отчего она так разлаялась. По этому же принципу нужно подходить к лечению любого органа. Но используя стандартный подход, который основан исключительно на

медикаментозном «обезболивании», мы, образно говоря, убиваем ту самую добросовестную собаку, развязывая руки агрессорам.

Приведу аналогию с зажатым в дверном проеме пальцем. Какие бы лечебные мероприятия мы ни проводили, его состояние не улучшится, пока не откроешь дверь и не освободишь страдающий палец.

Все, о чем писала знаменитый американский врач, давало мне знания, которых до сих пор так не доставало.

Мне стали очевидны ответы на «неловкие» вопросы моих пациентов. Стало понятно, почему при попытке растягивания околопозвоночных мышц может резко увеличиться межпозвонковая грыжа. Оказалось, что мускулы с триггером живут по закону Гука – закону сжатой пружины. Мышца, отягощенная триггерными точками, постоянно сокращена, функционально укорочена, она не может тянуться на свою природную длину. При попытке растяжения триггер активизируется и выдает ответное сокращение соответствующей мышцы. Более того, может произойти ее дополнительный спонтанный спазм, что спровоцирует новые поломки.

Появилось объяснение, почему на фоне «укрепления мышечного корсета» в тренажерном зале количество повреждений позвоночного столба зачастую начинает возрастать в геометрической прогрессии. Ведь мышца с триггером напряжена и укорочена исходно, она зажимает диск и нервные стволы. И если в этот момент начать ее «качать», то вскоре можно получить двойные и тройные «тиски».

Концепция триггерных точек объяснила мне и неудачи в применении мануальной терапии. В своих трудах Джанет Тревелл утверждает, что не нужно спешить вправлять вышедший из оси позвонок. Если смещение произошло, значит, было на то основание. Позвонки «привязаны» друг к другу мощными межпозвонковыми связками – надежными ограничителями избыточных движений. Изменение позиции одного позвонка относительно другого означает, что сформировалось стойкое патологическое напряжение конкретных скелетных мышц, которые смогли не только «вывернуть» в свою пользу позвонок из оси, но и продолжают удерживать его в порочном положении.

Мануальное вправление позвонка при игнорировании причины можно сравнить с насильственным проворачиванием ключа, не до конца вставленного в замочную скважину. Но даже в случае удачного «вправления» не восстановленные мышцы с триггерами вновь и вновь будут смещать позвонок в свою пользу. Многократные же манипуляции ведут к травматизации межпозвонковых суставов (с исходом в спондилоартроз) и межпозвонковых связок (формируется нестабильность позвонков). Тревелл предлагает другой подход: вычислить проблемные мышцы, расправить в их структуре триггерные точки, растянуть укороченные звенья мышечных цепей до их физиологической нормы. Тогда позвонок сам, без всяких вправлений, занимает свое законное место и больше не смещается.

Работа с триггерными точками оказалась тем недостающим звеном в моих попытках вернуть организм в «зеленый коридор». Наблюдая за своими пациентами в течение десятилетий, я убедилась, что у освобожденных тканей, в отличие от зажатых, – принципиально иная перспектива. И с годами здоровье может улучшаться.

О геометрии тела

Мою новую базу знаний дополнили труды мануального терапевта Томаса Майерса, автора новаторской методики анатомических поездов.

Этот врач, имя которого обрело мировую известность, ввел понятие того, что мы сегодня называем геометрией тела.

Методика автора основывается на принципе всеобщей связности фасциальной системы. Фасция – это соединительно-тканное полотно, которое покрывает любой орган, создает футляры для сосудов, нервных стволов, объединяет мышцы в длинные цепи, которые тянутся от макушки до стоп. Непрерывные мышечно-фасциальные линии определяют и выстраивают геометрию нашего организма – его положение в пространстве. А нарушение в теле правильного распределения сил приводит к негативным последствиям как для опорно-двигательного аппарата, так и для других органов и систем.

Объясню проще. Цепочка мышц-сгибателей (вплетаются в позвоночник спереди) должна соответствовать по тону разгибателям (расположены сзади). Длина правой боковой мышечно-фасциальной линии (отвечает за отклонение туловища в одноименную сторону) должна быть равна левой. Также симметричными должны быть и спиральные цепи (одна идет от правого плеча к левой половине таза, а другая – от левого плеча к правой половине таза). Когда взаимодействие этих цепей гармонично, когда они беспрепятственно скользят друг относительно друга, когда нет патологических фиксаций, «залипаний» в порочных положениях, у нас великолепная осанка, ловкие движения, прекрасное самочувствие. А если возникают какие-то перекосы, допустим, стойкий наклон тела вправо, то страдает не только позвоночный столб: в зону компрессии попадут органы правой половины тела (как минимум). В результате начнутся проблемы с оттоком желчи, с функцией печени, могут возникнуть боли в нижних отделах живота, болезненные месячные, боли в паховой области, начнет разрушаться зажатый тазобедренный сустав, не выдержит суммарной перегрузки коленный.

При этом голова все-таки будет пытаться всеми силами остаться над уровнем плечевого пояса и таза, а шея начнет испытывать откровенную асимметричную нагрузку. Появятся боли и эпизоды «заклинивания». Сосуды, проходящие через шейный отдел позвоночного столба и отвечающие за мозговой кровоток, при такой диспозиции поменяют свой прямолинейный ход. Возникнут затруднения для венозного оттока отработанной крови от головного мозга (вену зажать просто, у нее очень податливая стенка). Это проявится повышением внутричерепного давления с головокружениями, тошнотой или рвотой. В случае бездействия и сохранения порочной геометрии позвоночная артерия отреагирует уменьшением своего просвета. Ее диаметр уменьшится ровно настолько, насколько «прижата» вена, во избежание сосудистой катастрофы. Появится новый диагноз: синдром позвоночной артерии. Так какой-то, казалось бы, банальный перекося меняет состояние всех органов и систем. Каскад поломок при нарушенной геометрии нарастает, спектр лекарств становится все больше.

Точно так же влияет на здоровье распространенная «проблема века» – сутулость. Тело наклоняется вперед и удерживается в этом положении патологически напряженными мышцами-сгибателями, отягощенными триггерными точками. Голова при этом также смещается вперед. При здоровой геометрии она располагается над плечами и над тазом и давит на шею с силой в 3 килограмма. Это совершенно корректная нагрузка, которую предусмотрела природа. Смещение же головы вперед, согласно законам физики, меняет рычаг, и давление возрастает до 27 килограммов, а это уже запредельная нагрузка. Все равно что посадить на плечи первоклассника и носить его постоянно. Для описания последствий такой патологической биомеханики потребуется несколько страниц. Поэтому не менять «порочную» геометрию тела – это верный путь в аптеку на всю оставшуюся жизнь.

Принципиально новый подход к здоровью и лечению

Новые знания стали для меня откровением и руководством к дальнейшим действиям на профессиональном пути. Нашлось логическое объяснение отрицательным результатам при моих стандартных назначениях. Появилось понимание, как в моей профессии можно реально помогать людям.

Я отказалась от утверждения, что здоровье с годами становится только хуже, и поняла очень важные моменты, которые легли в основу моего метода.

1. В человеческом теле заложены мощные резервы для самостоятельной реабилитации. Организм способен на самодиагностику, самокоррекцию, самосанацию и самовосстановление. Он самостоятельно занимается вычислением больных клеток и их оздоровлением, поиском агрессоров и их уничтожением.

2. Если в тканях есть зажим – пусть зажата всего лишь парочка сосудов – артерия, по которой к органу притекает чистая кровь, и вена, по которой оттекает отработанная, то в нем будет нарастать неблагополучие. Начнут накапливаться «отходы производства» клеток, возникнет дефицит питательных веществ.

3. Медикаментозная «поддержка» организма обычно только усугубляет патологическую ситуацию (о ее негативном влиянии мы будем говорить подробно при описании конкретных болезней).

4. Приоритетным и первоочередным шагом при лечении любой патологии, особенно ортопедической, является купирование миофасциальной боли, а именно:

- выявление и ликвидация всех сформировавшихся триггерных точек;
- растяжение до физиологической нормы функционально коротких мышц;
- тренировка ослабленных, неволебно напряженных мускулов;
- восстановление гармоничного взаимодействия длинных миофасциальных цепей.

5. Важно не откладывать «освобождение» на потом, не дожидаться необратимых изменений. Тот же зажатый пальчик, извлеченный через 10 минут, будет сильно отличаться от того, который вытащили через 10 лет.

Все это, разумеется, разрабатывалось, проверялось и отлаживалось годами моей последующей практики. Двадцать с небольшим лет назад я стояла у истоков новой методики, еще мало владея тонкостями, но имея глубокое убеждение, что нахожусь на верном пути.

Глава 6. Об ошибках и опыте

Новые знания окрылили меня, вернув веру в то, что я на самом деле могу спасать людей. До сих пор помню свои чувства после прочтения первых материалов о триггерных точках. Вначале это было сомнение – уж очень все отличалось от навыков, которыми я руководствовалась ранее. По мере углубления в тему пришло ощущение неловкости от того, что я столько лет работаю (и где – в федеральном центре с мировой известностью!), берусь лечить людей и ничего не знаю о таких фундаментальных вещах.

Проверять все на себе

И я стала проверять все, о чем читала, на себе, на родственниках и друзьях. Благо их у меня много, и каждый с доверием откликался на мои инициативы: охотно подставляли свои спины, руки, ноги.

И действительно, мы начали получать совершенно удивительные результаты. Порой за один сеанс удавалось убрать боль, с которой мы до этого бились не один месяц, а то и не один год.

Вот тогда новая тема захватила меня всерьез. Найти труды Джанет Тревелл в полном объеме было очень трудно. Сначала читала отдельные статьи на английском языке.

Потом небольшим тиражом, всего 15 тысяч экземпляров, появился перевод книги «Мио-фасциальные боли» на русский язык, и мне удалось его добыть. Началась совершенно другая жизнь!

Я читала книгу Тревелл взахлеб, как любовный роман, после работы по ночам, а утром бежала в свои палаты – пробовать новую методику.

В нашем отделении был отличный коллектив более чем из 50 сотрудников. И все наработки и варианты лечения мы проверяли друг на друге. Случаи были разные.

Часто вспоминаем, как Любовь Леонидовна Иванова (тогда она работала в одном корпусе со мной, а теперь Любовь Леонидовна – доктор нашей курганской клиники) убирала мне первый триггер.

– Люба, помнишь? Ты делала это так усердно, что у меня потом «дырка» на коже образовалась? – говорю я ей.

Было и больно, и смешно одновременно. Но зато тогда мы поняли, что всухую работать неправильно, и начали искать подходящие для этой задачи кремы и мази.

– Сначала проверь на себе, затем – на близких, убедись в результатах и только потом иди к пациенту, – так я говорю всем своим сотрудникам.

И сама, конечно же, по сей день следуя этому принципу.

Ошибиться и поменять подход

Конечно, бывали и ошибки при лечении. Например, человек приходил ко мне с жалобами на боль между лопатками. На приеме я проверяла и видела: вот оно – напряжение в мышцах, вот – триггеры. И работала со спиной.

Человеку становилось лучше. Он благодарил и уходил, но... через полгода возвращался снова с той же проблемой. Я опять расправляла зажимы, и ему снова становилось хорошо. Правда, теперь уже только на 1–2 месяца. Со временем пациент приходил ко мне все чаще и чаще, после чего мой подход совсем переставал ему помогать.

Тогда я не понимала, что есть мышцы-антагонисты, которые пытаются компенсировать нарушенную геометрию тела. Если триггеры возникли в разгибателях, то они вторичны, и в первую очередь нужно обращать внимание на противоположные им по функции мышцы. Иными словами, при болях между лопатками (мышцы-разгибатели) я должна была расправлять и растягивать грудные мышцы (сгибатели).

Со временем я осознала, что при всех подобных проблемах нужно не массировать спинку, расслабляя мышцы, которые сражались за сохранение геометрии тела, а менять «порочную» геометрию тела целиком.

В результате таких открытий мне стало ясно, что происходило с моими бабушками и прабабушками, когда с годами их тело пригибалось к земле. Тяжелый физический труд приводил к спрессовке мышечных цепей, которые вплетаются в позвоночник спереди. Естественно, в противовес этому никто их не растягивал. Укорочение сгибателей способствовало наклону тела вперед. К этому присоединялось опущение органов, согбенная поза усугублялась, нарастали боли в спине. Вместо воды – чай с карамелечкой, плюс – гипотензивные препараты (понижающие артериальное давление) с мочегонным эффектом. В итоге – глобальная «засуха» соединительной ткани. Не исключаю, что и дефектный позвонок был ни при чем!

Кстати, благодаря работе с мышцами, которую я провела, опираясь на новые методы, сейчас мне удастся жить полноценно, не вспоминая про свою «отягощенную наследственность».

В свои 60 я чувствую себя намного лучше, чем в 30–35 лет. Тело никогда не приносило столько радости. И это не просто отсутствие боли, а гибкость, которая не ощущалась в молодые годы, легкость походки, желание побежать. Но если бы я следовала стандартному подходу массовой медицины, достичь этого было бы невозможно. И таких положительных примеров в моем окружении превеликое множество.

В разработке нашего метода и в закреплении результатов очень пригодился многолетний опыт по лечебной физкультуре. Теперь мы использовали прикладные знания, опираясь на новый подход и избегая прошлых ошибок.

Потрясающие результаты работы с мягкими тканями все чаще подталкивали нас к мысли: «Давайте попробуем совсем без блокад и без лекарств!» Пробовали. Раз, два, много раз – получалось.

Сегодня из 100 пациентов мы можем одному назначить короткий трех-пятидневный курс медикаментов только для того, чтобы включить человека в лечебный процесс. В принципе, мы сторонники лечения без использования фармпрепаратов.

Рабочая атмосфера

Прокладывая новый путь во врачевании, я успела застать время, когда в федеральной клинике еще чтислись традиции советской медицины и поддерживалось творчество. В лечении главным по-прежнему было правило «не бывает двух одинаковых больных», а хорошим результатом считалось расставание пациента с болью и его возвращение к труду.

Это были замечательные условия для освоения на практике полученной информации, и я погрузилась в процесс, что называется, с головой. Днем работала в отделении, вечером приходила домой и вставала к кушетке – труд до ночи. Не сидела сложа руки и в выходные, да и отпуск брала для того, чтобы работать.

Коллеги к моему новаторству относились по-разному. С воодушевлением и трепетом я делилась с ними всем новым, приносила с трудом добытые материалы: «Берите, читайте!» А когда у меня на несколько месяцев вперед начала выстраиваться на прием очередь из больных, была готова поделиться и пациентами. Среди коллег были те, кто влюбился в эту тему, они до сих пор в нашей команде.

Но были и другие – кому новаторские подходы оказались неинтересны. «Я вам не массажистка, чтобы руками работать», – заявила мне врач, которая пришла в наше отделение после расформирования одного из параллельных подразделений. Работала у нас еще одна доктор, которая руки из кармашков халата не вынимала, когда совершала обход. Ее общение с больным заключалось в том, чтобы посмотреть на снимки и назначить шаблонный набор препаратов и электропроцедур. С ее слов, она «обесточивалась», прикасаясь к пациенту, а общение с компьютером, напротив, приносило ей удовлетворение.

Пациенты однозначно испытывали восторг. Они были готовы пропустить физиопроцедуры, отказаться от капельницы и хотя бы на несколько минут оказаться под моими руками.

Руководители клиники поначалу просто наблюдали, чем я занимаюсь и что у меня получается, а потом начали и сами приводить знакомых: «Вот, давай полечи: это наш губернатор, а это – директор завода».

Глава 7. Диссертация

К 2000 году у меня накопилось достаточно историй лечения и благополучного выздоровления благодаря новому подходу. Работа с триггерными точками приносила красивые результаты, и я решила обобщить свои наработки в диссертационном исследовании.

В отличие от большинства научных работ, посвященных вопросам оперативного лечения опорно-двигательного аппарата, свою я решила посвятить оздоровлению мягких тканей. Как позже прозвучало на защите, моя научная работа была пионерской и революционной. Во-первых, потому, что этой теме уделялось очень мало внимания – как во время обучения студентов, так и в процессе врачебной практики. А во-вторых, сам подход к лечению принципиально отличался от традиционного.

Я озвучила свою тему на научном совете и вызвала большой интерес у коллег и руководства. Думаю, отчасти это событие, а также хороший опыт, который был у меня за плечами (многие сотрудники успели прочувствовать результативность нового метода на себе), послужили тому, что меня назначили заведовать отделением реабилитации, где я к тому времени проработала уже 13 лет.

Расширение полномочий помогло мне в подготовке научной работы, потому что к исследованию я могла подключить весь коллектив. На протяжении четырех лет мы кропотливо и тщательно собирали и обобщали материалы, чтобы внести достойную лепту в теорию и практику отечественной медицины.

Как я познакомилась с командой «КАМАЗ-Мастер»

В 2002 году, в период, когда я работала над диссертацией, ко мне за врачебной помощью обратился Семен Семенович Якубов. С 1976 года он занимал должность заместителя генерального директора завода «КАМАЗ», а в 1988 году основал российскую автогоночную команду «КАМАЗ-Мастер». К моменту нашего знакомства Семен Якубов был чемпионом России по ралли-рейдам, двукратным обладателем Кубка Мира и многократным победителем международного ралли «Дакар».

Во время очередных спортивных состязаний он сильно травмировал плечевой сустав. Ему диагностировали плечелопаточный периартроз – надрывы, контузии, стойкий спазм тканей, окружающих плечевой сустав и шейный отдел позвоночного столба.

Семен Семенович пытался лечиться в России, во Франции, в Германии, в Израиле. Но все врачи твердили одно и то же: «Это не лечится. Забудьте про спорт. Подвесьте больную руку на косыночную повязку, обезболивайте плечо всеми доступными способами, и – к камину!»

Только представьте, что значит такой приговор для волевого мужчины, лидера автоспорта, которому всего 55 лет и которого знает весь мир!

Если бы я услышала о таком диагнозе в первые годы своей работы, то сказала бы этому человеку то же самое: его болезнь вылечить нельзя – тогда я была солидарна с медицинским сообществом.

Но теперь мне, владеющей другими приемами помощи, стало очевидно, что тактика щажения (обездвиживания) сустава и стандартного использования гормональных блокад лишь усугубляет патологический процесс. Более того, мы с коллегами понимали, что такому суставу нужен не покой: его необходимо разрабатывать, высвобождая из мышечных тисков.

Боль у Семена накануне нашей встречи нарастала и стала невыносимой. Плечо ломало круглосуточно, а от попытки пошевелить им мужчина был на грани потери сознания. Вместо сна он «нянчился» с рукой, как с больным ребенком. В таком состоянии знаменитый спортсмен и приехал в Курган по совету знакомых.

У меня не было свободной записи на тот день, и я предложила Семену Семеновичу приехать к нам домой после приема всех пациентов, в девять вечера.

С порога он сразу сказал:

– Я, к сожалению, ограничен во времени – генеральный директор отпустил меня всего на пять дней. Поэтому поработать получится только четыре раза, и на пятый день с утра я улетаю.

На все ближайшие дни у меня была полная запись, поэтому мы условились, что будем встречаться поздно вечером, после приема всех записанных пациентов.

Оказалось, что Семен Якубов тоже родом из Кургана. До переезда в Челны он окончил Курганский машиностроительный институт и работал на машиностроительном заводе, возглавляя цех, выпускающий технику для оборонной промышленности. Получилось, что лечиться он приехал буквально на свою малую родину.

– Семен Семенович, – сразу предупредила я его, – мы имеем дело с ригидной тканью, поэтому может быть прилично больно. Останавливайте меня, если стану «грубить» с болевыми ощущениями, – сказала я и начала методично расправлять закоксовавшиеся ткани.

– Ирочка, все в порядке, работай на результат, – заверил мой звездный пациент.

Намного позже Семен признался, что в тот момент думал только о том, как бы выдержать такое испытание и не потерять лицо. «Это вытерпеть нереально. Сейчас я выйду и больше никогда к этой барышне не вернусь», – таковы были его мысли.

После сеанса пациент сказал:

– Я пойду домой, послушаю организм. И, если что, наберу тебе завтра.

Но буквально через пару минут после того, как мы расстались, случилось неожиданное. Выходя из подъезда, Семен Семенович, не задумываясь, со всей силы толкнул рукой тяжелую металлическую дверь. Той самой, левой, которая не работала уже несколько месяцев. И боли не было! Он настолько поразился, что тут же позвонил в домофон:

– Ира, записывай меня на завтра, послезавтра и послепослезавтра. А в день отъезда приду к тебе перед самолетом, в пять утра!

Мы провели пять сеансов, по их истечении рука стала подниматься достаточно высоко, ночные боли отступили. Прошло еще две недели – пациент продолжал самостоятельно разрабатывать руку дома в Челнах, выполняя упражнения, которые я ему показала.

Результаты так воодушевили спортсмена, что он позвонил мне со словами:

– Ира, переезжай в Набережные Челны, будешь врачом нашей команды. Мои ребята очень нуждаются в твоей помощи.

– К сожалению, не могу, Семен Семенович, у меня другие планы, – ответила я. Тогда у меня уже были предпосылки к открытию клиники в Кургане.

– Тогда хотя бы приезжай, чтобы подготовить нас к «Дакару».

Вскоре я приехала в Набережные Челны, познакомилась с легендами автоспорта, поработала с ними. Затем съездила с командой на 4-й этап Кубка мира в ОАЭ. В конце 2006 года команда добилась разрешения на участие врача в ралли «Дакар» и даже купила домик на колесах с кондиционером и всеми условиями. «Поехали с нами, тебе будет комфортно», – позволил мне Семен Семенович. Но я отказалась.

В моей жизни тогда появился Андрей – мой генерал (в прямом и переносном смысле) из Тюмени, который, оставив все, переехал в наш небольшой город. Мы готовились к нашему первому совместному Новому году, и я не могла убежать от него на целый месяц (старт ралли был назначен на 1 января).

«Если ты меняешь 25 чемпионов мира на одного Андрея, значит, это серьезный парень!» – пошутил тогда Якубов. К слову, и теперь, спустя столько лет, мы дружим с Семеном и его потрясающей супругой Олечкой, вместе проводим отпуск.

Немного о большом спорте

В нашей клинике мы регулярно работаем с профессиональными спортсменами, в том числе из травмоопасных видов спорта: с борцами, самбистами, представителями автоспорта. С командой «КАМАЗ-Мастер» мы дружим более 20 лет, сегодня это наши официальные партнеры. Кто-то из экипажа приезжал ко мне в Курган, с кем-то работала в Набережных Челнах, когда была там в командировке. Мы восстанавливаем ребят после серьезных повреждений и готовим их к очередным состязаниям.

Разговор о спорте я начала в четвертой главе этой книги – о неоднозначности спортивных тренировок и о важности совместной работы врача и тренера. Сейчас скажу более категорично, потому что наблюдаю многочисленные травмы и работаю порой с очень тяжелыми случаями. Серьезный спорт – это точно не про здоровье, это – про результат и, как правило, любой ценой. Частые изнуряющие тренировки не оставляют времени для реабилитации тканей. В итоге включаются ресурсы, предназначенные исключительно для экстремальных ситуаций, из организма методично выжимаются все резервы. Игнорируются травмы, не выделяется достаточно времени для надежного восстановления пострадавших мышц, костей, суставов и органов. Накануне состязаний их обезболивают и вновь подвергают испытаниям.

Помню, работала с одним известным футболистом и играющим тренером. Не стану называть его фамилии. Он рассказал, что начал играть, гонять мяч, когда был еще подростком, и часто травмировал мениски. В итоге для быстрого возвращения в строй ему удалили поочередно все: и внутренние, и наружные. Мениски – это специальные природные вкладыши, защищающие суставные поверхности от разрушения. Их удаление негативно сказалось на костной структуре. Вследствие возросших перегрузок кости в районе суставов у мужчины после 40 лет начали ломаться даже от незначительных травматизаций.

Поэтому для сохранения генетического запаса прочности я рекомендую не спорт, а регулярные корректные нагрузки с определенными интервалами, подобранные с учетом телосложения и физиологических особенностей человека.

Часто сравниваю организм человека с автомобилем. Машина, которая эксплуатируется разумно, то есть предварительно разогревается и лишь потом трогается с места, заправляется качественным топливом, проходит плановые технические осмотры, не ломается и служит долго. Пусть так же долго служит вам и ваше тело.

Официальная защита нового метода

К 2004 году моя диссертация была готова. Это результат труда не только нашего отделения, но и научных лабораторий: с подробными исследованиями в динамике и убедительными объективными оцифрованными результатами.

По диссертационному исследованию у меня проходило 100 пациентов, в том числе с тяжелой патологией (в стационар, как правило, госпитализировали сложных, запущенных больных, с которыми не справлялось амбулаторное звено). Благодаря методике, которую я описывала подробно в диссертации, мы достигли высоких показателей выздоровления. При этом 16 из 100 пациентов (среди них – больные с диагнозом «плечелопаточный периартроз в сочетании с шейным остеохондрозом», мощнейшей контрактурой сустава и грыжами дисков) были восстановлены без единой таблетки и блокад. Хотя многие коллеги советовали подключить к их лечению медикаменты – и снова не могу не вспомнить с благодарностью возможность в то время обойти соблюдение стандартов.

По окончании исследования мы с коллегами подсчитали примерную стоимость лечения для одного пациента. Сравнили контрольную группу, которую лечили стандартно, и группу, проходившую по диссертационному исследованию.

И в результате получилось, что в нашем отделении при лечении этой патологии сумма, потраченная на лекарства, уменьшилась в пять раз! Безусловно, такие результаты заслуживали внимания.

Официальным оппонентом на защите моей диссертации был доктор медицинских наук Константин Сергеевич Сергеев – в настоящее время заведующий кафедрой травматологии и ортопедии в Тюменском медуниверситете. Меня предупредили, что он весьма строг, и я его побаивалась.

Мою работу Константину Сергеевичу отправили на рассмотрение заранее. Исследование его очень заинтересовало, и за три недели до защиты он обратился ко мне с предложением. В то время он лечил пациентку с двумя грыжами в шейном отделе, но болезнь не отступала – женщина страдала от нарастающих упорных болей и уже не могла спать по ночам.

Доктор Сергеев полуслутом предложил:

– Я отправлю к тебе на лечение эту женщину. Если твои методы помогут и до защиты ей станет легче, то я буду довольно лояльным оппонентом. А если нет, у меня будут основания усомниться в результативности предлагаемого подхода.

– Константин Сергеевич, – ответила я, – у меня ведь все равно нет выбора. Пусть приезжает, постараюсь помочь!

В ближайший понедельник женщина поступила в наше отделение. Я сама поработала с ней, потом присоединились инструктор и массажист. Первые результаты не заставили себя долго ждать. Уже в четверг пациентка спала до утра без болевых атак. В пятницу муж приехал за ней, чтобы забрать на выходные, увидел жену совсем другой, с блестящими глазами – такой, какой она была до болезни. Его эмоции трудно передать словами.

К слову, когда в 2012 году мы открывали клинику в Тюмени, эта женщина пришла к нам и сказала, что последние восемь лет ее ничего не беспокоило. Она случайно прочла в прессе об открытии нашего тюменского филиала и просто пришла поздравить и поблагодарить судьбу за знакомство.

Моя защита прошла на одном дыхании. Члены ученого совета были из разных регионов страны. Кто-то к тому времени уже успел ощутить на своем теле особенности нашего экологичного подхода, а кто-то впервые слышал термин «триггерные точки». В начале моего доклада в зале воцарилась тишина. Я чувствовала настороженность и недоверие к принципиально новому подходу. Потом начались вопросы «на глубину знаний». А у меня было чем

поделиться, я врач-практик. И мне хотелось побольше вопросов. И понеслось! Демонстрация результатов окончательно разрушила все барьеры изначальной предвзятости, появился азарт. Возникли вопросы о персональных проблемах ученых мужей, связанных с собственным здоровьем. Традиционный банкет после защиты плавно перешел в консультативный прием: наутро многие улетали, уезжали и до отъезда хотели услышать мнение о своих погрешностях в здоровье. Мой подход к лечению опорно-двигательного аппарата назвали революционным. Доктор Сергеев стал относиться к моей методике с уважением, и мы до сих пор поддерживаем профессиональную дружбу.

Недавно я принимала участие в медицинской конференции в Тюмени. Один из ее участников, тюменский травматолог-ортопед, заведующий отделением реабилитации, в своем выступлении сделал вывод: «Не буду скрывать, коллеги, я очень сомневаюсь в необходимости назначать лечебную физкультуру. И когда мы укрепляем мышечный корсет, и когда растягиваем, все равно в итоге сталкиваемся с поломкой».

Конечно, мне было что сказать в ответ на это утверждение, я подняла руку, и Константин Сергеевич, который руководил заседанием, дал мне слово:

– Ирина Геннадьевна, мы с вами давно знакомы, я прекрасно знаю, чем вы занимаетесь. А вот коллегам будет интересно услышать ваше видение проблемы.

И я рассказала о своем опыте «набивания шишек», о подводных камнях, которые мешают при восстановлении тела. Показала наши результаты: как пациенты с артрозами, синовитами, проблемами позвоночника исходно с трудом передвигаются по ровной поверхности, опираясь на костыли и трости, а спустя некоторое время буквально летают по лестницам, копают землю лопатой, уверенно опираясь на больную ногу. Свои утверждения аргументировала, продемонстрировав динамику на фото, видео, снимках МРТ: на них было видно, как за 2–3 месяца без медикаментов, пункций и операций растворяются крупные грыжи диска, уходит мощный отек сустава, восстанавливается объем движений.

Участники конференции были настолько ошеломлены, что по окончании мероприятия начали спрашивать, можно ли попасть ко мне на обучение, а травматолог-ортопед, отрицавший важность ЛФК, отдельно поблагодарил за столь важную информацию, ставшую для него настоящим открытием.

Глава 8. Первая клиника доктора Очеретиной

С тех пор, как мы начали внедрять новую методику, популярность нашего отделения реабилитации стала расти. Коечный фонд многократно расширяли, со временем количество коек увеличилось с 60 до 105, при этом очередь на госпитализацию составляла 3–4 месяца.

Основой нового подхода была персонализированная медицина ручной работы, основанная на обнаружении и устранении триггерных точек. Этот метод позволял отказываться от лекарств, а также избегать операций.

У нас появились знания и умения для выбора оптимального алгоритма действий, полезного для конкретного человека не только на сегодня, но и на отдаленную перспективу.

Не все коллеги были готовы встать к кушетке, чтобы в буквальном смысле приложить свои руки к работе. Но мы, горстка единомышленников, самоотверженно отстаивали традиции индивидуального и творческого подхода к терапии, максимально используя все возможности организма к самовосстановлению.

По велению судьбы

Лечить каждого пациента дома (оборудовали одну комнату под кабинет) после полного рабочего дня в стационаре и поликлинике становилось все сложнее. И многие тогда начали мне говорить, что пора уходить, открывать свою клинику и начинать работать по собственной методике. Но я все не решалась.

Не знаю, как скоро произошел бы мой выход «в самостоятельное плавание». У жизни свои законы, которые вольно или невольно помогли.

Вместе с большой известностью, которую приобрело наше подразделение, у руководства стало проявляться недовольство. Дело в том, что к нам на лечение напрямую приходили люди самых высоких чинов – от генералов до губернаторов. Регламент госпитализации не предполагал согласовывать оформление истории болезни с самым главным руководством Центра, да и когда нам было выяснять, кто какие погоны носит?! Мы ежемесячно госпитализировали 120 человек и столько же выписывали, нужно было успеть полноценно поработать с каждым.

Нашему генеральному директору такое положение дел не нравилось. Часто у нас происходили примерно такие диалоги:

– Вы стали слишком популярны, я уменьшу вашу популярность, – говорил он. – Заберу все тренажеры.

– У нас нет ни одного тренажера, – отвечала я. – Я уже столько служебных записок написала об этом. Мы голыми руками работаем.

– Тогда заберу массажные столы, – грозил он.

– Так у нас их тоже нет – мы на кушетках работаем, просто приварили к ним ножки, чтобы были повыше и чтобы у массажистов спина не болела, – поясняла я.

Такое отношение в ту пору неудивительно. Это была не только предвзятость руководителя учреждения к нам, но и влияние меняющейся в стране ситуации.

Финансирование Центра все больше стало зависеть не от результатов лечения, а от количества операций. Началось введение квот как гарантированной суммы, которую клинике перечисляет государство исключительно за прооперированных больных. При этом порой становилось не важно, насколько это оперативное вмешательство было целесообразно и необходимо.

Конечно, становилось немного страшно, когда ты видишь, что медицинских показаний к операции нет, а человека пугают пожизненными памперсами и инвалидной коляской, и он под таким давлением соглашается лечь под нож.

У нас нередко происходили такие ситуации: в отделение определяют пациента для подготовки к оперативному лечению. Многие из больных тогда проходили по диссертационным исследованиям, и до операции их тщательно обследовали, чтобы задокументировать исходные параметры в различных научных лабораториях.

Представьте, пациент чувствует себя плохо – по ночам от боли буквально на стены лезет. Мы же, зная уже, чем ему помочь, конечно, не могли стоять в стороне. Начали активно работать руками. И вот приходит время перевода пациента в оперирующее отделение, а он говорит хирургам: «Да вы что! Я уже спокойно хожу. Я тут еще попутно пообщался с теми, кто был прооперирован, да еще и неоднократно. Выводы сделал. Короче, от операции отказываюсь!»

Получается, мы невольно начали уменьшать количество оперативных вмешательств, которые могли быть щедро профинансированы по квоте. В то же время реабилитацию (нашу работу) Минздрав оплачивал очень скромно.

Коллеги из параллельных подразделений удивлялись предвзятому отношению высшего руководства к нам. Коллектив в отделении был очень дружный, работали всегда честно и качественно, пациенты считали за счастье попасть к нам на лечение. Казалось бы, какие могут быть поводы для недовольства? И лишь намного позже я осознала, почему мы так раздра-

жали директора: с переходом медицины на коммерческие рельсы для федерального центра наши результаты стали настоящей помехой в бизнесе. Ситуация накалялась, нужно было что-то менять.

Чтобы заниматься здоровьем «по-человечески»

В этот период судьба свела меня с Анатолием Васильевичем Черновым – генеральным директором и собственником крупного курганского завода «Корвет». Анатолий Васильевич был одним из первых пациентов, с которыми я работала по новой методике. Результаты оказались впечатляющими: удалось полностью отказаться от лекарственной зависимости, ушли рецидивы, во врачах он уже не нуждался. Мы с Черновым сохранили добрые отношения, иногда он посещал меня для профилактического осмотра.

Видя мое огорчение по поводу условий работы, которые становились все сложнее, он предложил:

– Давай откроем клинику, полностью завязанную на твоём подходе.

– Да у меня ни копейки за душой, – честно призналась я.

– А у меня копейка есть, но медицинских знаний нет. Здоровьем заниматься с годами хотелось бы по-человечески.

В итоге я согласилась, и Анатолий Васильевич показал мне двухэтажное здание бывшей заводской столовой. Место общественного питания перенесли в более просторное помещение, а в нашем распоряжении оказалось почти 2000 квадратных метров.

Началась работа с проектным институтом: нужно было, не ломая несущих стен, адаптировать имеющееся здание к требованиям СанПиН (утвержденные нормативы для медицинских учреждений). Шли подготовительные работы по реконструкции, подбору специальных нетоксичных и негорючих отделочных материалов (для клиник – особые требования), закупке необходимого оборудования.

В то время (в начале 2000-х) у Чернова, как и у многих курганских предпринимателей, случились проблемы с местными властями. Многие были вынуждены закрыться или расстаться со своим бизнесом. Завод Анатолия Васильевича выстоял, но из-за возникших сложностей открытие клиники пришлось отложить.

Он пригласил меня снова только в 2005 году, но посчитал нужным предостеречь:

– Ира, мы вынуждены заморозить часть проектов. Учитывая сложившуюся в области политическую ситуацию, не все готовы к дальнейшей совместной работе. Поэтому, пожалуйста, подумай и посоветуйся с семьей, чтобы решить – идешь ли ты со мной дальше. Я приму любое твоё решение.

Я уже знала, что скажут мои близкие, но для приличия согласилась подумать. Дома, как и ожидала, сказали: «Ну конечно, продолжай. Анатолий Васильевич – человек порядочный и надежный. С кем с кем, а с ним точно можно идти по жизни вдолгую».

Время до завершения строительства пролетело быстро, и в 2007 году, спустя ровно 20 лет работы в Центре Илизарова, я написала заявление об увольнении.

Главный врач Центра Илизарова, профессор Александр Тимофеевич Худяев (он был всего на пару лет старше меня) сказал мне тогда:

– Слушай, я бы не решился. Совмещать – еще куда ни шло, но вот уйти из федерального центра, с хорошей должности...

– Совмещать не получится, – ответила я ему. – Я должна буквально жить там, чтобы обеспечить работой всех сотрудников, заработать на аренду, коммуналку и зарплату. Меня в городе хорошо знают, а вот моих ребят – пока нет.

– Да, смелая ты барышня, – покачал головой коллега, пожелал удачи и подписал мое заявление.

Потом я решила попрощаться с генеральным директором Центра. За все годы работы под его руководством в душе накопился неприятный осадок от нашего общения, поэтому я

долго не могла решиться на этот визит. И хотя такой шаг являлся формальностью – документы были у меня на руках и можно было уходить, я понимала, что должна это сделать.

Пришла за советом к старшему сыну.

– Дима, ты же у меня умный. Высшее руководство нас постоянно критиковало, причем непонятно за что. На самом деле мы буквально пахали, обеспечивали четверть выписки всего Центра. Как мне правильно попрощаться? Что сказать напоследок?

– Мама, жизненные уроки ведь бывают не только позитивными. Правильно?

– Правильно.

– Тебе преподали негативный урок. Соответственно, ты будешь другим руководителем – постарайся быть взвешенной и справедливой. Так что поблагодари за опыт.

Я последовала мудрому совету сына: поблагодарила руководителя за опыт. И вступила на свою новую дорогу.

Для благого дела всегда зеленый свет

Первый год работа шла очень хорошо. Анатолий Васильевич оплачивал половину стоимости лечения всем работникам завода, нуждающимся в терапии, а остальное они платили сами, в рассрочку. Желающих подлечиться было так много, и запись была такой плотной, что посторонние посетители к нам даже не могли попасть.

Потом ударил кризис 2008 года. Чернов был вынужден отменить для своих сотрудников социальные программы. И теперь, вместо полной заполняемости клиники, мы принимали по одному-два пациента в день.

Понятно, что в первую очередь нужно было выдавать зарплату сотрудникам, а себе – потом, если останется. Пришло непростое время. Но мы выстояли и даже сохранили команду, а чуть позже, когда кризис закончился и бизнес успел окрепнуть, стали расширяться.

В 2012 году компания моего мужа переезжала из арендованного офиса в центре Тюмени. Освобождалось 120 квадратов по вполне комфортной арендной стоимости и с адекватным арендодателем. К тому же сразу две наших курганских сотрудницы собирались в тот момент переезжать из Кургана в Тюмень.

Мой сын Павел, который пошел по моим стопам, к тому времени уже окончил медакадемию, стал врачом ЛФК и спортивной медицины. Учась в вузе, он одновременно работал массажистом в крупной тюменской фитнес-студии. Местные «випы» хорошо его знали и ценили. Павел решил объединить опытные кадры и открыть филиал нашего центра на месте бывшего офиса. Позже он стал главным врачом тюменских клиник, но ключевым аспектом его практики осталась медицина ручной работы.

Позже открылись наши филиалы в Москве, Санкт-Петербурге, Казани.

Насколько полезна аппаратная физиотерапия?

В этой главе остановимся на некоторых аспектах распространенных подходов к лечению.

Когда к нам приходят врачи, желающие уволиться из другой частной клиники, они, как правило, удивляются: «Так странно, у вас устроено все совсем по-другому, у вас нет плана продаж». Это действительно отличает наш центр от других медицинских учреждений.

Сегодня в большинстве частных клиник врач зарабатывает за счет назначения большого количества обследований и максимальной эксплуатации физиотерапевтической аппаратуры, имеющейся в данной клинике.

Врачей берут на условиях символической гарантированной зарплаты. И если доктор хочет зарабатывать больше, то он должен назначать пациенту дополнительные платные услуги. При этом не всегда берется во внимание их необходимость.

В нашей курганской клинике есть целое физиотерапевтическое отделение. Когда мы оснащали свой первый центр, были закуплены установки для вытяжения позвоночника с программным управлением, столы для роликового и вакуумного массажа, аппаратура для электрофореза, лазеротерапии, ультразвук, гидромассажная ванна и сухая углекислая, душ Шарко.

Можно было бы «навешивать» все это к минимальному, экологичному набору терапевтических мероприятий и «отбивать» стоимость оборудования и регулярных техосмотров (это обязательное условие эксплуатации).

Но оборудование так и стоит практически нетронутое. Раз в месяц сервисные специалисты приходят, чтобы сделать проверку и поставить подпись в соответствующем журнале, и уходят со словами: «И что тут проверять, если у вас все новенькое?»

Такая аппаратура у нас обычно простаивает, потому что крайне редко назначаем пациентам процедуры с их использованием. Если видим, что нужно просто убрать мышечные тиски, то сосредоточиваемся именно на этом. Задействуем ручную проработку и растяжку руками инструктора. Конечно, выгоднее использовать вытяжной стол. Но зачастую это травмоопасно, да и возможности механических «вытяжек» сильно ограничены: технически невозможно аппаратом потянуть мышцы, имеющие горизонтально расположенные волокна, идущие в косых направлениях.

Лечение в наших центрах не про бизнес, это – про здоровье, а оно любит предельно корректное отношение: ничего лишнего.

Но пару раз в году аппараты и приборы все же могут пригодиться. Например, мы можем назначить кольцевые магниты после перелома, чтобы уменьшить посттравматический отек ноги. Или, если у человека контузило нервный ствол и «подвисает стопа», порекомендуем многоканальную электростимуляцию. Но эти исключения лишь подтверждают правило. В основном мы имеем дело с такими диагнозами, как сколиоз, остеохондроз, грыжи диска, артроз, – при таких заболеваниях лечение аппаратами несет потенциальную опасность. При перечисленной патологии, как правило, имеет место большое количество триггерных точек. Они обычно негативно реагируют на электролечение, переходя из латентной (спящей) стадии в активную (болеву).

О воздействии на организм электрического тока я говорила еще лет 20 назад с главным травматологом Свердловской области, профессором Андреем Александровичем Герасимовым. Он тогда изобрел аппарат для внутритканевой электростимуляции с двумя электродами: один в форме пластины, а другим служила игла. Доктор хотел выступить с презентацией этого прибора в Нью-Йорке и Европе. Даже нашел спонсоров, согласившихся оплатить его поездки. Но оказалось, что для зарубежных медиков это неактуально.

– За границей якобы запретили электролечение, – рассказывал Андрей Александрович. – Физиопроцедур там больше нет. Нейрофизиологи напоминают, что каждая клетка челове-

ского организма – это диполь: она имеет полюс положительный и полюс отрицательный. Клетки располагаются друг относительно друга по законам физиологии в разных векторах – именно так, как комфортно организму для нормальной жизнедеятельности. И когда мы пропускаем по тканям ток, то невольно выстраиваем клеточные структуры «по линейке». А это будто бы рвет межклеточные связи и приводит к новым заболеваниям.

– Андрей Александрович, а почему же у нас все это еще не отменили? – удивилась я.

– Ну, если у нас еще и физиопроцедуры отменить, то чем тогда лечить? Останутся только обезболивающие и блокады.

Не знаю, насколько верна информация про нарушения, спровоцированные электролечением. Возможно, это очередная уловка фармбизнеса: устранение потенциального конкурента. Как знать...

Так ли уж всесильна МРТ?

При лечении заболеваний опорно-двигательной системы многие, особенно молодые врачи, советуют практически каждому пациенту: «Обязательно сделайте МРТ!» И в постановке диагноза в первую очередь опираются на эти показатели. Но я с таким подходом не согласна.

Можно, например, среди снимков найти идентичные результаты МРТ (допустим, поясничного отдела позвоночника) двух разных людей. Но при этом один из пациентов будет инвалидом-колясочником первой группы, а второй – действующим чемпионом мира, пришедшим на профосмотр.

Кроме того, в исследовании при помощи аппаратов есть технические нюансы, из-за которых реальная ситуация может остаться нераскрытой. Поделюсь примером. Как-то направила на МРТ пациента с подозрением на грыжу диска. На это указывали все симптомы: боли в пояснично-крестцовом отделе с иррадиацией в ногу, отсутствие коленного рефлекса, снижение чувствительности в зоне ответственности нервного ствола, выходящего на уровне сегмента L4–5, снижение мышечной силы разгибателей стопы. Но, к моему удивлению, в заключении МРТ было написано: «Протрузия L4–5 4 миллиметра без признаков компрессии...»

Пошла к заведующей отделением рентгенологии, поделилась своими сомнениями, и они взяли пациента на обследование повторно. В результате все-таки нашли грыжу диска L4–5 9 миллиметров, грыжу диска L5-S1 5 миллиметров, протрузии L2–3, L3–4. Как такое может быть?

Благодаря этому случаю и разъяснениям рентгенолога я узнала, что обычное МРТ-исследование проводится по заданной программе: послойные «срезы» позвоночного столба с шагом в 5 миллиметров. Для большей понятности можете представить себе сыр с дырками разного размера (прошу прощения за такое сравнение). Если поместить его в фиксирующее устройство и разрезать на пластины толщиной 5 миллиметров, то на срезе будут видны дырочки. Но очевидно, что в эти срезы какие-то дырочки могут не попасть или разрез будет в том месте, где диаметр дырки меньше, чем на самом деле.

Так получилось и с нашим пациентом. Доктор поменяла настройки аппарата и сделала нестандартные «срезы» позвоночника, с шагом уже 2 миллиметра. И – о чудо! Мы увидели «картинку», которая сильно отличалась от первой, но полностью перекликалась с клиническими проявлениями.

Этот принцип распространяется и на трактовку размеров гемангиом. Тем более когда в направлениях – ни в первом, ни во втором – не указана задача для рентгенолога (допустим: исследовать тело позвонка такого-то для уточнения размеров гемангиомы).

Поэтому я призываю коллег не заменять клиническое обследование «фотографиями», тем более в стороннем стандартном исполнении. Гораздо важнее провести грамотный осмотр, полноценную пальпацию (диагностику руками), проверить рефлексы и чувствительность, оценить полученные данные в совокупности. И для их подтверждения при необходимости назначить максимально информативное дообследование.

Помню, как пациент пришел на прием с результатами МРТ поясницы. У него были выявлены две небольшие протрузии. По месту жительства в течение полугода безуспешно лечился с диагнозом «остеохондроз». Правда, пациента беспокоила не боль, а прогрессирующая слабость в ногах. На момент осмотра он уже не мог перешагнуть через порог. При осмотре выявила значительное снижение чувствительности от мечевидного отростка грудины и ниже. Такая картина характерна для сдавления спинного мозга в грудном отделе. Поясница здесь ни при чем. И с такой МРТ поясницы (почти идеальной для 62 лет) у человека в скором времени, при отсутствии адекватных действий, может отказаться все, что находится ниже места сдавления.

Направила его на МРТ, но уже грудного отдела – выявлена крупная доброкачественная опухоль. Была выполнена нейрохирургическая операция, затем он прошел послеоперационную реабилитацию в нашей клинике. В итоге человек здоров!

Кроме того, всегда важно помнить, что томография не такое безобидное исследование, каким может показаться. Когда только появилась КТ, мы, доктора, очень радовались тому, что организм человека можно, фигурально выражаясь, «порезать» послойно и посмотреть детально. Позже мы узнали, что компьютерная томография одного только отдела позвоночника – например, поясницы или шеи – по силе излучения не уступает 60 рентгеновским снимкам. Облучение угнетает местный иммунитет и может негативно сказаться на организме в целом.

Когда появилась МРТ, о ней говорили: «Это безопасно». Но со временем мне на глаза стали попадаться публикации европейских коллег, которые считают, что регулярное прохождение магнитно-резонансного томографа может провоцировать онкологические заболевания. И если подумать, то такие заявления не беспочвенны.

Любая клетка человеческого организма, как мы уже отмечали, – диполь. Их оптимальное расположение друг относительно друга при меняющихся внешних условиях – это вариант приспособления и выживания. МРТ-исследование предполагает воздействие на организм магнитного поля очень высокой интенсивности. Недаром перед тем, как лечь «в трубу», вас просят извлечь из кармана связку ключей (иначе ее вырвет вместе с карманом и стремительно утащит в трубу). Противопоказанием является наличие металлоконструкций и металлических зубов (им тоже не устоять). Подвергая тело такому агрессивному воздействию, невозможно не разорвать устоявшиеся «мостики» между клеточными структурами. Чем аукнется такое вмешательство, тем более если оно повторяется регулярно, большой вопрос.

Работая врачом много лет, я отношусь к аппаратным методам исследования философски. МРТ, УЗИ, КТ, УЗДГ – вспомогательные средства, и нельзя подменять ими полноценный врачебный осмотр, во время которого доктор получает основную объективную информацию для постановки верного диагноза.

Глава 9. Правила, традиции и ответственность

Завершить биографическую часть своего повествования мне бы хотелось небольшим размышлением, посвященным медицине, профессии врача и отношению к здоровью самого человека.

Об изменениях в медицине

После ухода из государственной медицины я наблюдала, как тенденции в отечественном здравоохранении продолжали меняться. Государство все более щедро финансировало оперативную деятельность и все скромнее оплачивало койко-день консервативного лечения. Началось «перекраивание» коечного фонда в пользу оперирующих отделений и сокращение альтернативных направлений. Первым «пало» отделение физиотерапии. Вслед за ним не стало отделения лечебной физкультуры и массажа, в котором наблюдались недавно прооперированные пациенты. В завершение эпопеи закрыли и наше отделение реабилитации на 105 коек.

Сокращались ставки врачей и медсестер в стационарах и поликлиниках. Введение «медицинских стандартов» с годами все больше ухудшало ситуацию. Современного доктора на приеме ограничили во всем. На общение с пациентом отведено определенное время. Как правило, 15 минут. А в период обострения респираторных инфекций за это время нужно изловчиться и принять двух или трех пациентов.

Поставьте себя на место такого врача. Главная его задача – стремительно провести мозговой шторм (или, напротив, не особо вникать в ситуацию), выбрать из перечня стандартного набора диагнозов более или менее подходящий и затем прописать соответствующий ему, утвержденный чиновниками от медицины, набор лекарств. Все. Следующий!

Отклонение от навязанного свыше протокола наказывается, равно как и ошибки при заполнении огромного количества документов и отчетов. Отсюда и работа «на скорость».

И вот печальный итог. Требования в медицине остались прежними – в карточке все так же пишут: «Тоны сердца ясные, ритм правильный, живот мягкий, безболезненный». А на деле пациента зачастую не осматривают и пишут эти слова лишь потому, что иначе накажут и фонд ОМС не оплатит прием.

Врач из Советского Союза

Сейчас я понимаю, что обучение в вузе было во многом не прикладным. Нам давалась очень большая сумма знаний, но как такое богатство применить, зачастую было непонятно. Много часов отводилось на историю партии, физику и высшую математику, философию и атеизм. Приходилось все выходные проводить в библиотеке, конспектируя труды вождя мирового пролетариата В. И. Ленина, учить наизусть повестки съездов КПСС и количество их участников. Да, перекосы присутствовали. И вместе с тем, если бы сегодня я должна была выбирать, поступать ли в медицинский или в другой вуз, то не задумываясь снова сделала бы то же самое.

Ведь в то время в вузе я получила глубокие фундаментальные знания, которые до сих пор помогают мне в работе. Вспомнить те же бесконечные часы в «анатомическом театре» и трупы, которые мы препарировали. Кроме того, у нас были прекрасные учебники – простые и понятные, написанные так, что информация легко усваивалась. А с какой ответственностью и энтузиазмом преподаватели передавали нам знания! Например, чтобы научить нас аускультировать (слушать фонендоскопом) пациента, они приносили в аудиторию и включали пластинку с записью: «Вот так звучит патологический тройной ритм сердечных сокращений – ритм “галопа”. А вот такие хрипы вы услышите при бронхите, а так звучит пневмония».

Нас учили тому, что диагноз – это сформулированная причина неблагополучия и руководство к дальнейшим действиям и что процесс врачевания начинается с большого желания разобраться в источнике недуга и помочь человеку. Такой подход к лечению, воспитанный в нас советской медициной, я считаю основополагающим в профессии.

Иногда мне звонят знакомые из других городов с просьбой о помощи:

- Что-то я так устал от кашля, не знаю, что с ним делать.
- Покашляй в трубку, – прошу я.
- У тебя ларингит, – говорю я уверенно.
- Как ты это понимаешь? – удивляется собеседник.
- Все просто: я – врач из Советского Союза!

Об ответственности

Считаю, что тему ответственности за здоровье пациента надо рассматривать всесторонне, не ограничиваясь юридическими аспектами.

Безусловно, на плечи тех, к кому люди приходят за помощью, возложены определенные обязательства. Слушая частые истории о безразличном или циничном отношении к страданиям человека, я соглашаюсь с утверждением: есть врачи, а есть люди в белых халатах. И если доктор понимает, что не может помочь даже самому себе, при этом не делает адекватных выводов и продолжает идти своим проторенным путем, ничего не меняя, то какой смысл предлагать такую же дорогу пациентам?!

Понимаю, что признаться себе в профессиональной несостоятельности сложно. Но для всех будет честнее, если такой врач проведет работу над ошибками и начнет искать выход из ситуации в другом направлении.

Однако не будем упускать из внимания и другую сторону темы – ответственность самого человека за здоровье.

Мой брат Юрий по образованию инженер, руководит холдингом. Много общается с людьми, анализирует. Как-то он сказал мне: «Я пришел к выводу, что каждый человек имеет такое здоровье и такого врача, которых он на этом этапе заслуживает». И я с братом согласна.

Бывает, человек, лежа на диване, пишет мне в чате раздраженно:

– Что вы мне рассказываете сказки? У меня болит поясница справа. Просто скажите, что делать, чтобы не болело: чем помазать, что выпить, а то уже ничего не помогает.

Но как можно объяснить человеку, что нужно сделать, если он банально не знает, что печень находится справа, а селезенка – слева, да и не хочет этого знать? Не хочет понять, что причин для такой боли – десятки. Отсутствие знаний, как и лень, точно не способствует здоровью.

Можно ли восстановить здоровье самостоятельно, погуглив и получив ответ в Интернете? На этот вопрос я отвечаю так: «Я езжу на хорошем автомобиле, но при этом ничего не понимаю в его устройстве. Смогу ли я его качественно починить в случае поломки? Разумеется, нет. Обращусь за помощью к тому, кто знает устройство машин лучше меня. Если же это станет невозможным, возьму литературу и начну обучение с азов».

Так и со здоровьем. Оптимальный алгоритм действий – диалоговое общение с профессионалами. О том, как выбрать врача, мы будем говорить дальше. Если же нет возможности найти хорошего доктора, начинайте постигать азы оздоровления организма самостоятельно – и в этом вам поможет книга.

Глава 10. Лечение в клинике доктора Очеретиной

Позвоночник

На Востоке позвоночник метафорически называют столбом жизни. И большинство заболеваний связывают с его неблагополучием. С этим трудно спорить. Ведь даже заболевания суставов не возникают без причины. Всегда в их основе – цепочка мягкотканых заторов, которая тянется от позвоночного столба, нарушая питание конечности. Не напрасно остеохондроз и артроз относят к группе дистрофических болезней.

Соответственно, попытка изолированно лечить коленный или тазобедренный сустав, рассматривая его проблему как автономную, не восстанавливая трофику, ведет, как правило, к хронизации и усугублению процесса.

Бывает, на прием приходит пациент:

– У меня болит колено, и ничего не помогает! – жалуется он.

Я прошу раздеться до нижнего белья (многие удивляются), оцениваю нарушения геометрии тела – это дает подсказку: почему страдает конкретный участок. Начинаю разбираться дальше и выявляю цепочку конкретных спрессовавшихся мышц и фасций, которая тянется от поясницы (в иных случаях от грудного или от шейного отдела). Конечно, локальное воздействие на сустав, которое, как правило, применяют врачи, не запускает восстановительные процессы – нужен кардинально другой подход. Необходимо выявить и устранить все мягкотканые препятствия на пути кровотока, иннервации, начиная от позвоночника.

Поэтому «столб жизни» – это во многом источник нашего здоровья, а его неблагополучие может являться причиной многих болезней.

Почему он начинает страдать? Это происходит из-за шаблонных нагрузок: одна и та же многочасовая поза, повторяющиеся движения, одинаковые нагрузки в спортзале.

В результате в регулярно эксплуатируемых мышцах формируются островки суперспазма – те самые триггерные точки, или «мышечные мозоли». Они «обязывают» мышцу к стойко-напряженному состоянию, и она в итоге превращается в круглосуточные тиски для межпозвонковых суставов и дисков, для сосудов и нервных стволов, для внутренних органов.

С этого момента стартуют прогрессирующие негативные процессы. И они длятся до той поры, пока руки специалистов и усердие самого пациента не позволят расстаться с такими заторами, восстановив полноценное питание пострадавших клеток. Важно сделать это как можно раньше, не доводя зажатые ткани до необратимых изменений.

Сколиоз бывает разный

Позвоночный столб задуман природой ровным, как мачта корабля.

При этом у него есть естественные физиологические искривления: прогиб кпереди в шее и пояснице называют лордозом, прогиб кзади в грудном отделе и крестцовой зоне – кифозом. Эти прогибы видны сбоку.

Бывает, что в этой проекции они слишком выражены. Особенно настораживает деформация грудного отдела, когда спина напоминает вопросительный знак. Во время приема врач может попросить пациента лечь на живот. Сутулость минимизировалась? Соответственно, она преимущественно мышечная. И это очень хорошо для позвоночника – значит, он пока не зафиксировался в порочной позиции, и работать с ним будет проще.

Если же на человека посмотреть со спины, то в норме позвоночник ровный. Его отклонения вправо или влево называют сколиотической дугой. Наличие стойкой деформации в этой плоскости называется сколиозом.

Существует четыре его степени.

И если на первых двух изменения не очень заметны, то при переходе в третью происходит откровенное штопорообразное (винтообразное) скручивание позвонков относительно друг друга. Появляется «реберный горб» – выбухание грудной клетки с одной стороны от позвоночника и западение ребер с противоположной.

Самая сложная – четвертая степень сколиоза. При ней могут подвергаться сдавлению и внутренние органы.

Причины сколиоза

Бывают врожденные аномалии – это физические особенности, которые возникают до рождения ребенка. Причина многих врожденных аномалий неизвестна, но инфекции, генетика и некоторые факторы окружающей среды повышают риск их возникновения.

Например, при врожденной аномалии позвоночника ребенок рождается уже с деформированным позвонком. В норме каждый позвонок по форме напоминает правильный куб, а у него он похож на скошенный кубик (трапецию или треугольник). Бывают дополнительные ребра, которые служат односторонней распоркой в грудной клетке. Иногда аномалий сразу несколько, и сколиотическая деформация предопределена. Но такие случаи очень редки, я сталкиваюсь с ними раз в 10 лет.

Чаще же причиной сколиоза становится некорректное взаимодействие скелетных мышц, которые определяют позицию тела в пространстве. Виновниками становятся шаблонно нагружаемые ткани. Если постоянно ходить в неудобной обуви, то на ноге образуется мозоль, а если постоянно нагружать мышцы только на одной стороне, в них появляется триггерная точка (мышечная мозоль). Образовался триггер – мышца укоротилась, и позвоночник «повело» в сторону.

Теория доктора Майерса говорит нам о том, что мышцы человека объединяются в длинные цепочки и не работают автономно, сами по себе.

Есть передние цепи – это мышцы-сгибатели, они проходят от макушки до стоп, а есть задние. И если человек регулярно сутулится, его передние мышцы постепенно укорачиваются и фиксируются в укороченном положении, а задние в этот момент вынуждены «распластываться» и фиксироваться в удлинённом положении. От этого их тонус нарушается, они становятся более вялыми, слабыми.

Бывают неодинаковы боковые линии, которые проходят от подмышек через таз и «по лампасам» – к стопам (правая и левая боковые линии в медицине называются латеральными). В этом случае в теле также возникают перекосы: плечи на разном уровне, треугольники талии не симметричны.

Нарушение взаимодействия спиральных линий способствует формированию скрученного таза, усугубляет штопорообразную деформацию позвоночного столба.

На приемах я крайне редко вижу гармонично устроенное тело. У кого-то есть незначительные погрешности, у кого-то – грубые, но, что интересно, – человек может даже не знать об этом. Он просто ощущает, что в организме непорядок. «Все болит, в правой ягодице стреляет, голова кружится, в ухе звенит», – жалуется женщина. Осматриваю ее и уточняю, нет ли «беспричинных» болей в животе, стойкой изжоги, и вижу неподдельное удивление. Вопрос в точку!

А причина всех недугов одна: покореженная геометрия тела. В проекцию многочисленных зажимов попали различные анатомические образования. Некоторые уже не выдержали и начали сигнализировать о своих проблемах. Попытка «разобщить организм», подлечиваться парал-

тельно у нескольких специалистов, каждый из которых назначит свой набор лекарств, – путь в тупик. Хорошо от этого будет лишь аптеке – там будет выполнен план продаж. Оптимальный вариант: выявить и расправить триггеры, устранить патологические фиксации тканей, освободить зажатые структуры. Все! У освобожденных клеток красивые перспективы.

Диагностика сколиоза у взрослых и детей

На приеме я нередко делаю фотографию пациентов сзади и сбоку. Это нужно для двух задач. Во-первых, чтобы человек увидел себя и свою геометрию со стороны. Во-вторых, показать на перспективу его близким, которые видят его чаще, чем я, – на что обратить внимание.

Увидев себя на фотографиях, многие взрослые сильно удивляются: они понятия не имели, что в теле есть такие «перекосы». И не узнали бы об этом, если бы боль не дала о себе знать.

На самом деле, смотреть на себя со стороны – хороший способ вовремя разглядеть негативные изменения. Помню, мы с моей знакомой ездили в Арабские Эмираты. Я тогда удивилась: в городе мы редко встречались, и у меня не было возможности заметить, что она передвигается, вся скукожившись. Сама она в тот день тоже случайно увидела себя в отражении витрины магазина и сказала: «Боже мой! Что это за тетка?» Для нее это стало хорошим стимулом, чтобы по возвращении в Россию заняться оздоровлением осанки. Результаты получились прекрасные!

Конечно, с нюансами деформации позвоночника должны разбираться доктора, но чтобы человеку понять, есть основания для беспокойства или нет, за основу нужно взять две фотографии – анфас (либо со спины) и в профиль. Полезно сравнить симметрию надплечий (зоны погон) и треугольников талии (просвет между контуром опущенной руки и красивым изгибом бедра). Если есть погрешности, асимметрии – обратиться к доктору.

Что касается диагностики сколиоза у детей, хочу начать с истории. Как-то я разговаривала со своей коллегой-неврологом. В ее обязанности входит прием ребят допризывного возраста в рамках медкомиссии. Доктор сказала: «Я наблюдаю этих детей с первого класса. Тогда у них были единичные триггерные точки. А сейчас, когда они оканчивают школу, мышечных мозолей у каждого множество». А ведь это – неизбежный путь к сколиозам. Если некоторые «веревочки» околопозвоночных мышц, накопившие триггеры, стали короче, спрессовались, то они станут сдерживать рост скелета в свою пользу. И он уже не сможет гармонично расти вверх. В этом случае потенциальный рост подростка трансформируется в деформации грудной клетки и самого позвоночного столба.

Есть ли возможность избежать этого? Да. И вот несколько советов.

1. Родителям нужно внимательно наблюдать за своими детьми, особенно в период их активного роста. В подростковом возрасте буквально за полгода достаточно ровная спина может деформироваться до третьей степени сколиоза. В этот момент мама кусает локти, не понимая, как же она упустила здоровье спины чада.

2. Нужно периодически проверять плечи ребенка: они должны быть на одном уровне. Если одно плечо выше или ниже или один «погончик» короче или длиннее другого – это должно насторожить.

3. Кроме того, есть треугольники талии, о которых говорилось выше. Они тоже должны быть симметричными, находиться на одном уровне.

4. Оценивать состояние позвоночника и сбоку. Для этого скажите ребенку: «Не старайся мне понравиться, не напрягайся. Просто встань, закрой глаза и стой, как тебе удобно». В этой позиции важно посмотреть, как расположена голова относительно плечевого пояса и таза. Если они друг над другом – очень хорошо. Но если шея и голова уезжают вперед, нужно срочно

исправлять: это путь не только к стойкой сутулости, но и к головокружениям, головной боли и к паническим атакам.

С детьми и подростками работать проще: они достаточно пластичны, еще не успели закрепить порочный двигательный стереотип. Им просто нужно немного грамотно помочь.

Лечение сколиоза

Меня очень огорчает формальный подход к лечению сколиоза, который сложился в последние десятилетия. В нем много коммерции и отсутствует персонализированное отношение к пациенту. По-прежнему назначаются шаблонные комплексы упражнений «при сколиозе», хотя две одинаковые ситуации при этой патологии найти довольно сложно. Да и выполнять упражнения без предварительной проработки триггерных точек и устранения патологических фиксаций опасно. Все так же назначается набойка под «короткую» ногу, хотя она на самом деле нормальной длины. Просто ее вместе с соответствующей половиной таза «приподняли» конкретные укороченные мышцы. Вот с ними бы докторам и успевать работать, но этому не учат: бизнес стелек и набоек проверенный, беспроигрышный. Процент от реализации никто не отменял. Еще выгоднее быть менеджером по продаже корсетов, и эта роль тоже отведена врачам. Тем более ребенок растет, фиксирующие устройства приходится менять. А бонус в размере заветных 10 % от прайса греет душу (стоимость – несколько десятков тысяч рублей). Вместо реальной работы с телом искривленное детское тельце фиксируют в жесткие конструкции, превращая скелетные мышцы в безжизненные «тряпочки». Несчастные ребята, лишенные детства, с болезненной потертостью кожных покровов рядом со строгой мамой, вызывающей к «дисциплине», – травмирующее зрелище. И маму тоже можно понять – ее запугал человек в белом халате. А у него своя правда: он зарабатывает на жизнь совершенно легальным способом, в соответствии со спущенными сверху стандартами. Его даже не обучали другим вариантам. Несмотря на отсутствие очевидных положительных результатов (они не в приоритете), в тактике ничего не меняется.

Также в официальной медицине принято считать, что при третьей и четвертой стадиях единственный способ изменить ось позвоночного столба – операция. Не могу согласиться. Да, работать со сколиозом, когда уже началась откровенная штопорообразная скрутка, не так легко. Но это не безнадежно, и исправить положение, не прибегая к операции, вполне реально. Даже у взрослых.

У меня есть очень показательная история. Однажды в нашу клинику обратилась женщина 64 лет с 3–4-й степенью сколиоза, с грубой деформацией грудной клетки. После базового курса она усердно занялась выполнением рекомендованных упражнений. За 10 месяцев сколиотические дуги у нее заметно уменьшились, а рост увеличился на 6,5 сантиметров. Вот какие резервы есть у нашего организма! И это после 60 лет!

Остеохондроз (ДДЗП)

Одним из наиболее распространенных заболеваний позвоночника является остеохондроз. Сейчас неврологи заменили это название на более современное и солидное ДДЗП – дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника («дис» – нарушение, «трофика» – питание). Как специалист я не вижу в таком переименовании смысла. Давайте разберемся.

Что значит термин «остеохондроз»? В переводе с латинского языка «остео» – кость, «хондро» – хрящ. Это означает, что дегенеративным изменениям подвергаются кости (позвонки) и хрящи (межпозвонокковые диски). Причиной традиционно считается нарушение трофики (питания). ДДЗП, в свою очередь, – это тоже деградация структур позвоночного столба вследствие нарушенной трофики. Что изменилось от того, что вместо привычного остеохондроза предложили новый термин «ДДЗП»? В принципе ничего. Под любым из этих диагнозов подразумевается, что позвоночный столб претерпевает прогрессирующие негативные изменения. Вот поменять подходы к лечению вместо мало полезного нейминга было бы гораздо эффективнее.

Итак, о самом заболевании. Обычно, как мы уже говорили выше, выделяют четыре стадии этого патологического процесса – они определяются по результатам МРТ.

Первая стадия. В описании снимков магнитно-резонансной томографии значится термин «дегидратация дисков», то есть обезвоживание. Это начало процесса.

Вторая стадия. Межпозвонокковый диск уменьшается по высоте, выбухая своим контуром в спинномозговой канал, в котором расположен спинной мозг. В заключении фигурирует слово «протрузия».

Третья стадия. Оболочка диска, то есть фиброзное кольцо, которое находится по его периферии, в месте выбухания рвется, и содержимое диска выдавливается «сосулькой» в спинномозговой канал, формируя «грыжу».

Четвертая стадия. От диска уже ничего не осталось, он высох и трансформировался в «гербарий». Вместо него – безжизненная пластинка. Два соседних позвонка начинают срастаться друг с другом.

Итак, под термином «остеохондроз» (или ДДЗП) подразумевается прогрессирующее четырехстадийное разрушение межпозвонокковых дисков и соседних с ним структур.

Как известно, верный диагноз – это сформулированная причина неблагополучия и руководство к дальнейшим действиям. Получается, что остеохондроз (ДДЗП) не причина, а, очевидно, следствие.

Традиционные методы лечения остеохондроза и их последствия

К сожалению, подходы к лечению этого заболевания, как и программа обучения в отечественных медицинских вузах, по-прежнему ориентированы на медикаментозное обезболивание разрушающихся структур.

Пациенту предлагаются нестероидные противовоспалительные препараты, хондропротекторы, сосудистые, миорелаксанты, антиконвульсанты. А когда боль в очередной раз не удастся заглушить привычным способом, прибегают к блокадам с гормонами и антидепрессантам, подключают агрессивную физиотерапию.

Будучи отличницей, в первые годы своей работы я тоже лечила остеохондроз на любой стадии перечисленными выше препаратами. Правда, тогда их список был поскромнее. Как уже рассказывала, мониторила в динамике результаты и констатировала: ни у одного из пациентов, кого я вела этим путем, не останавливались деструктивные процессы.

Накопившийся опыт сформировал у меня негативное отношение к такому подходу. Объясню почему.

Нестероидные противовоспалительные препараты считаются основными в лечении остеохондроза. Они не лечат позвоночник, а лишь форсированно гасят реактивное (защитное) воспаление в зажатых структурах позвоночного столба и трансформируют набухшие ткани в безжизненный рубец. Для наглядности представьте, как поведет себя зажатый дверью пальчик? Он начнет отекать, покраснеет, заболит, станет горячим. Это внешние проявления защитных процессов, предусмотренных природой, направленных на максимальное сохранение клеток, попавших в зону зажима. В регион бедствия устремляются спасатели – лимфоциты, макрофаги и другие иммунные клетки. Их задача – минимизировать масштаб разрушения, организовав настоящее сражение с внешним агрессором. Адекватную доставку спасателей обеспечивают расширенные сосуды. В итоге формируется защитное воспаление. При этом никому не приходится в голову назначать для разрешения конфликта противовоспалительную терапию – все стараются освободить палец.

Практика показала: чем больше за плечами нестероидных противовоспалительных препаратов, тем меньше упругих тканей, готовых к восстановительным процессам.

Что может являться альтернативой? Существуют противовоспалительные (дренажные) упражнения. Мы с коллегами при очном осмотре подбираем персонально полезные – абсолютно безопасно и максимально результативно.

Миорелаксанты направлены на то, чтобы расслабить скелетную мускулатуру. На фоне приема этих препаратов действительно происходит общая релаксация. В результате пациент недоумевает: «Что происходит? Я постоянно хожу вялый, слабый, у меня нет никаких сил, а боль терзает по-прежнему». Медикаменты не способны изолированно подействовать на проблемные мышцы, отягощенные триггерами, и мышечные тиски сохраняются. В релакс же уходят здоровые, и это проявляется общей слабостью.

Как можно снять гипертонус исключительно напряженных, контрактильных мышц? Прицельной пальцевой проработкой в их структуре триггерных точек и растяжением до физиологической нормы мышц, ставших тисками. Оптимально – на расслабленное тело, руками инструктора ЛФК, с использованием приемов постизометрической релаксации (ПИР).

Что касается *хондропротекторов*, то в них я верила достаточно долго. Само название вдохновляло: «хондрос» – хрящ, «протекция» – поддержка. В аптечной сети Советского Союза можно было приобрести один препарат такого действия – румалон. Он был дефицитным, помню, как я «добывала» его для своей мамы, у которой с детства были серьезные проблемы с позвоночником. Мне казалось, хрящ однозначно страдает, так отчего же не «подкормить» его? И другим пациентам назначала эти лекарства два раза в год, весной и осенью.

Многолетние наблюдения опять же показали: к сожалению, у тех, кто регулярно получал такие курсы, позвоночник разрушался достаточно агрессивно, обострения становились чаще и ярче. Почему так происходило?

Во-первых, в зажатых тканях (а мы фактор зажима игнорировали и позвоночник не освобождали) сильно страдает капиллярный кровоток, и, соответственно, полноценная поставка питательных веществ по этим мельчайшим сосудам становится невозможна. Кроме того, нужно знать, что межпозвонковые диски получают «подкормку» путем диффузии – это проникновение через разделительную мембрану вещества из одной полости в соседнюю (из региона с высокой концентрацией полезной субстанции туда, где ее не хватает). Представьте сухую губку, которую поместили в емкость с водой, – она, естественно, начинает активно впитывать влагу. Но если же эта губка будет надежно сжата в кулаке, способность к увлажнению у нее резко снизится. Так же ведут себя и зажатые спрессовавшимися околопозвоночными тканями диски – они не усваивают ни влагу, ни «подкормку».

Во-вторых, когда организм регулярно получает какую-то субстанцию извне, он перестает напрягаться и вырабатывать свою. Это закон обратной связи, известный докторам из курса физиологии, который нам преподавали в мединституте.

Хондропротекторы, как показала практика, – медвежья услуга для организма. Их назначение блокирует физиологические механизмы обновления хряща, предусмотренные природой.

Каков же алгоритм полезных действий в этом направлении? В норме любой сустав (в том числе межпозвонковый) должен сам вырабатывать новые хондроциты, то есть клетки, из которых строится хрящ. Старые же клетки при этом должны регулярно утилизироваться. И для безупречного и непрерывного течения данного процесса нужно достаточное количество собственной смазки, вырабатываемой суставом. А для этого, в свою очередь, необходимо движение. Причем не обязательно ходьба – полезны легкие физкультминутки, смена рабочей позы, а порой достаточно просто сидеть и добросовестно болтать ножками, чтобы капсула сустава лучше снабжалась кровью и вырабатывала собственную смазку.

Еще один пункт в «лечебном алгоритме» – гормональные блокады. Это тяжелая артиллерия, они действуют жестче, чем нестероиды, их способность высушивать клетки выражена значительно ярче. Ткани, превращенные в гербарий, не могут быть помощниками в восстановительных процессах. Хорошо, если удалось избежать такого воздействия на организм.

Есть определенная опасность и в некоторых физиотерапевтических мероприятиях.

Поговорим об *электрофорезе с карипаином или карипазимом*, который отечественные врачи массово назначают при грыже диска. Эти медикаменты начали появляться в нашей стране еще в конце 1980-х, и мы тоже активно применяли их в лечении при помощи электрофореза. Грыжа уменьшалась в размерах у каждого второго, и это нас вдохновляло.

Но, к сожалению, спустя время мы поняли, что в результате таких процедур становилась меньше не только грыжа, но и сам диск – он буквально съеживался. То есть, прибегая к такой по сути агрессивной физиотерапии, мы произвольно «высушивали» сегмент позвоночника и искусственно ускоряли процесс его деструкции.

Со временем появилась *лазерная вапоризация диска, холодноплазменная нуклеопластика*, другие варианты «выжигания напалмом» кричащего болью сегмента. Но выжечь ее (удалить) означает погубить и сам межпозвонковый диск и соседние структуры, дополнительно сформировать асептический спондилит – Modic, который дает суровые боли и свидетельствует о серьезных необратимых изменениях.

Благо, работая в Федеральном научном ортопедическом центре и заведую отделением, я могла привлекать к «разбору полетов» сотрудников из разных лабораторий. Мы мониторили отдаленные результаты различных вариантов терапии и делали выводы. От многих подходов, которые когда-то позволяли довольно быстро снять боль, ускорить уменьшение грыжи, на перспективу мы категорически отказались.

Как говорили мои учителя: «Пессимист – это хорошо осведомленный оптимист». Я точно не отношу себя к пессимистам, но за 37 лет врачебной практики утратила былую наивность, перестала обольщаться сиюминутными вау-эффектами и безоговорочно верить рекламным заявлениям. Меня все больше интересует, как человек будет жить дальше, спустя 5–10 и более лет после лечения, которое мы ему предлагаем.

В чем состоит эффективная помощь при остеохондрозе?

Познакомившись и глубоко освоив на практике теорию триггерных точек, я убедилась в том, что вне зависимости от того, с какой стадией остеохондроза мы имеем дело, как, впрочем, и артроза (о котором мы будем говорить далее), нам нужно незамедлительно устранять мышечные тиски.

Наш организм имеет невероятно высокую способность к регенерации – заживлению и восстановлению поврежденных тканей. При остеохондрозе любой стадии возможна положительная динамика. Также в большинстве случаев возможно расстаться с грыжей диска без опе-

ративного вмешательства – естественным способом. Необходимо создать условия, чтобы она резорбировалась, то есть рассасывалась.

Расправление спрессованных околопозвоночных тканей и освобождение сосудов способствует тому, что к региону повреждения приходят иммунные клетки – макрофаги, которые «поедают» грыжевую «сосульку». А другие клеточные структуры, фибробласты, и их друзья ставят на пострадавший диск «заплатку». Задача докторов заключается в грамотном устранении аутокомпрессии, перестройке геометрии, надежном выведении из-под удара пострадавшего сегмента. Важно не только запустить предусмотренные природой механизмы резорбции, но и профилактировать рецидив поломки в дальнейшем.

Вот уже более 20 лет мы с коллегами так и работаем с позвоночником: расправляем виновников стойкого мышечного спазма – триггерные точки, растягиваем закоксовавшиеся мышцы. Для успокоения каскада воспалительных реакций подбираем противовоспалительные дренажные упражнения. Это является альтернативой фармакологическому вторжению в естественные физиологические процессы. В результате, по мере ликвидации реактивного воспаления, ткани реабилитируются до здорового состояния, и пациенты возвращаются к привычным нагрузкам и в профессиональный спорт. Важно не трансформировать структуры организма многоэтажной медикаментозной нагрузкой, не блокировать механизмы репарации и регенерации тканей, которыми наделен наш организм.

Почему спина болит по ночам

«Знаете, Ирина Геннадьевна, меня спина беспокоит обычно под утро, очень сложно вставать. Но стоит немного походить или сделать зарядку, как боль отпускает», – порой звучит на приеме.

Для меня это подсказка: значит, основная причина боли скрывается в околопозвоночных мышцах, отягощенных триггерными точками. Они находятся в напряжении и днем, и ночью. Соответственно, в их структуре усугубляется капиллярный кровоток, снижается поставка кислорода. Как только дефицит достигает критического уровня – появляется боль.

Днем человек двигается и обеспечивает мышцу более приличным кровотоком, а ночью зажимы начинают проявляться по полной программе.

Ночной сон дается органам и тканям для отдыха и реабилитации. Но при наличии круглосуточных тисков на ночное восстановление рассчитывать не приходится.

В результате утром состояние зажатых тканей еще хуже, чем вечером. Требуется время, чтобы «расходиться» и запустить кровь и кислород в спрессовавшиеся структуры.

Когда пациенты рассказывают о таких болях, это хороший сигнал. Основными виновниками пока являются мягкие ткани. В таких случаях работать проще.

Но если «поломка» проникла дальше и повредила поверхности сустава или межпозвоночный диск, то утренняя боль не проходит в течение дня. Напротив, ее интенсивность нарастает в процессе нагрузок: чем больше пациент ходит, тем ему становится сложнее. И это, как правило, уже является сигналом более серьезного недуга.

Акцент поломок сместился

Боль, с которой сегодня обращаются пациенты, заметно сменила свою приоритетную локализацию. Раньше чаще всего жаловались на недомогания в поясничном отделе позвоночника – как правило, это был результат тяжелого физического труда. Чтобы выжить, люди вынуждены были копать землю, носить тяжелые ведра с водой, разгружать вагоны.

Детей тоже активно привлекали: посадка, прополка, помощь родителям на покосе.

Помню, когда мне было восемь лет, у нас шло строительство дома, и уже тогда я активно участвовала в работе: обрубала сучки у бревен, мешала цементный раствор.

При таких нагрузках поясница у многих не выдерживала: нижней части позвоночника доставалось больше, чем остальным его сегментам.

Сейчас же людей чаще всего беспокоит шея. Это, безусловно, результат нашего бесконечного «сидения в гаджетах».

Чтобы продемонстрировать, как они влияют на наше здоровье, своим пациентам я предлагаю следующий эксперимент.

1. Сядьте с телефоном или планшетом и запомните положение тела.
2. Пусть гаджет у вас заберут.
3. Продолжайте сидеть, не меняя позу.

Попробуйте, и у вас все заболит, вам станет дурно. Но пока ваше внимание поглощено интересной информацией, вы даже не чувствуете, как неимоверно страдает позвоночник.

Напомню, в норме в нашем шейном отделе должен быть лордоз – прогиб кпереди. Наклоняясь к экрану, мы формируем кифоз – прогиб шеи в обратную сторону. Это неестественная нагрузка, шейный отдел к ней не готов и неизбежно начинает уходить в поломки: формируются протрузии, прорываются грыжи дисков.

Как восстановить больную шею

Каждый раз, когда меня спрашивают, как восстановить шею, я объясняю, что эта часть скелета представляет собой не просто короткий отрезок из семи шейных позвонков. Выделяют очень важный для функционирования глубокий цилиндр шеи: он начинается от седьмого грудного позвонка и заканчивается у основания черепа. Его неотъемлемыми частями являются также передние и боковые поверхности грудной клетки, «зона погон». От состояния всех этих участков зависит то, как будет чувствовать себя шея.

Кроме того, она обычно «расхлебывает» нарушения биомеханики организма в целом. К примеру, наличие триггерных точек в длинной цепочке мышц-сгибателей (допустим, залегающих глубоко в животе) способствует наклону туловища кпереди, что приводит к выдвигению головы и шеи вперед, провоцируя нестабильность шейных позвонков, формирование протрузий и грыж дисков.

Поэтому, как вы уже понимаете, пытаться автономно подлечивать шейный отдел – неблагодарная задача.

Раньше, когда я этого не осознавала, то поступала, как и большинство врачей: «У вас головокружение? Головные боли? Носите воротник Шанца! А еще давайте проведем курс электрофореза на воротниковую зону». То есть я не решала проблему, а пыталась временно обезболить отдельно взятую область, абсолютно не виноватую в патологическом состоянии. В итоге с таким подходом лишь способствовала хронизации проблем и появлению новых.

Метод лечения, который применяю уже много лет, нацелен на комплексную работу со всем телом, восстановление его здоровой геометрии. Это позволяет вернуть организм, а заодно и шейный отдел в «здоровый коридор» и отказаться за ненадобностью от фиксирующих устройств и медикаментов.

Приятные бонусы

Когда я работала в Центре Илизарова, к нам поступали люди с патологией позвоночника и суставов. Мы занимались терапией, подходя к лечению уже с новых позиций, и замечали, что постепенно не только отступала ортопедическая патология, но и улучшалось состояние внутренних органов.

Бывало так, что человек приходил после лечения со словами:

– Это какое-то чудо, у меня улучшилось зрение, и я перестал носить очки после вас.

Или так:

– У меня прошла многолетняя проблема запоров, хотя мы ничего не делали с кишечником.

Женщины могли констатировать, что после нашего лечения их уже не беспокоят боли во время месячных.

«Наверное, просто совпадение», – поначалу думала я. Но со временем, анализируя сотни и тысячи клинических случаев, начала понимать: это закономерность. Поэтому сегодня на первом приеме я спрашиваю пациентов не только о спине и суставах, и они порой удивляются:

– Это же живот, это не по вашей части.

– Почему не по нашей? Я врач. И должна получить больше информации, чтобы быть максимально полезной.

Таким образом, наша задача – видеть тело в целом и убирать все триггерные точки и накопившиеся зажимы глобально, в масштабах всего организма. Тем самым мы поможем многим органам и системам.

Что важно знать врачу и пациенту

Почему образуются триггеры (мышечные мозоли)? Триггеры возникают из-за шаблонных нагрузок. Это не обязательно подъем и перемещение тяжестей. Самая опасная работа – многочасовая фиксированная поза, которая эксплуатирует одни и те же мышечные группы.

Семилетний малыш приходит в первый класс, и первое, чему его там учат, – сидеть ровно и не крутиться 10–11 лет! Вырастая, мы продолжаем часами сидеть за компьютером в офисе, практически не меняя положения тела. А в идеале поза должна меняться каждые 15 минут. Соответственно, двигаться *надо*.

Но важно знать, что не каждое движение приносит пользу. Например, у спортсменов, которые профессионально играют в большой теннис, большинство сформировавшихся триггерных точек находятся в одних тех же местах: в ротаторах плечевого сустава и в области локтя, где находятся пронаторы и супинаторы предплечья. Ведь нагрузка у такого человека однотипна, из тренировки в тренировку. И я знаю, с каких зон начну поиск актуальных триггеров у теннисиста.

Точно так же обнаружу мышечные мозоли у маляра, совершающего шаблонные движения ежедневно, в надостной, подостной, средней порции трапеции и в грудных мышцах.

В идеале любая мышца после напряжения должна расслабиться. Если она много трудилась, ее в противовес нужно растянуть. Но, не владея знаниями о законах работы мышечно-фасциального каркаса, мы, как правило, этого не делаем.

Что делать с триггерными точками? Идеальный вариант – ручная работа специалиста, к которой прибегают как можно раньше. Порой для того, чтобы избавиться от свежего триггера, достаточно разового обращения и прицельной проработки. И тогда мышца возвращается в здоровое состояние. Но если упустить время, триггерная точка будет становиться все более плотной, в ней произойдет перерождение мышечных волокон. При пальпации триггеры с большим стажем напоминают твердую горошину или боб, порой объединяются в жесткие тяжи. Расставаться с ними становится труднее.

Как обнаружить триггерные точки? Триггерная точка может образоваться в каждой из 696 мышц нашего тела. Например, в бицепсе их может сформироваться не более двух. В трапециевидной мышце – до семи с каждой стороны. Учитывая, что боль от триггеров носит отраженный характер, нужно исследовать не ее зону, а тот регион, который гипотетически является источником болевых сигналов.

Чтобы задокументировать количество, размер и плотность триггерных точек, можно пройти миоэластометрию. Десятилетия назад, когда я проводила свое диссертационное исследование, с целью объективизации мы мониторили триггеры при помощи ультразвуковых волн – этот способ помогал сделать «фотографию» триггерных точек до и после лечения. В объективизации также помогала контрастная миография: в мышцу вводили контраст и делали рентгеновский снимок. На фоне белого контраста, пропитавшего мышечное брюшко, в проекции плотного триггера четко контурировалось черное пятно. Но все-таки чаще мы прибегали к УЗИ. Результаты убедительно демонстрировали, как триггерные точки «таяли», уменьшаясь в размерах.

Конечно, встречаются люди, у которых совсем нет триггерных точек. Но они скорее исключение из правил. Возьмем, к примеру, моего папу – ему 85 лет. Небольшой «свежий» триггер в квадратной мышце в пояснице я могу найти у него только после ежедневных длительных репетиций с тяжелым, весом 16 килограммов, баяном в руках. Папа следит за организмом с юности: он постоянно в движении, занимается у нас в спортзале, разумно питается, пьет воду. А еще папа – воплощение позитива, что немаловажно для здоровья в целом.

У меня самой в последние годы тоже довольно сложно найти триггерные точки. Хотя нагрузка довольно шаблонная – работаю стоя с пациентом, лежащим на кушетке, по многу часов в день. Руки трудятся с приличным усердием в стереотипном режиме. Но наряду с этим даю натруженным тканям адекватную растяжку. И стараюсь проходить «плановое ТО» у своих же специалистов (базовый 10-дневный курс процедур), не дожидаясь, когда накопившиеся перегрузки выстрелят болевой симптоматикой. Поэтому всегда говорю своим ученикам: «Если найдете у меня триггерную точку – сразу ставлю вам пятерку: выявить ее у такой трудной “пациентки” – сложная задача».

Профилактика проблем позвоночного столба

Можно ли сохранить позвоночник здоровым? Можно, но сделать подобное непросто. Недостаточно выиграть в генетической лотерее (хотя и это важно, поскольку здоровье позвоночника во многом зависит от качества соединительной ткани, а такие задатки мы наследуем от родителей).

Для сохранения здоровья спины необходимо выполнение некоторых действий:

1. *Иметь здоровую геометрию тела* и не допускать шаблонных нагрузок:

- менять позу каждые 15 минут;
- через 1,5–2 часа работы проводить регулярные растяжки, устраивать физкультминутки: встать, потянуться, походить или выполнить парочку полезных упражнений.

Поделюсь актуальными.

Исходное положение – стоя, подбородок – чуть вверх. Опущенные руки сцепить в замок за спиной, в районе крестца, и потянуть их вниз. В это время грудной клеткой тянуться вверх. Постарайтесь сделать в процессе такой растяжки глубокий вдох. Очень здорово, если удастся вдохнуть через губы, сложенные в трубочку. Повторить 3 раза.

Следующее упражнение называется «Поцелуй жирафа». Исходное положение – стоя. Подбородок чуть приподнять. Нижнюю челюсть выдвинуть вперед, растягивая переднюю поверхность шеи. Сильно вытягивая сомкнутые губы, делаем смачный, громкий поцелуй. Повторить не менее 3 раз.

Эти незатейливые упражнения помогают в борьбе с сутулостью, служат профилактикой остеохондроза всех отделов позвоночника, позволяют сохранить четкий овал лица.

2. *Не превышать запас прочности тканей.* Особенно это важно для девушек. Если в течение дня вы спрессовывали себя кабинетными нагрузками, то, приходя в зал, займитесь растяжками, не сжимайте дополнительно свой многострадальный позвоночник железом. При таких испытаниях он не выдерживает даже у мужчин.

3. *Правильно питаться.* Прежде всего минимизировать или исключить сладкие продукты – сахар «сушит» соединительную ткань, делает ее хрупкой. Пить достаточное количество чистой воды – увлажненный позвоночник подобен гибкому пруту, который можно завязать в узел и развязать, а сухая ветка ломается от легкого дуновения ветра.

Есть примерная расчетная норма: для достаточной промывки организма на каждые 30 килограммов веса нужно выпивать по одному литру чистой воды. Но в то же время у каждого человека есть свой объективный и бесплатный индикатор – моча. Если организм достаточно «промыт», то моча без цвета и запаха. Можно ориентироваться на этот критерий.

4. *Быть позитивным* тоже архиважно. Жизнерадостные люди долго сохраняют отличную осанку, они дышат полной грудью, обеспечивая молодость грудной клетке. У них легкая походка. Им комфортно, и с ними – классно!

Отвечая оппонентам

Методика работы с триггерными точками трудоемка. Для нее требуются не только глубокие знания, но и очень чувствительные и вместе с тем выносливые руки. У этого подхода не так много последователей, многие врачи по-прежнему упорно продолжают придерживаться «стандартов оказания медицинской помощи». А это – утвержденные списки медикаментов, которые, как правило, уже занесены в компьютер, остается лишь нажать соответствующие кнопки и распечатать назначения. Кроме того, существует аппаратура с агрессивным воздействием на больные ткани. Она заставляет замолчать кричащие о проблеме клетки. Порой навсегда. Я же, наблюдая отдаленные результаты (спустя 3–5–10 лет) такого отношения к организму человека, вновь и вновь убеждаюсь в правильности выбранного курса, в верности вывода о приоритетном устранении миофасциального компонента боли (это означает расставание с триггерами и мышечными зажимами) в своем диссертационном исследовании.

Как правило, дискуссии с оппонентами происходят в соцсетях (реалии сегодняшней действительности), чаще всего с любителями медикаментов – неврологами. Их не устраивает «простое» решение вопроса: высвобождение из зажима целого ряда анатомических структур ставит под угрозу концепцию многоэтажной лекарственной терапии (включая в последнее время не только гормональные блокады, но и сильнодействующие психотропные препараты, антидепрессанты). Несмотря на демонстрацию мною очередного клинического случая с красивейшим результатом, эти врачи начинают троллить обоснование нашего «простого» подхода:

– Ой, придумали какие-то мышечные тиски и механические причины! Организм устроен очень сложно, не надо упрощать!

– Хорошо, если не согласны с такой трактовкой, то предложите свою версию, – отвечаю я. – Что, на ваш взгляд, является причиной остеохондроза и грыж диска?

– Возрастные изменения, – отвечают одни.

– Хорошо, допустим, но тогда почему мы так часто находим остеохондроз у детей и подростков? Почему нередко выявляем грыжи межпозвонковых дисков (заметьте, это уже третий период остеохондроза) в четырнадцать-пятнадцать лет? И в то же время есть немало пациентов, которым за семьдесят, но у них безупречный позвоночник. Соответственно, этот вариант не подходит.

– Виноват лишний вес, – заявляют другие.

– Простите, а разве у худеньких не бывает грыж? Бывают, причем не реже, чем у тучных. У меня даже сложилось впечатление, что они более травмоопасные, и поломки у них ярче, чем у людей с большей массой. Так что этот аргумент тоже не выдерживает критики.

– Остеохондроз – это сложный многофакторный дегенеративно-дистрофический процесс, до конца не изученный, – пытаются умничать третьи.

– Да, эту фразу слышала еще лет тридцать назад, – отвечаю я. – Так давайте изучать, а не тратить время на непродуктивную критику альтернативных позиций. Даже если они произвольно мешают устоявшемуся околomedicalному бизнесу. Не стоит выдумывать запутанные и умышленно усложненные обоснования. Объяснение происходящего бывает довольно простым и логичным: есть зажим – ткани разрушаются, устранены тиски – клетки оживают. Не стоит отождествлять термин «просто» с понятием «примитивно». Нас, напротив, учили, что все гениальное просто.

На самом деле, теоретических гипотез может быть много.

Но главным критерием правильности или ошибочности любой теории является практика. Мне очень комфортно жить в нашем небольшом городе, куда я приехала после института в 1980-е годы. Встречать бывших пациентов, которых когда-то приговорили к операции (после лечения по нашей методике необходимость в ней отпала), – их количество с годами растет в

геометрической прогрессии. Заниматься в спортзале с бывшими «хрониками», которым мы давно помогли расстаться с аптекой. Принимать благодарности от новоиспеченных дедушек и бабушек, от молодых родителей, у которых «после расправления тела» появился долгожданный малыш.

Эти люди уверенно советуют нас своим знакомым. Число наших пациентов растет, а мы, в свою очередь, продолжаем неустанно закреплять и совершенствовать свой подход к оздоровлению.

Суставы

Артроз

Самый частая суставная патология, с которой обращаются пациенты, – деформирующий артроз.

Но, несмотря на широкую известность и распространенность этого заболевания, не всякая боль в суставах является артрозом. Разберемся в его сути и симптомах. Я дам вам подсказки, которые могут стать подспорьем в самодиагностике.

Сустав – это подвижное соединение костей скелета. Говоря языком механики, его можно сравнить с шарниром. И для работы этой сложной конструкции (укрепленной связками, капсулой, скелетными мышцами) суставные поверхности должны быть в идеальном состоянии:

- конгруэнтными, то есть подходить друг к другу, как ключ к замку;
- безупречно гладкими и эластичными, чтобы выдерживать нагрузки и травматизацию, в том числе длительную ходьбу, бег и прыжки, подъем и перемещение тяжестей;
- вырабатывать и обновлять синовиальную жидкость (иными словами, синовию, или смазку).

При этом капсула сустава, окружающая суставную полость и вырабатывающая смазку, должна быть герметичной.

Артроз – постепенно развивающийся процесс дегенерации суставных структур, разрушение поверхностей шарнира. Сначала он затрагивает хрящевые поверхности, а в запущенных стадиях деструкции подвергается и подлежащая костная ткань.

К сожалению, в современной медицине основным методом диагностики артроза, вопреки многовековым традициям, стала рентгенография. Пациенты часто жалуются, что врачи в поликлиниках не производят банальный осмотр и ставят диагноз на основании снимка: «Есть неоднородность костной структуры, виден склероз замыкательных пластинок, сустав болит – это артроз».

Но если бы все было так просто, тогда лечением пациентов могли бы заниматься рентгенологи. Меж тем для адекватного медицинского заключения врач должен изучить все нюансы жалоб пациента и анамнез заболевания. Необходим внимательный осмотр, в том числе проверка амплитуды движений в суставе и тестирование связочного аппарата. Диагностировать артроз можно при наличии одновременно трех показателей.

1. Боль в суставе, проявляющаяся в процессе движения: наступил на поврежденный шарнир (дал нагрузку) – больно, не наступил – не больно.
2. Ограничение объема движений: если поверхности шарнира разрушаются, он не работает на полную амплитуду. Чем обширнее и глубже деструкция, тем выраженнее контрактура.
3. Результаты рентгенограммы, на которых заметны характерные для этой патологии изменения.

При постановке диагноза «артроз» рентгеновские снимки являются вспомогательным источником информации и рассматриваются при наличии двух первых признаков заболевания.

К слову, рентгенологические погрешности в суставах после 40 лет в той или иной степени есть у каждого человека. Это как автомобиль с пробегом: покочесив по дорогам в течение десятилетий, он уже не может выглядеть как машина, только что сошедшая с конвейера. У меня, например, здоровые колени, но, сделав рентген, я, без сомнений, увижу какие-либо отклонения от эталона.

Поэтому, когда пациенты мне пишут в соцсетях: «У меня артроз второй (или даже третьей, четвертой) степени. Чем лечиться?», я отвечаю, что опираюсь исключительно на резуль-

таты своего осмотра либо на данные коллег, которых хорошо знаю, в чем объективном и добросовестном подходе к диагностике уверена. И если вердикт вынес такой доктор, я готова ознакомиться с протоколом его осмотра и помочь определиться с оптимальным алгоритмом действий.

Зачастую в процессе очного осмотра можно выявить причины болей, которые скрываются достаточно далеко от страдающего сустава. Когда ко мне обращаются пациенты с болезненными ощущениями в области колена, я очень часто нахожу триггеры-виновники, расположенные в мышцах ягодичного веера и в мышцах, приводящих бедро. При этом коленный сустав бывает абсолютно здоров, несмотря на выраженную болевую симптоматику и хромоту. Для устранения болей в такой ситуации порой хватает одного приема.

Незнание триггерных точек, схемы отраженных от них болей регулярно оборачивается ошибочными диагнозами.

Но гораздо хуже то, что на основе неверного медицинского заключения необоснованно назначается лечение, а именно: нестероидная противовоспалительная терапия, хондропротекторы и миорелаксанты. Если боль не уходит (что естественно, ведь лекарствами практически невозможно успокоить триггеры), то в качестве «тяжелой артиллерии» подключают гормональные средства, вводя их в благополучный сустав. Опасность заключается в том, что нестероиды и стероиды (гормоны) высушивают хрящевую ткань, она становится хрупкой, в то время как суставные поверхности должны быть влажными и упругими.

Таким образом, неверным диагнозом и вытекающей из него «терапией» провоцируется возникновение артроза, которого изначально не было.

Элементы самодиагностики

Приходится констатировать, что современная медицина грешит гипердиагностикой. Многие врачи отождествляют результаты МРТ (вспомогательного метода исследования) с диагнозом, пренебрегая основными методами исследования: сбор анамнеза, осмотр, пальпация, аускультация и так далее. Они считают, что раздевать человека на приеме и расспрашивать его о жалобах – лишнее. И это роковая ошибка. Я уже говорила, что при совершенно одинаковых заключениях томографии один человек может быть инвалидом-колясочником, а второй – олимпийским чемпионом.

Именно поэтому всегда приоритетны клинические проявления патологического процесса, а не фотографии, выполненные аппаратом по заданной шаблонной программе. Осознание этих очевидных принципов важно для того, чтобы не терзать человека годами «лечением артроза», которого нет. Выше мы уже обсуждали, что диагноз «артроз» правомочен только в том случае, если у пациента ограничен объем движений. Если же сустав работает в полном объеме, то у боли есть другие причины. И, чтобы их найти, доктор обязательно должен осматривать человека.

Как застраховать себя от ошибочных «диагнозов», не допустить необоснованного приема лекарств? Можно протестировать как минимум объем движений. Для проверки, например, тазобедренного сустава достаточно лечь на спину и положить согнутые в коленях ноги в позу лягушки (колени врозь, а пяточки вместе). Если это получается сделать, значит, сам сустав пока благополучен. Но при наличии болевой симптоматики поиски причины должны продолжаться.

Еще один тест. Сядьте на пол с прямой спиной и сложите ноги по-турецки (в йоге такое положение называется «полулотос»). В норме в этой позе полностью согнуты колени, а тазобедренные суставы полноценно раскрыты. Если вам удастся посидеть так без боли, диагнозы «коксартроз» (артроз тазобедренного сустава) и «гонартроз» (артроз коленного сустава) вряд ли имеют к вам хоть какое-то отношение.

Еще одна подсказка. Вспомните: когда у вас болит сустав – во время движения или в покое (например, ночью). При артрозе боль будет проявляться в процессе нагрузки по принципу: наступил на поврежденный шарнир – больно, не наступил – не больно.

Если у вас болит колено, то попробуйте подняться и спуститься по лестнице. Если больно подниматься, то речь, вероятно, идет об артрозе (мы налагаем весом тела на больной шарнир, и он сигнализирует болью). А если испытываете боль при спуске, то это больше характерно для симптома натяжения (натягиваются ткани, которые идут от поясницы и перебрасываются через коленный сустав), и тогда разбираться нужно прежде всего с позвоночником.

Таким образом, я привела некоторые элементы самотестирования.

Но все же лучше, чтобы диагностикой и лечением занимались специалисты. Это, собственно, касается и любой другой сферы.

Диагноз есть, а артроза нет

Однажды ко мне на прием пришла женщина и рассказала: «У меня четвертая стадия артроза; дети живут в Германии, я там обследовалась, и мне будут менять коленный сустав». Я осмотрела ее: практически полноценные движения в коленях – она их хорошо сгибает и разгибает. Небольшие погрешности на снимках соответствуют возрасту – 64 года. Нет четкой связи болей с нагрузкой. Сустав пока балансирует на грани здоровья и начала патологических изменений. Если говорить об артрозе, можно констатировать максимум первую стадию, при которой сустав довольно быстро возвращается в норму. Нужно лишь расправить те околосуставные ткани, которые закоксовались.

О чем говорит эта ситуация? О заинтересованности доктора зарубежной клиники в выполнении оперативного вмешательства. Эндопротезирование (замена сустава на искусственный) – серьезная операция, которая стоит немалых денег.

Если немецкий доктор, осмотрев пациента, сделает адекватное заключение о наличии артроза начальной стадии, то ему никто не позволит провести замену такого благополучного шарнира. Поэтому специалист умышленно усугубляет стадию, чтобы обосновать необходимость эндопротезирования.

К сожалению, сейчас та же система процветает и в России. Старые традиции ответственного и бережного подхода к организму утрачиваются.

Лечение людей во времена Советского Союза и коммерческая медицина постсоветского времени – это совершенно разные подходы, имеющие противоположные друг другу ценности, задачи и цели. Для коммерческой медицины бизнес первичен, все остальное, в том числе здоровье, – вторично.

Учитывая реалии сегодняшнего дня, лучше подстраховаться, особенно если вас смело направляют на операционный стол. Имеет смысл показаться нескольким врачам, услышать мнение как минимум трех специалистов.

Инъекции гиалуроновой кислоты в колено: за и против

Инъекции гиалуроновой кислотой – модное в медицине веяние, получившее широкое распространение. Однако к принятию решения о прохождении этой процедуры стоит отнестись ответственно.

Начнем с того, что сустав должен вырабатывать синовию самостоятельно. В норме суставные капсулы постоянно продуцируют новые клетки смазки и рассасывают, резорбируют старые. Для слаженной работы необходимо непрерывное движение, как в чистом водоеме: по одним ручейкам вода притекает, а по другим утекает. Если у человека сустав свободен, то происходят полноценные амплитудные движения (во время ходьбы, разнообразных действий

и полезных упражнений). Постоянно востребованная капсула получает хороший кровоток и сохраняет свою эластичность. При таких условиях она регулярно вырабатывает собственную свежую смазку и утилизирует отработанную, которая выполнила свою функцию.

И когда врач говорит пациенту: «Мы вам введем гиалуронку, потому что у вас сухой сустав», – хочется задать ряд вопросов.

Что вы сделали для восстановления капсулы?

Устранили аутокомпрессию сустава?

Показали упражнения, которые позволяют синовиальной оболочке вырабатывать и обновлять собственную смазку?

Подсказали пациенту, чтобы он начал пить воду (иначе физиологические жидкости не будут вырабатываться в нужном качестве и количестве)?

Жаль, если ничего из вышеперечисленного вы не сделали. Еще досаднее, если высушивали суставные структуры нестероидами, гормонами и сейчас предлагаете «увлажнить» препаратами гиалуроновой кислоты.

Конечно, если мы имеем дело с третьей-четвертой стадией артроза, когда сустав не способен самостоятельно вырабатывать смазку и движений в нем практически нет, я выступаю за данную процедуру. После введения препарат может послужить какое-то время амортизатором. Порой люди отмечают временное облегчение, тем более что в составе вводимого препарата есть обезболивающие компоненты.

Но если у человека начальная стадия артроза либо такого заболевания вовсе нет и инъекция производится в здоровый сустав, то это наносит колоссальный вред. Во-первых, при регулярном введении сустав прекращает вырабатывать и обновлять собственную смазку. Срабатывает принцип обратной связи. В ответ на введение субстанции извне организм перестает напрягаться и блокирует собственные процессы выработки.

Кроме того, когда мы выполняем внутрисуставную инъекцию, то введением иглы неизбежно травмируем хрящевые поверхности сустава и мениски. И даже если хирург – виртуоз, такие последствия неизбежны. К тому же за эту серьезную манипуляцию сегодня нередко берутся специалисты не самого высокого уровня. Сможет сустав потом «залатать» эти ранки? Вопрос риторический.

Приходится признать, что, как и в случаях с эндопротезированием, уколы гиалуроновой кислотой являются не столько методом лечения, сколько способом зарабатывания денег. Компании-дистрибьюторы мотивируют врачей рекомендовать эту процедуру пациентам. На каждой ампуле с препаратом есть стикер с персональным номером. Докторам предлагается их сохранять, передавать в компанию и получать щедрые проценты.

Помню, на одной из медицинских конференций я общалась с молодыми врачами из Москвы, и один из них сказал мне: «А чего вы заморачиваетесь? Я, когда планирую отпуск, просто выгребаю в рюкзак из шкафа все свои стикеры, обмениваю их на рубли и еду отдыхать состоятельным человеком».

И меня агитировали подобные компании. Тогда у меня была зарплата около 10 тысяч рублей, а за каждую инъекцию предлагали бонус по тысяче рублей: «У вас отделение на 105 коек, а вы упускаете такие деньги! За каждые пять минут вы можете зарабатывать по тысяче!»

Если бы это помогало людям, я бы делала эти инъекции. Но привыкла работать так, чтобы мне не было стыдно перед пациентами, и в данном случае отлично понимаю, к чему мы их приведем.

Благодаря тому, что город, в котором живу и работаю, небольшой, я знакома с представителями целых семей в нескольких поколениях. Была возможность наблюдать, как трансформировались суставы у того или иного человека в процессе таких инвазий. Поддавшись влиянию рекламы и доверившись мнению, казалось бы, квалифицированных врачей, люди с

надеждой соглашались на процедуры. Особенно те, кто предпочитает поддерживать здоровье пассивными методами.

Конечно, когда ты испытываешь боль и тебе вводят в сустав обезболивающий препарат, то приходит облегчение. Но в результате заболевание не лечится, а сустав прогрессивно разрушается. Это уверенный путь к эндопротезированию. Такова печальная реальность.

В наших клиниках работают доктора, которые когда-то делали эти инъекции, разочаровались и пришли к нам, чтобы помогать людям экологичным способом.

Причины болей в коленных суставах

Одну и, на мой взгляд, самую частую причину болей в области коленных суставов мы обсудили. Это – отраженная симптоматика от триггерных точек, «засевших» в ягодичном вее, в мышцах поясницы и бедра. В таких ситуациях коленный сустав здоров, несмотря на боли и хромоту. Задача радикально и достаточно быстро решается путем грамотного расправления проблемных мягких тканей. Человек возвращается в здоровое состояние.

Но незнание темы миофасциальных болей, игнорирование триггерных точек и, соответственно, отсутствие адекватных действий ведет к потере времени и к поломкам. Как мы помним, мышца, отягощенная триггерами, утрачивает способность расслабляться и начинает круглосуточно зажимать анатомические образования, попавшие в проекцию «тисков».

Когда заканчивается запас прочности зажатого сустава, начинаются деструктивные процессы, стартует артроз (прогрессирующее разрушение суставных поверхностей). Боли при ходьбе начинают усиливаться, присоединяется контрактура (стойкое ограничение объема движений).

Почему разрушению подвергается, как правило, один сустав – правый или левый? Подобно вершухе айсберга, именно он часто сигнализирует о серьезном нарушении геометрии тела. Полезно учитывать, что наши мышцы объединены в длинные цепи, которые тянутся от макушки до стоп. У человека, допустим, вследствие шаблонных нагрузок спазмировались мышцы правого плеча, зажата поясница и правый тазобедренный сустав, дальше эта цепочка мышечного напряжения идет на правое колено и доходит до стопы.

Почему реже страдает тазобедренный сустав? Он шаровидный: у него большая свобода движений, и ему проще распределять нагрузку по разным векторам. Коленный сустав – блочный, его основная задача – сгибание-разгибание, возможностей для маневров нет. На малейшее нарушение биомеханики тела колено реагирует дискомфортом. Начинают нагружаться ткани, которые от природы являлись менее прочными. Если мышечные тиски не будут устранены, начнется разрушение суставных поверхностей.

Поэтому наша задача как специалистов – не заниматься локальным обезболиванием коленного сустава, а выявить все перекосы и выровнять геометрию тела. Важно вывести пострадавший сустав из-под акцента необоснованной перегрузки. Наш опыт показал: при такой тактике можно претендовать на восстановление сустава при 1–2 стадии гонартроза, забывая про лекарства.

Наш подход к лечению артроза

Меня очень радует, что пациенты все чаще обращаются на ранней стадии, когда артроз еще не развился и присутствуют только болевые ощущения. Возможно, это происходит от того, что они владеют информацией: больше читают, общаются в чатах, слышаны о внутрисуставных инъекциях, о необоснованной замене суставов; поэтому, не соглашаясь сразу на эти манипуляции, приходят посоветоваться.

Хорошо, если боль в суставе носит отраженный характер, пусть даже от десятков триггерных точек. Чтобы расстаться с ней, нужно будет нейтрализовать эти островки напряжения. Динамика будет быстрой, если дискомфорт появился недавно, например, в результате какой-то неадекватной нагрузки, когда человек поменял каблуки или занялся непривычным для него видом спорта. После облегчения состояния важно дать полезные упражнения и подсказать, что делать дальше, чтобы триггеры в этих мышцах не формировались повторно.

Если сустав уже давно попал в капкан из перенапряженных скелетных мышц и поизносился до артроза 1–2 стадии, мы исходим из того, что организм обладает мощными восстановительными резервами. В таком случае назначаем базовый курс процедур от 5 до 10 дней с участием нескольких специалистов.

Процесс лечения организует курирующий доктор. Он разрабатывает программу оздоровления, заполняет направления с конкретными задачами массажисту, инструктору ЛФК и медсестре физиокабинета.

Врач-куратор работает над общей геометрией тела и прорабатывает деликатные зоны: живот, переднюю поверхность шеи, паховую область, подколенную ямку, проекцию крупных сосудов и нервных стволов. Остальные триггерные точки в скелетных мышцах убирают массажисты. Инструктор лечебной физкультуры своими руками растягивает укороченные мышечно-фасциальные цепи, которые за многие годы спрессовались и стали фиксированными тисками. Медсестра выполняет процедуры, улучшающие капиллярный кровоток в тканях, что помогает восстановлению и обновлению пострадавших клеток.

После такого комплексного лечебного цикла мы оцениваем полученный результат. Даже если болезненные ощущения за это время успели купироваться, я предупреждаю пациентов: «Не нужно расслабляться! Тело просто показало, что оно может жить без болей, при тех же снимках. Необходимо закреплять и улучшать полученные изменения, чтобы в перспективе не вернуться в патологическое состояние». С этой целью подбираются персонально полезные упражнения, корректируется питание и питьевой режим. Просим оставаться на связи, задавать возникающие вопросы. С целью оперативного получения ответов создали чат в «Телеграме».

Приглашаем через полгода-год на контрольный осмотр, чтобы промониторить динамику процесса. В запущенных случаях курс оздоровления целесообразно повторить.

Если разрушение суставных поверхностей «шагнуло» в 3 стадию, претендовать на выздоровление сложно. Освобождая пострадавший регион, можно рассчитывать лишь на уменьшение болевой симптоматики и повышение толерантности к нагрузке. Но избежать эндопротезирования при этом удастся не всем, особенно если этот период приближается к конечной, 4-й стадии.

Занимаясь восстановлением пациентов, мы объединяем их старания и наши прикладные знания. Восстановление утраченного здоровья – процесс диалоговый.

Как себе помочь

Первое и самое важное правило для сохранения своего здоровья – слушать свой организм. Сигналом к действиям по его восстановлению и спасению должна являться не откровенная боль, которая пригвоздила к кровати, а регулярный дискомфорт.

Например, вы замечаете, что спина стала часто затекать. Или после ходьбы ноги становятся свинцовыми, хотя недавно вы этого не чувствовали. Наше здоровое состояние – такое, при котором «не слышим» свое тело, потому что ему хорошо, оно работает как часы.

Я, например, своего тела «не слышу» уже много лет. Но так было не всегда. До 40 лет редкий день проходил без болей. Спасибо коллегам – помогли отладить геометрию. Благодарна организму – он смог принять определенные аскезы и полюбить ежедневную зарядку. После 50

лет я ежегодно прохожу в своем центре плановый «техосмотр». Если ничего не накопилось – замечательно, если что-то обнаруживается, то убираем десятидневным курсом.

Правило второе: при дискомфорте и боли не спешите принимать таблетки. Если вы становитесь медикаментозно зависимым, это может быть необратимо. Я не знаю ни одного человека, который привык решать проблемы лекарствами и при этом с годами остался здоровым и самодостаточным.

Третье правило: начав «слышать» какой-то орган или участок тела, постарайтесь найти добросовестного врача. Не такого, который, не раздевая, назначит горсть пилюль, а такого, который станет искать первопричину – она, как уже было сказано ранее, может скрываться в другом месте – и подскажет, как ее устранить.

Уверенно рекомендовать я могу только тех, кого сама отбирала и обучала, в ком уверена. Координаты наших клиник – на сайтах. Если такого доктора по месту вашего жительства найти не получается – пожалуйста, подключайтесь к моим онлайн-курсам. Спасение утопающих – дело рук самих утопающих. Я простым и доступным языком учу разбираться в геометрии тела, в ее нарушениях, рассказываю, как это исправить. В результате обучения участники моих курсов во многом становятся полезнее себе и окружающим, чем врач из поликлиники (не в обиду докторам – они сейчас ограничены рамками стандартов).

Мудрые знания о своем теле, проверенные временем, – замечательный способ укрепить здоровье.

Упражнения при артрозах

Для тех, кто страдает артрозом тазобедренного или коленного суставов (коксартрозом и гонартрозом), голеностопного, периаартрозом плечевого, есть очень хороший способ оздоровления – «купать сустав в собственной смазке».

Для выполнения упражнений необходимо приобрести в спортивном магазине манжеты-утяжелители, а в качестве остальных приспособлений можно использовать предметы домашнего интерьера. Эти занятия требуют минимальных затрат, хотя по своему результату гораздо эффективнее внутрисуставных инъекций гиалуроновой кислоты.

Упражнение для тазобедренного сустава

Допустим, ваш диагноз – артроз правого тазобедренного сустава (коксартроз).

Здоровой левой ногой становимся на возвышение высотой около 15 сантиметров. В качестве подставки можно использовать стопку книг.

Надеваем утяжелитель на голень правой больной ноги. При средней комплекции начинать лучше с веса в 1 килограмм, от занятия к занятию постепенно увеличивая его до 2–3 килограммов.

Во время выполнения упражнения необходимо сохранять устойчивость. Для этого рекомендую по бокам поставить два стула и руками держаться за их спинки. Начинаем маятниковобразные движения больной ногой вперед-назад. При этом должны работать не мышцы ноги, а туловище. Оно должно покачиваться и задавать вектор движения пассивно висящей ноге.

Делаем так 108 махов. Не знаю, почему именно такую цифру рекомендуют йоги, но она работает отлично: это позволяет «запустить» капилляры и хорошенько разогреть ткани. Затем нужно передохнуть. Например, встать обеими ногами на пол и сделать несколько шагов на месте.

После разминки можно применить другой вектор: совершать движения ногой немного наискосок (допустим, справа налево) – тоже 108 раз. Затем в другую сторону (слева направо), также 108 повторений.

Не забываем, что организм любит симметрию. Стараемся выполнить аналогичные движения второй ногой.

Благодаря этому упражнению за счет утяжелителя и веса самой ноги мы делаем тракцию (вытяжение) конечности. В результате головка бедренной кости (пусть даже это будет самая малость) отходит от вертлужной впадины таза. И благодаря разновекторным перемещениям включаются в работу различные отделы капсулы сустава: вырабатываются новые клетки синовиальной жидкости и удаляются отжившие и ненужные. Тазобедренный сустав (ура!) получает собственную смазку.

Упражнение для коленного сустава

Закрепляем на голень 1–2-килограммовый утяжелитель, садимся на высокую устойчивую поверхность (кушетку или стол). И начинаем болтать ногами. В этом упражнении лучше надевать утяжелители на обе конечности, чтобы сохранять симметрию для таза. Таким образом, одновременно проводим профилактику артроза второго колена. Выполняем 108 повторений.

Эти упражнения рекомендуется делать 2–3 раза в день, внимательно прислушиваясь к сигналам тела. С непривычки могут болезненно реагировать скелетные мышцы, но подобное допустимо (как после тренировки в спортзале).

Можно сделать паузу от 48 до 72 часов – за это время мускулы адаптируются, и затем продолжить занятия без болевых ощущений.

Упражнение для голеностопного сустава

Голеностопные суставы страдают редко, но, если есть необходимость, да и для профилактики, можно делать простое упражнение. Во время утренней разминки в положении лежа совершаем поочередные движения: одна стопа – носком на себя, вторая – носком от себя. На счет «раз» меняем положение стоп на противоположное. На счет «два» вновь меняем. Продолжаем до 108 раз, можно с паузами. Это упражнение хорошо готовит голеностопный сустав к ежедневной нагрузке.

«Купаем» плечевой сустав

Утяжелитель в килограмм надеваем на запястье больной руки. Наклоняем тело вперед так, чтобы спина была параллельна полу. Рука с манжетой безвольно висит. Ладонь здоровой руки для устойчивости упирается в сидение стула или табурета. Качните телом, чтобы больная рука по инерции начала движение вперед-назад. Продолжайте покачиваться, пусть рука качается как маятник – повторить 108 раз. После передышки поменяйте вектор – движение наискосок. Выполнив упражнение 108 раз и чуть отдохнув, совершайте движение наискосок в другом направлении. Не забывайте разрабатывать вторую руку.

Итак, принцип полезных действий, я надеюсь, вам понятен. Он распространяется и на суставы других локализаций. Надеюсь, эта информация будет особенно полезна докторам. А базовые знания анатомии и физиологии помогут им применить этот подход с реальной пользой для здоровья пациентов.

Артрит и его причины

Артрит – это острый воспалительный процесс в суставах, сопровождаемый болью, отеком и (как правило) покраснением кожи. Пораженный участок тела становится теплым или даже горячим, движения при этом ограничиваются либо становятся вовсе невозможными.

Агрессором, который посягает на благополучие сустава и, собственно, провоцирует это воспаление, обычно являются спрессовавшиеся от шаблонных нагрузок околосуставные мио-фасциальные звенья. Намного реже – инфекционные агенты или прямая травма.

Агрессивные факторы в какой-то момент приводят к деструкции наиболее уязвимых клеток суставного хряща, что служит сигналом к началу активных «боевых действий» в этой зоне. Поврежденные ткани пытаются выжить с минимальными потерями. И ответный артрит – это важная «битва добра со злом» с привлечением клеток иммунитета. Они сражаются за отграничение поврежденного участка от здоровых тканей, спасая их от гибели.

Артриты бывают различного происхождения. Например, *бактериальные артриты* возникают в результате довольно редких заболеваний, спровоцированных микроорганизмами (ботулизм, инфекционный мононуклеоз и другие). В таком случае в первую очередь нужно лечить саму болезнь, которая поражает органы и системы (в том числе и суставы). Подобными недугами занимаются врачи-инфекционисты.

Бывают воспаления на фоне аутоиммунных процессов. Наиболее яркий пример – *ревматоидный артрит*. Эта болезнь вызвана сбоем в работе иммунной системы, в результате чего страдают не только подвижные соединения костей, но и внутренние органы. Здесь также в первую очередь требуется выверенная медикаментозная поддержка для «обуздания» каскада агрессивных иммунных реакций в организме.

Есть *подагрические артриты*. Подагра – метаболическое заболевание, которое начинается с разрушения основания первого пальца стопы, а потом поднимается выше. Посягает на голеностопы, а затем и на коленные суставы. Часто удается справиться с болезнью коррекцией питания и соблюдением питьевого режима. Иногда приходится подключать медикаменты.

Но значительно чаще встречаются так называемые реактивные, то есть ответные артриты, которые являются закономерной реакцией сустава в ответ на жесткий зажим окружающими тканями. Они не нуждаются в лекарственной терапии. Более того, она пагубно сказывается на перспективе. Необходимо просто освободить сустав, и он становится здоровым.

Процесс лечения

Стандартный способ лечения любого артрита в отечественном здравоохранении – снятие симптомов медикаментами, прежде всего противовоспалительными нестероидными и стероидными (гормональными) препаратами. Даже если имеет место тот самый реактивный артрит (когда суставные структуры просто взбунтовались в ответ на внешнюю компрессию), когда лекарства больше вредны, нежели целесообразны.

К сожалению, игнорируется важный пусковой фактор, провоцирующий либо усугубляющий каскад воспалительных реакций, – сжимающие сустав «мышечные тиски». Устранить их полезно не только при реактивном артрите, но и при ревматоидном, и при подагрическом. Да, тем самым при системном процессе мы не избавим пациента от основного заболевания. К сожалению, речь идет о тяжелых хронических болезнях с повторными атаками агрессии против собственных тканей. Но в тех ситуациях, когда очередная волна обострения обрушится на исходно зажатый сустав, ему грозят грандиозные разрушения. А если обострение затронет освобожденное сочленение, последствия такой волны будут минимальны – у свободных тканей принципиально иная возможность противостоять внешним атакам.

Мы с коллегами работаем и со специфическими артритами (инфекционного, аутоиммунного и метаболического происхождения) на этапе ремиссии (после нормализации температуры и при положительной динамике лабораторных анализов), когда заканчивается очередной острый период.

Кроме прочего, в ходе лечения необходимо скорректировать диету пациентов, наладить их питьевой режим. Основываясь на мнении доктора Ферейдуна Батмангхелиджа и своей многолетней практике, уверенно могу подтвердить, что аутоиммунные и метаболические заболевания подозрительно часто развиваются у людей, которые не пьют воду или употребляют ее непростительно мало. Также для улучшения самочувствия мы рекомендуем пациентам специальные противовоспалительные упражнения – с их помощью можно снизить воспалительный процесс в суставах и позвоночнике, минимизируя прием лекарственных препаратов.

Киста Бейкера, бурсит, синовит и «страшилки» официальной медицины

Киста Бейкера – это локальный отек по задней поверхности коленного сустава, иными словами – выбухание под коленом. Аналогичный процесс, происходящий в непосредственной близости с надколенником («шишки» выше или ниже него), носит название «бурсит», а если он охватывает весь сустав – синовит.

Природа этих явлений одинакова – дополнительная смазка, которая не поместилась внутри сустава и была вынуждена заполнить ее резервные, запасные карманы. Поэтому, рассматривая приведенные ниже факторы, провоцирующие кисту Бейкера, мы будем иметь в виду причины всех других видов локального отека (бурсита, синовита).

Киста Бейкера крайне редко дает какую-либо симптоматику, и обычно ее обладатели годами не подозревают о назревающем неблагополучии. В редких случаях, когда она становится довольно объемной, киста начинает сдавливать нервный ствол, залегающий в подколенной ямке. Тогда может появиться онемение либо мурашки в голени, иногда – болевые ощущения. Крайне редко киста Бейкера способна прижать подколенную вену: в таком случае ниже зажима, в голени, появляется отечность с синеватым оттенком. В единичных случаях, при многолетнем течении болезни, встречается разрыв кисты (появляется острая боль в голени и ее отек), при котором предпочтительна тактика 3–4-недельного покоя, противовоспалительная терапия, локальное применение мазей и дренажные упражнения. Но это случается, как правило, у людей преклонного возраста, с гонартрозом 3–4 стадии, с букетом сопутствующих заболеваний, соединительная ткань которых существенно повреждена приемом большого количества лекарств, внутрисуставных инъекций и откровенно высушена вследствие нарушения питьевого баланса. За десятилетия своей практики я лишь единожды встретила такую ситуацию. И еще один случай наблюдали мои коллеги. А пациентов с кистами Бейкера через наши руки суммарно проходят тысячи. Вот, собственно, и все неприятности, которые может давать эта «шишка под коленом».

В официальной медицине принято считать, что киста Бейкера – это либо самостоятельное заболевание (у детей), либо следствие артроза (у взрослых). Ни то, ни другое утверждение не является верным. Давайте рассмотрим, что служит основанием для ошибочного мнения.

Как правило, человек обращается к врачу, когда начинает испытывать боль в суставе, ограничение движений в нем. То есть тогда, когда уже стартовал гонартроз (прогрессирующее четырехстадийное разрушение поверхностей зажатого сустава). Если специалист решает внимательно осмотреть колено, то обнаруживает локализованный отек, который, как правило, формируется (ниже объясню целесообразность его возникновения) за несколько лет (!) до появления болевой симптоматики. Но доктор увидит его здесь и сейчас, когда в наличии все критерии деструкции сустава (гонартроза). И сделает традиционный вывод: у пациента –

гонартроз, а киста Бейкера – его закономерное проявление/осложнение. И начнет отчаянно сражаться с ней.

Если поискать информацию в интернете, можно найти очень много медицинских «страшилок»: пишут о том, что киста Бейкера грозит некрозом, гангреной, ампутацией и прочими катастрофическими последствиями. Эти тексты составляют не врачи-практики, а маркетологи определенных медицинских компаний. Тактика запугивания срабатывает безотказно, поэтому после перечисления «трагических перспектив» предлагаются кардинальные меры: «лечить» артроз медикаментами (об этой тактике мы подробно писали в предыдущей главе) и радикально бороться с отеком: пунктировать, откачивая содержимое, либо иссекать часть суставной капсулы. И указываются конкретные адреса с контактными телефонами «спасителей».

Однако проходит время, и после вышеуказанных процедур патология рецидивирует – в области колена снова накапливается жидкость. И ее приходится пунктировать второй, третий раз. Затем врач предлагает ввести гормоны в сустав, чтобы «подсушить» кисту. Внутрисуставное введение гормональных препаратов действительно угнетает клетки суставной капсулы, которые вырабатывали дополнительную смазку. О плачевных последствиях такого подхода мы поговорим чуть позже.

Во время врачебной конференции в одной из федеральных клиник (раньше было принято проводить коллективные «разборы полетов») хирурги высказали мнение: «Сколько кисту Бейкера ни пунктируй, она опять появляется, и операции не помогают, все равно рецидивирует. Может, ее вообще не трогать? Не обращать на нее внимания?»

Я считаю такую позицию правильной. Если выбирать между тактикой беспощадной войны с отеком коленного сустава и бездействием (а другого стандартизированная медицина последних десятилетий не предлагает), я отдам предпочтение второму варианту. Борьба с кистой Бейкера, бурситом, синовитом в большинстве случаев бессмысленна и зачастую вредна. Давайте разберемся почему.

Киста Бейкера не враг, а помощник

Наш организм гармоничен, он ничего не делает просто так: когда необходим отек для защиты – он возникает, когда обстановка спокойна – он исчезает. Коленный сустав, как уже говорилось, – это шарнир. Для бесшумного и безболезненного движения ему нужна смазка. В норме она вырабатывается в небольшом количестве (1–2 миллилитра) капсулой сустава – это герметичная манжета, которая крепится выше и ниже щели сустава (так называется зазор между суставными поверхностями бедренной и большеберцовых костей). Когда суставу угрожает опасность разрушения, он начинает вырабатывать значительно больше синовиальной жидкости: порядка 30–50–100 миллилитров. Не помещаясь между суставными поверхностями, она начинает заполнять резервные «карманы».

При осмотре у таких пациентов выявляются целые цепочки проблемных мышц, которые тянутся от поясничного (порой от грудного или шейного) отдела позвоночника, зажимая по пути многие анатомические образования, в том числе и коленный сустав.

Делаем вывод, что отеки в области колена – не отдельное заболевание и не проявление артроза, как принято считать. Это естественная реакция организма, которая возникает, когда коленному суставу тяжело и он пытается сохранить свою целостность. В ответ на стойкий зажим окружающими тканями происходит выработка дополнительной смазки. Внутри сустава появляется дополнительный гидравлический амортизатор, своего рода «спасательный круг», защищающий суставные поверхности от разрушения. Колено словно говорит: «Мне плохо, разберитесь, что происходит. Видите, сколько уже смазки. Я спасаюсь, как могу».

Лечение

Исходя из вышеописанных причин, при выявлении кисты Бейкера и подобных ей процессов наша задача очевидна: разобраться, почему сустав вынужден вырабатывать столько жидкости, отчего он страдает?

Идеальный вариант: выявить и устранить все триггеры, виновные в нарушении геометрии тела, оптимизировать биомеханику, перераспределить нагрузку по организму, освободить сустав и надежно вывести его из-под удара.

Ликвидация аутокомпрессии (зажима сустава собственными тканями) позволяет избыточной смазке резорбироваться, то есть рассосаться. В итоге в полости капсулы остается 1–2 миллилитра жидкости, как и должно быть в норме, контуры сустава становятся отчетливыми. И самое главное – освобожденный шарнир не уходит в деструкцию, гонартроз не развивается, сустав возвращается к здоровой жизни.

Пациенты порой спрашивают: «Как такое может быть? Без пункции, без гормонов? Без операции?» Их реакция понятна: к сожалению, людей приучили к мысли: «Киста в области сустава – это страшно, опасно, необратимо».

На самом деле организм устроен мудро, он способен решать большинство назревающих проблем. Вспомним элементарные вещи: мы наблюдаем отек, когда порезали палец. Как только ранка заживает, опухоль закономерно уходит, и это для нас привычно. Точно так же и любая жидкость в нашем теле может как появляться, так и рассасываться. Ведь организм способен на многое – он даже переломанные кости сращивает, так что удалить лишнюю смазку, которая уже не нужна, для него не составляет труда.

Должна сказать, что у людей молодых и с крепким здоровьем киста может уйти даже без лечения. Особенно если исключить нагрузки и длительную ходьбу. Но не нужно обольщаться: в случае очередной перегрузки / пробуждения неустраненных триггеров киста имеет полное «право» рецидивировать для очередного спасения.

Что касается традиционных методов лечения в виде многократного пунктирования и введения гормонов, то они чреваты трагичным исходом: пересушенная суставная капсула перестает вырабатывать собственную смазку. Искусственное подавление этого процесса уничтожает природный амортизатор – спасительную внутрисуставную гелевую подушку – и приводит к спаечному процессу, нарушению трофики (питания) и прогрессирующему разрушению зажатых суставных поверхностей.

Таким образом, после подобных «лечебных» манипуляций создаются все предпосылки для развития прогрессирующего артроза.

Самодиагностика и профилактика

Мы уже говорили о том, что киста Бейкера настолько «молчалива», что многие живут с ней годами, не замечая.

Тем не менее, учитывая, что организм таким визуальным образом подает важный сигнал на ранней стадии негативных изменений, стоит периодически проводить самообследование.

Для этого нужно в положении сидя согнуть ногу в колене так, чтобы между бедром и голенью получился острый угол (менее 90 градусов) и пропальпировать руками подколенную ямку с обеих сторон. В норме под пальцами должны перекашиваться сухожилия мышц и между ними – прощупываться ямка. А бывает так, что вместо этого выявляется упругий шарик. Так проявляет себя помощник коленного сустава и в то же время индикатор его неблагополучия – киста Бейкера.

Бороться с ней точно не нужно, а попытаться самостоятельно освободить сустав – необходимо. С этой целью рекомендую несколько простых упражнений.

Растягивающие упражнения для мышц ягодичного вера

Исходное положение – лежа на спине.

Согните ногу в коленном суставе: возьмите себя двумя руками за колено и тяните его по направлению к противоположному плечу. Усиливаем растяжку на каждом выдохе. Продолжительность упражнения – 45–60 секунд, чтобы достаточно глубоко обеспечить капиллярным кровотоком важную для коленного сустава зону ягодичы. То же самое повторяем со вторым коленом, делаем 3–5 раз каждой ногой.

Упражнение для растяжки задней поверхности ног

Выполняются с помощью ремня или пояса. Примите положение сидя, можно спиной касаться стены, ноги прямые и вытянуты вперед. Возьмите ремень, перебросьте его через стопу, через подушечки пальцев, за концы ремня максимально потяните стопу на себя и остановитесь. Тихонечко начинайте давить стопой на ремешок. Делать это нужно очень аккуратно, буквально 10 % от максимальной силы. Давление длится 10 секунд. После чего расслабьте стопу и натяните ремень, как вожжи, на себя, до чувства жжения в икроножной мышце, под коленом. Растяжка длится 10 секунд. И снова 10 секунд давим на ремешок, затем расслабляемся и следующие 10 секунд тянем ремень на себя. Выполните 3–5 подходов для каждой ноги.

Упражнение для растяжки приводящих мышц бедра

Это мышцы, которые идут по ноге вниз, от паха, перебрасываясь через коленный сустав по его внутренней поверхности. Упражнение приятное, особенно когда хочется побездельничать. Лягте на пол на спину, ноги – под прямым углом к туловищу, расположены на стене, ягодичы вплотную к ней прижаты. Медленно разводите ноги в стороны до ощущения натяжения, идущего от паха. Остановитесь в этой позиции, дышите и старайтесь максимально расслабить эти мышцы. Через какое-то время вы почувствуете, что ноги разъезжаются дальше, позвольте им это сделать.

В этой позиции можно находиться от одной до трех минут. Начинать целесообразно с одной минуты и потихоньку увеличивать время.

Эти упражнения хороши для профилактики патологических состояний и даже для лечения. Выполняя их, удастся частично, а иногда и полностью освободить коленный сустав.

Киста Бейкера у детей

В период активного роста дети часто жалуются на боли в ножках (традиционное объяснение докторов: мышцы не успевают за ростом костей), и при обследовании в некоторых случаях врач обнаруживает кисту Бейкера. Конечно, объявляет ее виновницей всех бед и тут же приступает к решительным мерам. Но причины болей в ногах и появления отеков под коленом у ребенка точно такие же, как у взрослых.

Поэтому снова рассмотрим эту ситуацию, исходя из наших знаний о триггерных точках и мышечных зажимах.

Вопреки предрассудкам, мышцы, кости и другие анатомические структуры растущего организма не могут увеличивать свою длину разными темпами. Природа разумна, и клетки размножаются пропорционально.

В процессе роста скелета точки крепления мышц отдаляются друг от друга, и закономерно происходит растяжение мышечных волокон. Если в них нет триггеров – процесс роста идет гармонично. Если же триггер успел сформироваться, попытка «потянуть» проблемную мышцу пробудит его и спровоцирует отраженную боль. Возникнут «беспричинные» боли в ножках. Кроме того, тракция (растяжение) мышцы, отягощенной триггерными точками, вызовет ее реактивный спазм. Сустав, оказавшийся в проекции зажима, начнет использовать предусмотренную природой защиту, вырабатывая дополнительную смазку, – появится киста Бейкера.

Ее формирование – вполне объяснимое явление у детей в период активного роста. Она может проявиться в 4–5 лет, затем в 10–13 лет, когда дети вырастают за год на 8–10 сантиметров и более. Стоит внимательно наблюдать за состоянием ребенка и проводить регулярные осмотры.

Когда у ребенка обнаружена «шишка» под коленом, не следует спешить в поликлинику, стремясь избавиться от нее. Она спасает зажатый сустав от повреждения. Для улучшения ситуации нужно просто выявить и растянуть те мышцы, которые сдавили суставчик, предварительно убрав триггер. Дети легко поддаются такой терапии, и иногда бывает достаточно одного врачебного приема, подбора персонально полезных упражнений, чтобы радикально решить проблему.

Так, однажды ко мне на прием привели четырехлетнего малыша с такими «шариками» под коленками. Мама мальчика рассказала, что его уже прооперировали, но киста снова выросла и стала больше, чем до операции. А чуть позже образовалась еще одна, с другой стороны. Ребенок пережил настолько сильную физическую и психологическую травму, что не мог видеть людей в белых халатах, и, чтобы его осмотреть, я переоделась в зеленый.

«Не знаю, что делать! Оперировать его еще раз смысла не вижу, но других вариантов никто не предлагает», – в отчаянии говорила мама мальчика.

Я уверена, что оперировать у детей кисту Бейкера – это преступление, но, к сожалению, многие врачи видят в этом единственное решение. С мамой ребенка, безусловно, была солидарна: делать очередную операцию бессмысленно. Гораздо важнее найти всю цепочку мышечных тисков, которая «добралась» до колена, и надежно расправить ее.

Семья мальчика, в которой было несколько детей, жила в далекой деревне; у этих пациентов не было возможности пролечиться курсом в нашей курганской клинике. И я предложила им другой вариант. Сначала проработала на приеме все значимые триггерные точки, затем показала упражнения для выполнения дома, прописала лечебные компрессы для улучшения капиллярного кровотока.

Попросила маму выполнять все рекомендации и мониторить состояние в течение трех месяцев. Прошло полгода, а от семьи не было никаких вестей. Мы нашли номер той женщины, позвонили ей, поскольку думали, что местные врачи все же уговорили ее на операцию. Оказалось, что кисты Бейкера ушли в течение 3–4 месяцев, мальчишку ничего не беспокоит. Вот на что способна мама, когда она вооружена знаниями.

Объяснение многих недугов в теле с позиции наличия триггерных точек абсолютно логично. И главное – на практике этот подход дает отличные результаты.

Нужна ли вам артроскопия?

Артроскопия – это метод малоинвазивного хирургического вмешательства, предназначенный для диагностики и лечения внутрисуставных повреждений или заболеваний. Эта про-

цедура проводится с использованием прибора для визуального обследования внутри сустава – артроскопа. Он вводится в суставные ткани через микроразрез диаметром всего 3–5 миллиметров, и в результате внешние последствия операции почти незаметны, а на реабилитацию часто уходит буквально полдня. Но давайте поразмышляем, так ли уж хорош этот метод, ставший в наши дни столь популярным.

Действительно, есть случаи, когда артроскопические операции надо делать обязательно. Допустим, при травме у человека откололся кусочек мениска – «вкладыша» внутри коленного сустава, и начал его «заклинивать». Боль такая, что временами колено блокируется, ногу не получается ни согнуть, ни разогнуть. В полости сустава не должно быть никаких сторонних включений. Наличие свободного фрагмента – абсолютное показание к оперативному вмешательству.

Но нередко происходит так, что после артроскопии пациенту не становится легче, он жалуется: как болело колено, так и продолжает, а если и было облегчение, то ненадолго, затем хромота вернулась.

Возобновление исходного болезненного состояния наводит на мысль о том, что причина была проигнорирована и не устранена. И, как правило, при осмотре выявляется – боль носит отраженный характер: колено тут совсем ни при чем, а причина кроется, например, в средней ягодичной мышце. Там находится триггерная точка, или так называемый триггерный тяж. Он, в свою очередь, дает отраженную суровую боль в колене и заметную хромоту. Но на это при обследовании никто не обратил внимания (такие темы не дают в медицинских вузах). Игнорирование источника боли не давало облегчения и при попытке лечения на дооперационном этапе. Традиционно «ввиду неэффективности консервативной терапии» пациента направили на артроскопическое вмешательство с целью «заглянуть в сустав изнутри, промыть, почистить». Но и эта тактика не увенчалась успехом: источник боли находился далеко.

Такие операции поставлены во многих клиниках на поток, позволяют хорошо зарабатывать. К сожалению, далеко не всегда это делается по медицинским показаниям, а для организма вторжение в полость сустава в любом случае – травма.

Академик Илизаров учил нас: «Если вы хотя бы раз “залезете” в сустав, не ждите, что он останется здоровым». Да, организм до определенного предела способен к регенерации. Но испытывать его на прочность опасно. Поэтому надо очень осторожно относиться к любому инвазивному способу лечения, взвешивая ожидаемый полезный эффект и прогнозируемые риски.

Дополнительные методы терапии

Висцеральная терапия

Работа с внутренними (висцеральными) органами является неотъемлемой частью нашего лечебного процесса, поскольку эти структуры также страдают при искривлении позвоночного столба и в других случаях нарушения геометрии тела.

Только представьте, насколько спрессованы органы брюшной полости, если мы, например, постоянно сидим, наклонившись вправо или положив правую ногу на левую. Мы подвергаем их сдавлению ежедневно, постепенно формируя стойкие зажимы.

Тисками становятся мышцы, фасции, межорганный клетчатка – через эти структуры проходят нервные стволы, которые должны обеспечить каждому органу нормальный тонус, питающие его сосуды. По артериям притекает чистая кровь, по венам оттекает отработанная. Также есть лимфатические коллекторы, которые при помощи лимфы уносят самые опасные продукты жизнедеятельности клеток. Артерия и вена обычно залегают рядом, бок о бок. Артерию зажать

трудно – ее упругие, эластичные стенки в три раза толще, чем у вены. И, получается, при компрессии сосудистого пучка артерия продолжит поставлять кровь к органу, а полноценного оттока по вене уже не будет. Орган лишается возможности освободиться от своих же отходов производства, в нем накапливаются токсические вещества, он воспаляется, отекает и болит.

Более того, хроническое «залипание» в порочном положении одного органа начинает негативно влиять на соседние. При опущении желудка присоединяется дискинезия желчевыводящих путей, нарушается моторика кишечника. Органы малого таза настолько близко расположены друг к другу, что изменение позиции одного тут же влияет на другие. Например, хронически переполняемая прямая кишка будет постоянно сдавливать детородные органы, мочевой пузырь, и вряд ли это останется без последствий.

Найти взрослого человека с безупречным состоянием внутренних органов – сложная задача. Ведь все мы, начиная с сидения за школьной партой, спрессовываем себе брюшную полость, сдавливаем грудную клетку, провоцируем застой в малом тазу. С годами это часто выливается в болезни.

Как традиционно проводится лечение? Возникшее воспаление – холецистит / панкреатит / колит / гастрит – пытаются гасить противовоспалительными препаратами. Сформировавшиеся зажимы пытаются устранять спазмолитиками и миорелаксантами. Нарушенные процессы пищеварения корректируют ферментативными препаратами. Но помогут ли медикаментозные костыли в выздоровлении, если не навести порядок в зажатых структурах? Конечно, нет. Процесс лишь переходит в хроническую форму.

Поэтому, высвобождая из тисков сегменты позвоночного столба, суставы, нервные стволы и сосуды, мы параллельно работаем и над освобождением зажатых внутренних органов. С каким бы диагнозом пациент ни приходил на лечение, мы обязательно будем проводить висцеральную терапию. Наша задача – мобилизовать больной орган, то есть устранить образовавшуюся патологическую фиксацию и диспозицию. И когда мы деликатно, но вместе с тем глубоко прорабатываем нужную зону, то к органу возвращается подвижность, а вместе с ней – и эластичность. Восстановление анатомии идет параллельно с нормализацией функции.

Кроме того, работа с животом позволяет нам подобраться к передней поверхности позвоночного столба и крестца, к диафрагме.

В официальной медицине об этом методе сложилось предвзятое мнение. «Вы что же, в народную медицину подались?» – снисходительно улыбаясь, говорят врачи, намекая на то, что раньше бабушки-целительницы «правили» живот.

Да, мы готовы перенимать практические навыки предшествующих поколений. Тем более если это отлично работает! Мне самой в первые годы врачебной практики «бабушкино целительство» внушало уважение. Хотя не всегда хватало теоретического обоснования. Я, отличница мединститута, порой не могла помочь пациенту, а хорошая бабушка спасала. Вспомнить хотя бы историю с рожистым воспалением у моего брата Юры, которое вылечила наша баба Зоя. Поэтому я приняла решение научиться работать с животом, как это делали мои старшие родственницы.

Покупала много книг по висцеральной терапии. Очень помогло и то, что в советское время в институте, при отсутствии КТ и МРТ, нас учили как следует разбираться с телом, ставить диагнозы на основании очного осмотра и детальной пальпации – изучения кончиками пальцев состояния органа: его местоположения, степени эластичности, подвижности. И сегодня «правку живота» я считаю крайне важным этапом на пути к здоровью.

Как автономный метод лечения висцеральная терапия, на мой взгляд, не всегда достаточно эффективна, и с этой точки зрения можно согласиться со скептиками от официальной медицины. Если мы поработали с животом, но при этом не выявили триггерные точки и миофасциальные линии все так же укорочены, то эффект от манипуляций, к сожалению, начнет быстро таять. Для надежного и стойкого результата необходимо работать с телом целиком,

менять его геометрию. Безусловно, в комплексе с остальными лечебными процедурами этот вид терапии дает максимально положительный эффект в оздоровлении пациентов.

Капилляротерапия

Капилляротерапия также является обязательным пазлом в структуре нашего лечебного курса.

Благополучие любого органа зависит от состояния капилляров. Именно они являются транспортной системой для питания любой клетки: поставляют полезные субстанции и эвакуируют «отходы производства». В капиллярах циркулирует 80 % кровотока, тогда как в крупных сосудах – всего лишь 20 %. Поэтому часто при обследовании с помощью УЗДГ и МРТ сосудов большого диаметра констатация их безупречного состояния может дать ложное впечатление о «полноценном» кровоснабжении тканей и органов.

На самом деле ситуация иная. С годами капиллярное русло – основной способ кровотока – закономерно и неизбежно страдает: сосуды мельчайшего калибра спрессовываются от стереотипных нагрузок и шаблонных фиксированных поз, «слипаются» от невостребованности, ухудшается сама структура соединительной ткани, через которую из крови в клетку должны поступать питательные вещества. И как бы красиво ни звучали рекламные обещания, не существует препаратов, которые способны противодействовать этим процессам.

В то же время негативные «возрастные» тенденции можно нивелировать. В трудах генерала медицинской службы Абрама Соломоновича Залманова, лечащего врача В. И. Ленина, я нашла описание нескольких вариантов тренировки капилляров, которые мы успешно внедрили и применяем в наших клиниках.

1. *Механическая*: массаж, самомассаж жесткой варежкой, роллами, душ Шарко, растяжение руками специалистов спрессовавшихся мягких тканей.

2. *Температурная*: контрастный душ, криокапсула, сауна в чередовании с бассейном.

3. *Биохимическая*: меняем приоритеты в питании.

Диета: 4 дня преимущественно белковая пища: мясо, рыба, яйцо, творог и т. д., затем 4 дня – растительная (тушеные, гриль и сырые овощи, оладьи и запеканки из кабачков или моркови, салаты, зелень), вновь 4 дня – белковая и затем опять – растительная.

Такой курс длится 24 дня и повторяется раз в полгода или раз в квартал.

Это можно делать самостоятельно. Капилляры скажут спасибо.

В процессе же базового цикла процедур мы с коллегами также применяем обертывания и ванны из составов Залманова на основе живичного скипидара с параллельным проведением миофасциального массажа (расправляем триггерные точки) и персональными занятиями с инструктором ЛФК (растягиваем руками специалистов спрессовавшиеся мышцы).

Врожденные аномалии развития

Бывает, ко мне на прием приходит пациент и говорит:

– Ирина Геннадьевна, нужно что-то делать. Мне сказали, что у меня гипоплазия позвоночной артерии. Справа она на пятьдесят процентов тоньше, чем слева! Мне сказали, что это врожденное. Это совсем плохо?

– Подождите, – отвечаю я. – Вы с такой асимметрией до сегодняшнего дня жили спокойно, верно?

– Да, вообще никаких проблем не было. Но месяц назад появились головные боли и головокружения. Вот и пошел на обследование.

– Итак, несимметричные сосуды у вас с рождения, а симптомы появились лишь сейчас, в тридцать пять лет, и вы опасаетесь, что виновата тонкая артерия? Нет, так не бывает. Если бы

она оказывала негативное влияние на мозговой кровоток, плохое самочувствие появилось бы в раннем детстве. Поэтому давайте разбираться и искать реальную причину неблагополучия.

На самом деле, прежде чем спешить принимать меры, нужно вникнуть в конкретную ситуацию. Поговорим про особенности сосудов.

Наши артерии (любые) крайне редко бывают совершенно симметричными, то есть одинакового диаметра. Как и другие парные органы. В качестве примера можно привести, например, глазную щель: правый глаз немного отличается от левого. Аналогично у большинства людей немного различаются друг от друга по форме и размеру уши. И это нормально. В конце концов, мы ведь живые люди, а не рисунки на плакатах.

Обычно аномалия развития никак не влияет на уровень жизни и уж точно не является приговором. Более того, человек зачастую узнает о ней случайно. Его начинает что-то беспокоить, доктор на приеме отправляет на обследование, и выявляется определенная асимметрия.

Правда, большинство врачей считают, что за внезапно открытую аномалию надо обязательно «зацепиться». И это обычно звучит примерно так: «Ну а что вы хотите? У вас в одной артерии просвет в два раза уже, чем в другой, поэтому у вас и болит голова».

Хорошо, что сейчас все чаще встречаются пациенты, которых не устраивает такое объяснение, они приходят на прием достаточно подготовленными. И нередко ставят в тупик врачей, задавая логичный вопрос:

– А если это врожденное, то почему же меня раньше ничего не беспокоило?

Будучи молодым врачом, и я не знала, что ответить на такой прямой вопрос, поэтому придумывала туманные и сложные объяснения. Я благодарна таким смелым пациентам за их «неловкие» вопросы. Они заставляют думать, анализировать, искать нестандартные решения.

Если врожденная аномалия вызывает какие-то патологические симптомы, то человек действительно чувствует это буквально с рождения. Случается, пациенты приходят с жалобами: «Вы знаете, с раннего детства, по крайней мере сколько я себя помню, – жуткие головные боли, головокружения, потери сознания. Врачи что только ни делали, но лучше так и не становилось». То есть это тянется всю жизнь. В таком случае можно заключить: да, врожденная аномалия действительно является виновницей неблагополучия.

Но это не дает врачу права опустить руки и не стараться улучшать жизнь пациента. В том, что возможно успешно работать с врожденными аномалиями, я убедилась на примере своей личной истории с несросшимся четвертым поясничным позвонком. Посмотрев на проблему под другим углом, я смогла помочь себе и уже много лет помогаю другим.

В наших клиниках ищем и убираем то, что с годами добавилось к врожденной аномалии и усугубляет состояние здоровья. В абсолютном большинстве случаев это – сформировавшаяся по причине тех самых шаблонных нагрузок порочная геометрия тела.

Самые распространенные аномалии позвоночника

Спондилолиз (это как раз моя особенность). Так называют незаращение дужки позвонка, и с подобным отклонением мы сталкиваемся довольно часто. Любой позвонок, если посмотреть на него сверху, – костный кубик, от которого идут своеобразные дужки. Они замыкаются в кольцо и формируют остистый отросток. Именно его мы ощущаем под пальцами, когда трогаем сзади свой позвоночник. Но нередко эта дуга не срастается, как будто перекушена с одной или с двух сторон кусачками.

И тогда получается, что позвонок состоит из двух половинок – передней и задней. Это и есть незаращение дужки. Как правило, при ней мы имеем дело с нестабильным позвонком, потому что при любом движении человек еще больше разбалтывает две его половинки. И чем раньше пациент узнает о такой особенности, тем больше шансов сделать ткани, окружающие этот позвонок, эластичными и надежными, сохранить здоровье.

Если же проигнорировать проблему, то с возрастом соседние анатомические структуры начнут испытывать большую нагрузку и копить дополнительные поломки. Нестабильность позвонка постоянно травмирует соседний межпозвонковый диск, ведет к протрузии, а потом и к грыже.

Сужение спинномозгового канала. В каждом позвонке есть большое отверстие, обрамляемое теми самыми дужками, о которых мы только что говорили. Эти отверстия формируют канал, по которому проходит наш спинной мозг, от головы и до самого «хвостика». Бывает так, что данный канал от рождения сужен.

И в этом случае говорить пациенту: «У вас так сильно заболела спина в 48 лет из-за этой врожденной аномалии» – неверно.

Такому сужению больше всего подвержены шейный и поясничный отделы позвоночника. Оно может присутствовать сразу в двух отделах, а может – только в одном. Бывает и глобальное сужение спинномозгового канала.

Да, человек может сам еще больше сузить это отверстие при «помощи» стандартной терапии: это происходит, когда, испытывая боль, вместо работы с телом он принимает нестероидные противовоспалительные препараты. Но ведь воспаление было защитой организма в ответ на неблагополучие – зажатые ткани пытались воспалиться, набухать, «призывая» в нужное место клетки иммунитета. Насильственное подавление этого процесса ведет к формированию спаек и дополнительному сужению канала. При игнорировании причин с течением времени начинается такая боль, что приходится соглашаться на блокаду стероидными противовоспалительными препаратами (гормонами). Это, в свою очередь, формирует новые рубцы и спайки, и тот просвет, в котором должен находиться наш замечательный спинной мозг, критично сужается. Поэтому, имея врожденное сужение спинномозгового канала, крайне нежелательно прибегать к подобной тактике и снимать воспалительные процессы с помощью лекарств.

Вместо этого я советую делать противовоспалительные упражнения. Они должны подбираться индивидуально, в зависимости от того, какой сегмент у человека пострадал. Нужно учитывать конституцию пациента и его исходную физическую подготовку. Когда к нам на прием попадают люди с такой проблемой, мы начинаем общение с осмотра, пальпации и миофасциального тестирования – это помогает выбрать оптимальный алгоритм действий.

Наша задача – увести защитный воспалительный процесс в мирное русло. Для этого нужно создать так называемые дренажные условия: «включить» в активную работу все, что находится выше и ниже болезненного участка. По мере ликвидации зажима локальное воспаление утихает.

А далее необходимо закрепить и улучшить достигнутые результаты. Поэтому я объясняю пациенту:

– Сейчас мы сняли нагрузку с проблемного участка позвоночного столба. Но, вернувшись на рабочее место, вы неизбежно станете ежедневно его нагружать – хотя бы тем же самым гаджетом. Чтобы проблема не повторилась, во-первых, поменяйте рабочую позу – текстовой зоне компьютера или смартфона следует находиться на уровне глаз. Во-вторых, регулярно делайте зарядку, чтобы не только спрессовывать сгибатели тела, но и растягивать их. Тогда вы сможете каждый день делать шаг в плюс, а не обреченно идти в минус.

Здоровье достигается благодаря осознанному труду и вниманию к своему телу.

Можно ли справиться с генетической предрасположенностью?

Когда-то я думала, что все мои проблемы связаны с генетической предрасположенностью. Это не только несросшиеся позвонки у всех женщин по маминной линии, но и онкология, которой в прошлых поколениях страдало много представителей моей семьи.

Потом я начала изучать восточную медицину. Ближе всех мне оказался подход доктора Ферейдуна Батмангхелиджа – всемирно известного исследователя, автора и сторонника концепции естественной целебной силы воды. В своих трудах он объясняет, как многие заболевания можно либо облегчить, либо вылечить, восстановив питьевой режим.

Читая его, я поняла: несмотря на то, что все мои предки жили на земле и довольно тяжело работали физически, они практически не пили воду. Батмангхелидж утверждает: «Крайняя степень обезвоживания организма – это онкология». И тут я вспоминаю, как бабушки говорили мне: «Что ты, Ирочка, воду пьешь? Попей лучше молочка, компотика, кваса». Меня всегда пытались накормить. Это, конечно, понятно: и наши родители, и бабушки пережили голод и хотели оградить от этого нас. Но интуиция у детей развита хорошо, поэтому они и просят водичку. А взрослые гасят это желание, заменяя одну жидкость другой. Вот только проблема в том, что они неравнозначны. Вода промывает наш организм, а компот, квас, молоко воспринимаются как еда, поскольку ее нужно перерабатывать.

Вполне возможно, именно эта «подмена понятий», невозможность разобраться в том, когда нужно есть, а когда – пить, и привели к тому, что в нашей семье прошлые поколения болели онкологией, хотя и жили в экологически благополучном регионе.

Меня очень радует, что наши дети и внуки приучены к воде. Если бы я начала соблюдать питьевой режим не в 40 лет, а раньше, то, вероятно, могла бы избежать и обмороков, и болей, которые меня мучили.

Поэтому возникает логичный вопрос: а может, «наследственные заболевания» – это результат наших же пагубных привычек?

Генетика – это огромный коридор, и только от нас зависит, что мы сможем сделать с нашим «наследством». У нас есть генотип – набор тех генов, которые нам дали родители, а есть и фенотип – то состояние, в которое наш организм трансформируется в течение жизни. Именно фенотип – это либо наша заслуга, либо наказание. У человека всегда есть возможность или свести к минимуму проявления патологии, так и оставив их только предрасположенностью, а не заболеванием, или неправильным образом жизни бездумно растратить генетический запас прочности, «переплюнуть» своих родственников, заболеть еще ярче и, следовательно, быстрее «сгореть».

Поэтому, когда мне говорят: «Ирина Геннадьевна, у вас такие гены хорошие, как вам повезло!», – я обычно отвечаю: «Гены мне достались разные, но я ищу варианты для улучшения своего фенотипа. И пока мне нравится результат!»

Немного об особенностях конституции

Древняя восточная медицина очень мудра. Она гласит: невозможно одинаковым способом лечить одну и ту же болезнь в разных телах. И в этом – истина. То, что подойдет одному, будет опасно для другого. Эти знания необходимо учитывать всем, кто занимается здоровьем – личным или помогает людям.

Помню, одно время пошла волна популярности на такой экстремальный вид реабилитации, как погружение в ванну с холодной водой. Человек, который запустил его «в массы», испытал этот метод на себе, получил хорошие результаты и поэтому рекомендовал его как идеальный способ оздоровления. Для него такая процедура действительно была отличным решением. Но давайте посмотрим, для всех ли это одинаково полезно?

Согласно аюрведе, есть три типа конституции людей, три доши: вата, капха и питта.

Vata – конституция аристократов, обычно встречается у европейцев. Типичный пример такой конституции – Полина Гагарина. Это люди модельной внешности: хрупкие, тоненькие, с длинной голенью. Через кожу явно просвечивают вены, подкожно-жировой клетчатки практически нет. Несмотря на то, что многие, особенно женщины, мечтают о таком теле, быть ватой не так безоблачно, как кажется. Это весьма травмоопасная конституция. Существует постоянный риск повреждений в результате самых незначительных нагрузок. Характерны разрывы связок, рецидивирующие вывихи, множественные протрузии и грыжи, высока вероятность грубого остеопороза – вот неполный перечень «особенностей», сопутствующих доши вата. Таких людей надо беречь от охлаждения, поэтому им точно нельзя рекомендовать ледяную ванну.

– У вас доминирует вата, – говорю я пациенту. – Конституция, которой обладают многие профессиональные йоги.

– Да, но ведь они узлом могут завязываться и не ломаются при этом, а я только рукой махну – и сразу вывих.

– Правильно. Те, кто профессионально занимается йогой, а не говорит об этом, окончив двухнедельные курсы, всерьез работают над эластичностью соединительной ткани. И со временем йог становится как пруттик, который можно завязать, а потом развязать и не сломать при этом. А у вас пока другой образ жизни: вы высушиваете себя отсутствием питьевой воды, обожаете сладкие газированные напитки. Предпочитаете жим штанги и тренажеры с большим отягощением, хотя вам полезно другое – пробежки, упражнения на баланс. Предпочтение нужно отдавать легким упражнениям: занятиям с гантелями или утяжелителями 1–2 килограмма. Но количество повторов доводить до цифры 108. Не могу сказать почему, но она работает особым образом. Выбирая же силовые нагрузки, вы испытываете на прочность свою соединительную ткань. А ее запас у вас ограничен. Соответственно, нужно позаботиться об улучшении структуры околосуставных и околопозвоночных тканей, чтобы укрепить сухожилия и связки. Важная роль в этом процессе отводится питанию и увлажнению. Так, йоги постоянно употребляют семена кунжута, они носят их в мешочке на груди и насыпают кунжут даже в суп. Считается, что этот продукт помогает синтезировать нити коллагена и эластина, формировать надежную соединительную ткань. В этом же направлении работают красные овощи: свекла, морковь, сладкий перец, помидор. Для достаточного увлажнения необходимо соблюдать питьевой режим. Есть примерная расчетная норма: на каждые 30 килограммов веса рекомендуется выпивать по одному литру чистой некипяченой воды (исключение составляет ряд заболеваний с нарушением выделительной функции почек). Кроме того, у каждого человека имеется честный объективный индикатор – моча: если организм достаточно «промыт», она без цвета и запаха. Сахар же, напротив, прилично «высушивает» организм, и вам было бы полезно от него отказаться.

Капха – довольно выносливая конституция, ею чаще обладают жители Востока. Это, как правило, люди с крепким телосложением и прочной соединительной тканью, рост средний или ниже среднего, голени достаточно короткие. Капхе не нужно много качаться в спортзале – мышцы у таких людей достаточно объемные. А они, в свою очередь, – «кормильцы» суставов и межпозвонковых дисков. Это значит, что люди-капхи меньше склонны к дегенеративно-дистрофическим заболеваниям, к которым относится остеохондроз и артроз. У них быстро заживают раны, хорошо срастаются переломы. Из известных людей наиболее типичным представителем капхи я считаю популярного актера и ведущего Дмитрия Нагиева.

Единственное, что обязательно надо делать капхе, – высыпаться. Без этого организм начинает рушиться. Но в целом быть капхой прекрасно. Представители этого типа всегда были ловкими, неустойчивыми воинами.

Питта – тоже энергичный вид конституции. Ею обладают многие бизнесмены и предприниматели. Телосложение людей с конституцией питта, как правило, мускулистое или атлетического типа. Рост выше среднего, грудная клетка объемная, голос громкий. На таких людях, грубо говоря, можно носить мешки с цементом. Правда, они не гибкие, над этим надо работать дополнительно.

У людей с доша питтой преобладает энергия жара. Их очень полезно охлаждать, чтобы в организме все работало гармонично. Именно такой конституцией и обладает тот самый доктор, который рекомендует лечение ледяными ваннами.

Как видим, от особенностей конституции напрямую зависят способы улучшения и укрепления здоровья. Поэтому, когда я принимаю пациентов онлайн, всегда прошу включить видеозвонок. Документы с медицинскими исследованиями и заключениями – всего 7–10 % необходимой информации. Значительно важнее то, что я увижу.

Более того, в процессе общения я предложу провести тесты, которые покажут состояние суставов, позвоночника и в целом соединительной ткани. И только с учетом совокупности всех факторов смогу дать рекомендации.

Безусловно, еще полезнее очный прием, когда появляется возможность пальпации и начала лечебных мероприятий.

Здесь же уместно снова упомянуть о спортивных нагрузках. Нередко родители отдают ребенка в спорт без учета его конституциональных особенностей. Тренеры, как правило, тоже не знакомы с дошами. В итоге детей с конституцией вата нагружают железом, калеча травмоопасные в данном случае суставы и позвоночник. А питту упорно пытаются посадить на шпагат, травмируя связки и провоцируя повреждение тазобедренных суставов вплоть до асептических некрозов головки бедра. То же самое относится и к взрослым людям, решившим поработать над своим телом в спортзале.

Безусловно, я сейчас привела общую информацию, на самом деле наука об энергетическом строении гораздо интереснее и глубже. Если бы доктора и тренеры, которые берут на себя смелость заниматься с человеком, знали такие основы, читали бы базовые книги по аюрведе, это было бы очень полезно. Люди приходят к нам с доверием, и важно его оправдать.

С чего начать лечение и какой вам нужен врач

Представьте ситуацию. У человека заболела спина. Как ему самостоятельно определить, какой снимок нужно сделать, – магнитно-резонансную, компьютерную томографию или же рентген? Никак. Он может принять такое решение только в том случае, если окончил медицинский институт и не оторвался от практики. И я не советую своим пациентам самостоятельно себе что-то назначать.

Сегодня у многих есть ДМС или просто финансовая возможность обследоваться буквально с головы до пят. И этих людей уже трудно остановить!

Бывает, ко мне на прием приходят пациенты, длительно страдающие от боли, с внушительной папкой снимков: и рентген, и МРТ, и КТ... Но в итоге болезнь не найдена.

Я осматриваю человека стоя, лежа, выявляю погрешности в геометрии тела. Становится понятно, какие ткани неблагополучны. При их пальпаторном исследовании выявляю яркий триггер, начинаю его проработку и слышу:

– Ну вот же, доктор, именно там у меня и болит! Я всем про эту боль рассказываю, но никто до вас эту точку не находил!

Дело в том, что сами по себе триггерные точки могут давать очень интенсивную и стойкую болевую симптоматику. А ведь врачи не станут прицельно искать их при стандартном аппаратном исследовании. В результате истинная причина болей останется незамеченной. В то же время врачи могут обратить внимание на случайно выявленную погрешность, например врожденную аномалию, и начать усердно ее «лечить».

Поэтому запомните: если у вас что-то заболело, не нужно торопиться делать снимки – найдите доктора, который, кроме основной специальности (ортопед / невролог / врач ЛФК / реабилитолог), освоил другие терапевтические направления. Важно, чтобы он не ограничивал свои знания институтской программой.

Какие прикладные разделы медицины, на мой взгляд, должен освоить любой врач?

1. Миотерапия. До 90 % болей в организме дают триггерные точки, поэтому важно хотя бы выучить их топографию (потенциальное расположение) и схему отраженных от них болей.

2. Кинезотерапия (кинезис – движение, терапия – лечение). Без лечения движением не обойтись. Но это не бездумное «закачивание мышц спины», формирующее новые проблемы, а грамотная оптимизация нарушенной геометрии. Приоритетным этапом должно быть расправление и растяжение функционально коротких мышц и лишь потом, в случае необходимости, укрепление чего-либо.

3. Висцеральная терапия. Без наведения «порядка» в животе невозможно вылечить ни один отдел позвоночного столба.

Если доктор владеет вышеперечисленными навыками и умениями, к нему смело можно обращаться. И тогда, возможно, не понадобятся ни томография, ни рентген, а главное, вы сэкономите время и поможете процессу оздоровления пойти по оптимальному пути.

Резюме

Возвращение утраченного здоровья – процесс диалоговый. Он зависит не только от специалистов, но и от включенности самого пациента.

Да, зажатые ткани болят (не болят только здоровые и мертвые), и не каждый готов ответственно и поэтапно заниматься восстановлением тела. Многие люди, уповая на «много-этажную» лекарственную терапию, непроизвольно занимаются методичным убийством клеток, кричащих болью о своих проблемах. Да, убить можно быстро, особенно на первых порах. А реабилитация – это не мгновенно, зачастую больно. Требуется терпение пациента, знания и добросовестная поддержка профессионалов.

Я с большим уважением отношусь к равнодушным докторам. Ищу талантливых и ответственных специалистов, сама их обучаю. В каждом, кто работает в наших командах, я уверена.

После окончания десятидневного курса (а это обязательное условие в начале нового пути) мы не прощаемся со своими пациентами. Записываем видеопособие с персонально подобранными упражнениями, даем рекомендации по питанию, режиму, сообщаем контакты для дальнейшего диалога, отвечаем на любые возникающие вопросы. И продолжаем даже на расстоянии мониторить состояние человека, динамику МРТ и лабораторных показателей. При необходимости проводим междисциплинарные консилиумы.

С целью оперативного получения ответов от докторов создали телеграм-чат. Мы своих не бросаем!

Глава 11. Истории пациентов

Внезапная слепота

Мужчине 59 лет. Отлично выглядит: крепок, подтянут и следит за здоровьем.

На работе занимает руководящий пост. Конечно, это сопровождается высокой степенью ответственности и хроническими стрессами. Три года назад у него начало подниматься артериальное давление.

Мужчина обратился в больницу, где у него выявили две небольших атеросклеротических бляшки в сонных артериях. К счастью, они не препятствовали кровотоку. Врач назначил стандартный набор лекарств: гипотензивные («Лозап»), статины («Розукард»), антиагреганты («Кардиомагнил»). Объяснил тем, что «возраст обязывает, что уже пора, есть стандарты лечения, которым нужно следовать». Мужчина трепетно относился к своему здоровью, доверял медицинским работникам и потому сразу же купил в аптеке все назначенные препараты и начал их принимать. И все бы ничего, но спустя год у него внезапно начались проблемы со зрением. Оказалось, «подкровил» сосуд на сетчатке глаза. Его пришлось прижечь лазером. Через пару месяцев проблема повторилась, вновь коагулировали лазерным лучом. А несколько недель назад мужчина не на шутку испугался: неожиданно, проснувшись утром, он просто перестал видеть своим проблемным глазом... Обратился к офтальмологу: провели диагностическую пункцию, получили кровь, ее эвакуировали (откачали), но кровотечение рецидивировало, зрение не возвращалось.

Так случилось, что этот пациент работает в компании моего брата, который попросил подстраховать. Созвонились – я в тот момент была в отпуске, и консультацию пришлось провести по телефону:

– Что делать? – спрашивает пациент.

– Для начала, с учетом рецидивирующих кровотечений, необходимо отменить «Кардиомагнил» и статины – жаль, что вы не сделали этого раньше, даже тогда, когда холестерин понизился до четырех ммоль на литр! Хотя в 60 лет верхняя граница нормы превышает семь ммоль на литр. Можно загуглить.

Для меня, как для терапевта старой формации, шаблонный подход кажется вопиющим. Почему-то врачи стали забывать о том, что для большинства лабораторных показателей существуют возрастные нормы. Недопустимо ориентироваться на «среднюю температуру по больнице»!

К сожалению, таких ситуаций становится все больше. Массовое и бесконтрольное использование статинов (препаратов, искусственно понижающих уровень холестерина в крови) и антиагрегантов (медикаментов, препятствующих тромбообразованию) провоцирует различные кровотечения – маточные, желудочно-кишечные, а также геморрагические инсульты и отслоение сетчатки. И это неудивительно: ведь задача холестерина – защищать ткани от повреждений. С возрастом они становятся более хрупкими, поэтому и холестерин должен закономерно повышаться. Умышленное же снижение его уровня при помощи статинов делает наши сосуды (и не только их!) буквально беззащитными. Тогда даже микроскопическое повреждение приводит к большой беде.

А что не так с антиагрегантами? Вопреки расхожему мнению, они не «разжижают кровь», а лишь препятствуют «слипанию» тромбоцитов в кучу. И тогда тромбоциты не могут выполнить свою основную задачу – «залатать» царапинку на внутренней стенке сосуда, не способны прилипнуть друг к другу. А ведь в этой природой предусмотренной функции заключается профилактика кровотечения. Если у человека исходно нет склонности к повышенному тромбооб-

разованию (а такой склонности не было у нашего героя), то прием антиагрегантов обрекает его на повышенную кровоточивость, что может привести к печальным последствиям.

Я прекрасно понимаю, что, поднимая такую тему, могу «нарваться» на критику обывателей или отдельных людей в белых халатах. Но не говорить об этом нельзя. Фармацевтические корпорации зомбируют всех «по-взрослому»: для кого-то назначение лекарств (зачастую абсолютно неоправданное) и наше нарастающее нездоровье – сверхприбыльный бизнес.

Лечили «остеохондроз», а погибали сосуды

Некоторые ситуации повторяются во врачебной практике из раза в раз, поэтому по «закону парных случаев» я вспоминаю о прежних историях, как только вновь сталкиваюсь с похожими симптомами.

И вот одна из них. Лет 20 назад мне позвонил с просьбой о помощи своему другу серьезный «авторитет». В течение многих месяцев его мучала нарастающая боль в ноге. Врачи поставили диагноз «остеохондроз поясничного отдела», от которого и лечили. Правда, безрезультатно.

А симптомы были такие. Каждое утро мужчина просыпался в добром здравии. Шел на автомобильную стоянку, но уже через 50 метров его начинала мучить интенсивная боль в ноге, от которой он сильно хромал. Как только останавливался, боль проходила в течение пары минут. Но стоило возобновить движение и пройти следующие 50 метров, как боль вспыхивала с новой силой. Короткая остановка – и снова боль утихает.

Такая специфическая хромота называется перемежающейся. Подобные боли характерны для облитерирующих заболеваний (патологические состояния, которые значительно уменьшают просвет сосудов).

Мужчина приехал ко мне на прием. Осмотрев его, я заметила, что пульсации не выявляются ни на артериях стопы, ни в подколенной ямке, ни в паху. Это означало, что существует какое-то препятствие для поступления артериальной крови в сосуды ноги.

Нужно было провести дообследование. Правда, пациента такая перспектива не радовала. Мужчина занервничал: «Мне нужно срочно избавиться от боли! Я ходить не могу, вы меня по каким-то обследованиям гоняете!» Дальше – больше. Он пожаловался своему «шефу», и у меня снова раздался звонок. Я все спокойно объяснила, и серьезные собеседники меня услышали.

Мы проверили сосуды. Картина прояснилась: «остеохондроз» ни при чем. В районе таза артериальное русло было закупорено на протяжении целых 12 сантиметров! Мужчине требовалась операция. Безотлагательно. В случае промедления возникал риск возникновения трофических язв, гангрены и в дальнейшем ампутации.

Операция прошла успешно, ногу спасли.

Такие ситуации время от времени повторяются. У докторов в поликлиниках по-прежнему непозволительно мал регламент, отведенный на общение с пациентом. За 10–12 минут, отведенных на прием, невозможно тщательно расспросить, осмотреть, пропальпировать, проверить рефлексы, пульсацию сосудов, сформулировать предварительный диагноз, продумать план обследования, назначить терапию и все задокументировать. Поэтому, собираясь к врачу, постарайтесь ему помочь. Заранее четко сформулируйте свои жалобы. Запишите их, чтобы ничего не забыть, – нюансы бывают очень важны.

От протрузий до памперсов

Наша первая встреча состоялась в 2013 году. Ему было под 50 лет. Один из тех молодых и полуспортивных мужчин: любительский хоккей без особых правил, бессистемные посещения «тренажерки» – доказать самому себе, что «в пороховницах еще что-то есть». На все вопросы отвечал шутками (далеко не всегда смешными).

На здоровье практически не жаловался. Да, иногда давала о себе знать поясница. Но справлялся мануальными вправлениями, а иногда и «уколычиками».

Накануне моего приема пациенту сделали МРТ. Результаты не радовали: абсолютно в каждом диске была выявлена протрузия. Но его, казалось, волновало совсем другое:

– Могут ли протрузии влиять на потенцию?

– Сами протрузии потенции не помеха. Но они свидетельствуют о многолетних мышечных тисках, которые стойко зажали позвоночник. Круглосуточный зажим негативно влияет не только на поясничный отдел, но и на благополучие репродуктивной системы, – я все подробно объяснила. – Давайте займемся ликвидацией тисков, пока не поздно.

К сожалению, из всего моего врачебного монолога мужчина услышал только важное для себя: протрузии на потенцию не влияют. А раз не влияют, можно жить дальше, не заморачиваясь. Эта мысль развеяла его тревогу, пациент от предложенного лечения отмахнулся и, окрыленный, буквально вылетел из моего кабинета.

Прошло шесть лет. В дверях моего кабинета стоял все тот же мужчина. Правда, заметно постаревший. И не один – на прием его привела жена. Не случайно протрузии называют предгрыжами – сохранение мышечных тисков приводит к новым поломкам в организме. У пациента за это время образовались две грыжи в поясничном отделе. Он был измучен болями, бесконечными блокадами и капельницами. Сказать при этом, что мужчина сидел все это время сложа руки, нельзя. С одной грыжей он даже решился на операцию. Правда, через пару месяцев после нее боль вернулась и стала значительно ярче.

Поясница и нога болели так интенсивно, что за последние полгода пациент дважды лежал в стационаре. И, конечно, по назначению врача он постоянно пил таблетки. И не одну-две, а до 15 штук в день. Почки такой нагрузки не вынесли и сдались. В результатах анализов я увидела серьезные изменения. Да и без них можно было понять, что дело плохо: из-за недержания мочи мужчине приходилось ходить в подгузниках.

Теперь было не до шуток и не до вопросов о потенции. Мужчина заверил меня, что сейчас точно готов всерьез заняться своим здоровьем. Правда, в лечении я вынуждена была ему отказать, отправив к смежным специалистам: прежде всего нужно было разбираться с функцией почек. Да и вопрос с отказом от наркотических веществ, которые мужчина принимал для того, чтобы заглушить боль, стоял очень остро.

К сожалению, «открутить» назад те самые шесть лет не получится. Наш организм не стоит на месте: своими действиями мы каждый день или чуть улучшаем, или чуть ухудшаем ситуацию, уводя ее либо «в плюс», либо «в минус». Правильные и взвешенные решения нужно принимать вовремя, чтобы не было поздно и мучительно больно.

Бывает ли беспричинный кашель?

Вспомнился еще один случай из практики. К нам в клинику обратилась пациентка Алена. Ей было 42 года.

После прививки от гриппа женщину начал мучить изнуряющий сухой кашель. Температура при этом не превышала 35,7.

Так продолжалось больше трех месяцев. Алена обращалась в поликлинику, где у нее взяли анализы и сделали обзорную рентгенограмму легких. Диагноз неутешителен – правосторонняя пневмония. Правда, когда я увидела те снимки и заключения из поликлиники, то сильно удивилась: исходные анализы были прекрасными, легкие – безупречными. То есть ни о какой пневмонии и речи быть не могло. Тем не менее в поликлинике пациентке назначили параллельно два разных антибиотика. Конечно, антибиотики сыграли свою роль: к кашлю присоединилось острое расстройство кишечника.

– Меня так донимал постоянный сухой кашель, что от него даже начала болеть голова, – рассказывала пациентка. – Я обращалась к разным врачам, сдавала все необходимые анализы. Мне постоянно меняли антибиотики. Но лучше от них не становилось.

Через неделю после окончания курса антибиотиков кашель только усилился. Алене вновь назначили рентгенографию легких, свежие анализы, дополнительно – спирометрию (аппаратное исследование функций дыхания) и обследование на паразитов. Заведующая терапевтическим отделением поликлиники объяснила: «Все хорошо, кашель пройдет постепенно».

Улучшений, однако, не происходило, напротив, кашель усилился и стал переходить в приступообразный, доводящий до рвоты. Дальше рекомендации и действия врачей становились все непонятнее. Алену обследовали на гайморит, хотя характерных для него симптомов не было. Позднее женщину осмотрел пульмонолог, который вынес заключение: «Пневмонии не было. Вас не от того лечили. У вас трахеит!» Он же и назначил ей антигистаминные, отхаркивающие средства и... новый курс антибиотиков!

Никакой положительной динамики от такого лечения у Алены не наблюдалось.

При первичном осмотре я заметила, что Алена постоянно кашляет, несмотря на безуспешные попытки сдерживать кашлевые толчки. При этом хрипов при аускультации и одышки не наблюдалось. Мы поработали с шеей, межлопаточной зоной и животом и отправили Алену домой со следующими рекомендациями:

- отменить лекарственную терапию;
- жестко соблюдать питьевой режим;
- использовать увлажнитель воздуха дома и на работе;
- на ночь выпивать отвар овса на молоке;
- продолжить работу над восстановлением геометрии тела.

Вечером того же дня Алена уже смогла сдерживать кашель, от которого так устала. А на контрольном осмотре спустя четыре дня заявила, что чувствует себя отлично! Кашель не беспокоил, першения в горле нет, даже температура тела нормализовалась.

– Я так отчаялась до прихода к Ирине Геннадьевне, что даже думала о том, чтобы посетить онколога, – рассказывала Алена. – А сразу после приема я поняла, что больше не кашляю. Кашель не вернулся и вечером, хотя я ждала. Даже не верилось, что я кашляла три месяца, а все прошло буквально за один сеанс. Даже муж и дети удивились настолько, что все первые дни самыми частыми были слова «Кашля нет!». Спасибо вам огромное!

Как вы понимаете, беспричинного кашля не бывает. Чтобы разобраться в данной ситуации, недостаточно информации, которую доктор получает в медицинском вузе. Нам на помощь в очередной раз пришел практический опыт и знания миотерапии, кинезотерапии, висцеральной терапии.

Эндопротез без причины – признак?.

А чего это признак? Непрофессионализма? Бездушия? Пока у меня нет однозначного ответа на этот вопрос. Вот только возникает он не впервые.

Однажды ко мне на прием пришла милая женщина, сильно хромая на правую ногу. В руках у нее было направление на эндопротезирование (так называют замену сустава на искусственный).

– Я заболела два года назад, – начала свой рассказ пациентка. – Боли были сильные, острые. Затем отекло колено, да так, что я не могла ходить. В поликлинике врач поставил диагноз «артроз», и я несколько месяцев провела на больничном...

Курс за курсом пациентка принимала стандартный набор лекарств. Боли хоть и снизили интенсивность, но давали о себе знать ежедневно. На фоне медикаментозной терапии открылась язва желудка...

После очередного сезонного обострения, безуспешного четырехмесячного курса фарм-препаратов и параллельного пребывания на больничном врач поликлиники направил женщину на операцию. Чтобы попробовать избежать хирургического вмешательства, она приехала ко мне за советом.

– Раздевайтесь, пожалуйста, до нижнего белья, – прошу женщину.

В глазах – неподдельное удивление.

– Что-то не так? – спрашиваю я.

– Меня никогда не просили раздеться в поликлинике, – отвечает она.

«Печально, но факт», – думаю я и проверяю подвижность сустава. Удивительно, но ограничений в движении нет. Связки и мениски, согласно результатам тестирования и результатам исследований, благополучные.

В заключении МРТ написано: «Признаки артроза второй стадии». Но томография – один из вспомогательных (!) методов диагностики, сильно грешит гипердиагностикой. Опирайтесь только на ее результаты, не осмотрев пациента и не проверив функцию сустава, нельзя. Тем более принимать решение о серьезной операции.

Получается, что мы были готовы безжалостно расстаться с таким практически здоровым коленом?

К слову, сустав оказался совсем ни при чем. Причина болей и хромоты «пряталась» в большом количестве скелетных мышц, которые тянулись цепью от грудного отдела.

Спустя полчаса работы с телом женщина вышла из кабинета, улыбаясь и не хромая. Только представьте: за столь короткий промежуток мы спасли сустав от замены! Конечно, это была не окончательная победа: специалисты нашей клиники еще 10 дней разбирали застарелые проблемы пациентки. Но день приема точно стал поворотным в ее судьбе.

Не поверила своим глазам...

В моей практике бывают и грустные истории. Эта – одна из них.

Шел обычный рабочий день. В мой кабинет с трудом зашел парализованный мужчина. Он неумело управлялся с тростью в правой руке, а левая была неестественно «скрючена». Левую ногу он буквально волочил за собой.

Я посмотрела его амбулаторную карту и не поверила своим глазам... Мы ведь знакомы! Всего год назад он был у меня на приеме. И тогда выглядел совсем иначе: это был молодой, очень красивый мужчина. Короткая стрижка. Безупречно выбрит. Хороший парфюм. Каждое утро он приезжал в спортзал на тренировку. Увлекался «железом», посматривал в зеркала, ловя на себе взгляды поклонниц...

Как-то он пришел на прием с жалобами на боль в шее и плече и дискомфорт в пояснице. При осмотре мышцы были словно каменные, налицо перегрузка шейного и поясничного отделов.

– Вам нельзя заниматься с «железом», это опасно, – выразила я свое несогласие с его подходом. – Вы закачиваете мышцы, которые и без того уже стали грубыми тисками. Остановитесь, пока не поздно, начните растягиваться.

– Вы что, йога из меня решили сделать? – рассмеялся пациент.

От курса лечения он отказался, а вот свои тренировки продолжил. Вскоре пропал из моего поля зрения.

Оказывается, в тот момент и случилась беда. Как-то утром мужчина проснулся от страшной головной боли. Попытался встать. Левая рука и левая нога не слушались. С трудом дополз до телефона. Позвонил жене, которая находилась в другом городе. Что было дальше – не помнит... Только потом близкие рассказали и о скорой помощи, и о выбитой двери в его квартиру, и о реанимации.

«Геморрагический инсульт с обширным поражением головного мозга» – такой диагноз появился в его амбулаторной карте. Теперь это пожилой, неопрятный, плаксивый человек с потухшим взглядом. А ведь ему всего 47!

Дорогие мужчины! Я призываю вас быть благоразумными: организм в 40 лет отличается от 30-летнего. Постарайтесь, пожалуйста, считаться с этим фактом. Выбирайте оптимальные нагрузки, проходите обследование, а при необходимости – меняйте привычки.

Боль в паху сводила с ума

Виктор живет в Берлине. Семь лет назад он приехал на прием в нашу курганскую клинику. Мужчину беспокоила боль слева в поясничном отделе, которая отдавала в ногу. Для него эта боль была довольно привычной: вот уже несколько лет как была диагностирована небольшая грыжа в пояснице. Тогда врачи порекомендовали делать упражнения. Мужчина все выполнял, и боль немного притупилась. Но не проходила. И можно было бы ее терпеть, если бы не одно «но»: год назад присоединилась другая проблема, более суровая. С той же левой стороны появились сильные боли в животе, которые начали отдавать в пах. Как по будильнику, эта боль давала о себе знать в час ночи, каскадно нарастала, заставляла ходить, приседать, искать облегчающую позу и затихала лишь под утро.

Врачи добросовестно обследовали Виктора. Проверили кишечник, органы малого таза – патологии не выявили.

Направили к психиатру, сказав: «Вам кажется, что у вас болит». Благо немецкий психиатр не стал ничего придумывать и поставил заключение: «Здоров».

Круг замкнулся.

Тем временем интенсивность боли росла.

– Хоть на стену лезь! – жаловался Виктор.

При осмотре выяснилось, что причиной такой боли стали множественные триггерные точки. Самые актуальные из них «прятались» в сгибателях туловища – мышцах, которые «вплетаются» в позвоночник спереди. Эти триггеры и провоцировали отраженную боль в нижнюю часть живота и пах.

Сгибатели туловища, при наличии в их структуре триггерных точек, становятся тисками для позвоночника спереди, способствуя смещению межпозвонковых дисков кзади. Из-за этого, как правило, и формируются протрузии – выпячивание диска кзади, и грыжи – разрыв диска по заднему контуру с выдавливанием содержимого в спинномозговой канал.

Виктору повезло. Его организм быстро откликнулся на происходящие изменения, поскольку не был покалечен лекарствами.

Мы начали работать. На шестой день ушли ночные боли. После завершения десятидневного курса пациент, получив от меня задания, уехал в Германию.

– Буду приезжать на плановое ТО, – заверил Виктор.

Годы идут. Планового ТО так и не случилось. Правда, летом мужчина звонил, чтобы поздравить меня с днем рождения. Про боли в животе и паху он давно забыл, а вот упражнения, говорит, делает каждый день. И я ему верю: как и большинство немцев, Виктор педантичен.

А вы уверены, что виноват тазобедренный сустав?

– Доктор, мне поставили диагноз «коксартроз». Что делать? – это один из самых частых вопросов, который задают мне в социальных сетях.

Валентина пришла ко мне с тем же диагнозом. В свои 66 лет она была измучена болями в правом тазобедренном суставе. Вот уже шесть лет она регулярно проходила медикаментозные курсы. Три года назад ей сделали артроскопическую операцию. Но ситуация только ухудшилась: хромота и боль с течением времени усиливались.

В итоге один очень авторитетный доктор наук предложил заменить сустав на эндопротез: «Ввиду неэффективности консервативного лечения» – значилось в амбулаторной карте Валентины. Хорошо, что пациентка решила не останавливаться на одном мнении и обратилась к другому, не менее авторитетному специалисту. Тот посоветовал не торопиться с эндопротезированием. Два диаметрально противоположных мнения окончательно запутали Валентину, и, чтобы определиться, она пришла ко мне за советом.

На осмотре я обнаружила, что движения в суставе не ограничены. Результаты рентгенограммы в рамках возрастной нормы. А вот мышцам, окружающим сустав, по пятибалльной шкале можно было поставить только тройку с огромным минусом. Конечно, не обошлось и без множественных триггерных точек: они «нашлись» в грудных мышцах, ротаторах плеча, мышцах ягодичного веера, разгибателях спины, глубоко в животе, подошвах и так далее.

Триггеры, соответственно, привели к несимметричному укорачиванию ряда скелетных мышц и грубому нарушению биомеханики.

Мы приняли решение отказаться от нелогичной операции и поработать над здоровьем вместе. У нас с Валентиной были поставлены три важные и реальные задачи.

1. Научиться жить без болей, без лекарств и, конечно, без оперативных вмешательств.
2. Не хромать, преодолевая большие расстояния.
3. Сделать так, чтобы спустя годы было не стыдно встречаться друг с другом.

Женщина прошла десятидневный курс лечения в нашей клинике. Лекарства мы не применяли, зато мои ученики активно устраняли у пациентки погрешности в геометрии тела и разрабатывали для нее домашнее задание. Прошло уже пять лет – болей нет, повторного курса не потребовалось.

Почему же Валентине не помогало стандартное лечение? Все просто: у нее не было коксартроза! Поясню. Термин «коксартроз» означает прогрессирующее разрушение хряща, покрывающего поверхности тазобедренного сустава. Но нужно не забывать, что сустав – это шарнир. Если в нем возникает поломка (артроз), то она неизбежно ведет к ограничению движений. Кроме того, нагрузка на дефектный шарнир всегда вызывает боль. То есть боль при нагрузке и контрактура (ограничение объема движений) – это определяющие симптомы для диагноза «артроз». Эндопротезированию же подлежит безнадежно изношенный сустав, окончательно выработавший свой ресурс, в котором практически нет движений. Но в последнее десятилетие наметилась скверная тенденция – освоение квот – операция ради операции. И эндопротезирование относится к списку дорогостоящих медицинских вмешательств, которые квотируются государством. Суммы очень внушительные. Финансовые потоки прямо пропорциональны количеству выполненных операций. И порой медицинские показания подменяются коммерческими. Безусловно, клиники должны зарабатывать, но направлять на замену здорового сустава – это преступление.

Мигрень и Юля

На новогодних каникулах ко мне в кабинет впорхнула очаровательная барышня. Моя давняя пациентка Юля, москвичка, гостившая у курганских родственников, пришла посоветоваться по поводу своего знакомого. А ей самой моя помощь была уже не нужна: девушка здорова.

Но это сегодня она щебечет, смеется, взмахивает длинными ресницами. А я помню совсем другую Юлю – суровую и озлобленную на весь белый свет Юлию Петровну. Такой наша Юляша была пять лет назад.

Тогда она впервые пришла на прием. В нашей клинике ее раздражали все – от гардеробщицы, которая добросердечно встречала на входе, до главного врача, то есть меня.

– Я свою мигрень в столице два года без перерыва лечу. Меня такая профессура курирует – вам и не снилось! – восклицала она. – Мне даже самые сильные препараты не помогают, а вы собираетесь помочь без лекарств. Смешно!

Она хамила, взрывалась без повода, оскорбляла сотрудников, бесконечно делая из себя центр Вселенной.

У меня в тот момент сложилось впечатление, что Юля основательно засела в окопе, а всех, кто пытается к ней приблизиться, готова безжалостно расстреливать из пулемета. Ну, что поделаешь: болезнь и ощущение безысходности сделали свое дело. Такое отношение к врачам, признаться, всегда «царапает». Но люди в белых халатах все же должны помогать даже при таком раскладе. Мы не случайно давали клятву Гиппократу (правда, я ее не давала, у меня алиби: в день выпуска я родила своего среднего сына). Вернемся к нашей героине.

Юля тогда все же решила пройти первый десятидневный курс в нашей клинике. Я наблюдала за тем, как с каждым днем меняется ее взгляд, улучшается цвет лица. Но барышня наша из «окопа» выбираться не спешила и продолжала «отстреливаться»: «Все по-прежнему, мне так ничего и не помогает». Правда, гораздо позже пациентка призналась: «Я специально так говорила, чтобы не сглазить первые результаты. Все не верила в прогресс и боялась, что вот-вот боль накатит с новой силой».

Между тем болевая симптоматика начала отступать. Светлые промежутки становились все длиннее. Вернувшись в Москву, Юля постепенно отменила все лекарства.

Спустя год девушка приехала к нам, чтобы повторить курс лечения. «Суровой тети» уже и в помине не было. Спустя еще год Юля приехала на прием, чтобы просто «покажаться». И это был уже совсем другой человек – милая и беззаботная красотка, какой и остается сегодня!

Когда «повисла» стопа

Наталья Ивановна приехала ко мне на прием из Курганской области.

Физические нагрузки у нее всегда были приличные, и спина эпизодически реагировала на них болью. Так продолжалось несколько лет. А в августе 2018 года случилась беда: поясница заболела ярко, боль начала отдавать в ногу. Ходить не хромая стало невозможно. В поликлинике Наталье Ивановне прописали стандартное лечение: миорелаксанты и нестероиды. Боль продолжала нарастать. Кто-то посоветовал пройти курс классического массажа. Вот только после него стало еще хуже. К тому же повисла стопа (развился парез).

Наталья Ивановна сделала МРТ. Результаты неутешительны: крупная грыжа диска L4-L5, протрузия L5-S1. Женщине пригрозили инвалидностью и предложили сделать операцию...

В наш Центр Наталья Ивановна пришла с мужем – передвигаться самостоятельно, увы, она не могла. Шла с трудом, с поддержкой, то и дело вскрикивая от боли и останавливаясь для передышки.

В первый день мы поработали полчаса, после чего я рекомендовала паузу 72 часа. Дала советы по питанию, питьевому режиму, посоветовала парочку легких упражнений. Состояние в последующие дни начало улучшаться. Боль уменьшилась, Наталья Ивановна смогла передвигаться на короткие расстояния без посторонней помощи.

Спустя три дня мы начали курс лечения. Десять дней – и боль практически ушла, значительно увеличилась толерантность к нагрузкам. Параллельно Наталья Ивановна начала пить воду в достаточном количестве и выполнять упражнения, которым ее научили наши специалисты.

Вскоре стопа начала приподниматься (обычно это происходит позже, примерно через полгода).

Спустя два месяца женщина приехала показаться. Стопа уже уверенно включалась в работу. Почему результат дал знать о себе довольно быстро? Секрет успеха в том, что Наталья Ивановна практически никогда не прибегала к нестероидам и стероидам, а потому не высушила свои межпозвонковые диски до состояния «гербария». У таких пациентов грыжи уменьшаются довольно быстро. Когда нашей пациентке сделали повторную МРТ, то вместо крупной грыжи увидели всего лишь маленькую протрузию. С тех пор прошло четыре года. Женщина занялась собой всерьез, сбросила 20 лишних килограммов, открыла свою школу здоровья. Вот так можно предпочесть работу с телом применению лекарств и тем самым избежать операции и инвалидности.

Запомните: грыжа диска не приговор, а временная трудность. И чем меньше лекарств вы принимаете в течение жизни, тем быстрее сможете справиться с грыжей.

Осторожно: планка!

На приеме Людмила. Ей 68. Жутко болит поясница слева, боль иррадирует в межлопаточную область. Передвигается женщина только с посторонней помощью, в «позе просителя», вскрикивая от боли.

Вообще, к болям в позвоночнике Людмила привыкла. Они ей знакомы с 35 лет, то есть почти полжизни спина так или иначе давала о себе знать. Сначала дискомфорт удавалось «загасить» обезболивающими мазями. Потом перешла на нестероидные противовоспалительные препараты. А с 2015 года ежегодно ложилась в стационар, чтобы справляться с болью при помощи внутримышечных уколов, капельниц и блокад.

За три дня до прихода к нам пациентка увидела по телевизору сюжет о пользе упражнения «планка» и решила попробовать. Сделала все, как советовали в передаче, вот только спину пронзила такая боль, что встать самостоятельно с пола Людмила уже не смогла.

– Почему вы решили сделать это упражнение? – спрашиваю я ее на приеме.

– Так мужчина по телевизору сказал, что оно очень полезно.

– А этот мужчина прямо так и сказал: «Упражнение будет полезно для Людмилы Петровны из Курганской области»? – с долей иронии уточняю я.

Женщина пытается улыбнуться в ответ на мою шутку, но вместо этого вскрикивает от боли и плачет.

Я назначила Людмиле компьютерную томографию. Результат был ожидаем: компрессионный перелом остеопорозного третьего поясничного позвонка.

И случай Людмилы не единичный. В моей практике, как я уже рассказывала, было довольно много таких невольных «жертв полезного упражнения». Выполнение планки чаще всего провоцирует серьезные проблемы у неспортивных пациентов старше 40 лет. Это упражнение максимально опасно для тех, кто в течение жизни неоднократно прибегал к нестероидам, гормональным блокадам, карипазиму, а также для пациентов с грыжами диска, травмами позвоночника в анамнезе и врожденными аномалиями развития позвонков.

Запомните: не бывает упражнений, одинаково полезных для всех. Не экспериментируйте с организмом – он у вас один, обмену и возврату не подлежит.

Лучший подарок на День медицинского работника

У меня на приеме потрясающая пара. Яркий колоритный мужчина и его избранница – утонченная восточная красавица. Любовь со школьной скамьи, красивая свадьба...

С ней мы познакомились чуть раньше. Пару лет назад на одном юбилее в Москве, куда мы обе были приглашены, у девушки «защемило спину». Меня попросили помочь – так часто бывает.

Уже тогда я заметила, что ее позвоночник давно и грубо зажат – мышцы «спрессовали» его и со стороны спины, и со стороны живота. Тем не менее «подрасправила» ткани, дала рекомендации.

Год спустя мы встретились на отдыхе в Европе. Спина не болела. Но выяснилось, что у пары есть другая проблема, пожалуй, более серьезная: молодые «бесплодны». Гинекологи не видят препятствий, но забеременеть никак не получается. С традиционными восточными ценностями, ориентированными на продолжение рода (супругам на тот момент было по 30 лет), это была настоящая трагедия.

Я осмотрела девушку прицельно: опять живот – в нем было грубейшее напряжение тканей и мышечно-фасциальные заторы, которые просто не могут не препятствовать беременности!

Мы поработали с девушкой дважды, и в качестве напутствия я дала рекомендации по упражнениям. Посоветовала обратиться в нашу московскую клинику для коррекции геометрии тела. Пока она собиралась на курс процедур, произошло чрезвычайно важное событие: спустя три месяца после нашей встречи я получила весточку о НАШЕЙ долгожданной беременности.

Правда, на больших сроках «не выдержала» поясница – она была не готова к такой нагрузке. Но будущая мама не должна испытывать боль, это может негативно сказаться на ребенке. Наши московские коллеги помогли и с этой проблемой, как всегда не прибегая к лекарствам.

Красивейшим итогом нашей командной работы стал замечательный парень, который родился в канун Дня медицинского работника. В семье шутят: «Это не только наш ребенок – это ребенок Ирины Геннадьевны». А я, в свою очередь, ответственно заявляю: если этот мальчик во взрослом возрасте станет врачом, мы с радостью возьмем его в нашу команду!

Человек в белом халате не прав

Ко мне за помощью обратилась женщина. Позитивная, активная, с потрясающим загаром. По паспорту – за 60, по внешнему виду – гораздо меньше.

Пациентка много лет наблюдается у ортопеда в дорогой клинике. У нее болит правое колено. Чем лечится? Получает внутрисуставные инъекции препаратов гиалуроновой кислоты.

Со временем ее насторожила схема лечения, одинаковая для всех, и отсутствие положительной динамики. Ее знакомым тоже делали укольчик в сустав за те же самые 20 тысяч рублей, уплаченных в кассу клиники. Вот только другим эти инъекции помогали на время расстаться с болью, а нашей пациентке становилось все хуже.

Недавно женщина решила навестить сына и слетала в Майами. Отдохнула, загорела, искупалась в океане... А вот боли стали значительно сильнее, появилась откровенная хромота.

На осмотре я заметила: у женщины абсолютно благополучные колени: полноценный объем движений, безупречные рентгенограммы. Зачем же тогда проводились внутрисуставные инъекции? Видимо, логика была такой: где болит, туда и колем.

В чем же причина болей? Ортопедическое тестирование показало, что движения в правом тазобедренном суставе резко ограничены. Сухожильные рефлексы с этой стороны не вызываются, а цепочка мышц от грудного отдела до стопы каменная. Собственно, данная цепочка и разрушила поясницу, зажатый тазобедренный сустав и дошла до коленного. А он еще не успел уйти в деструкцию.

На рентгенограммах были признаки остеохондроза 2–3 стадии и спондилоартроза – это результат многолетних мышечных тисков. Но больше меня настораживало состояние тазобедренного сустава. Выполнили МРТ и подтвердили коксартроз 3 стадии и асептический некроз головки бедра (небольшой фрагмент суставной поверхности ушел в необратимые изменения).

Женщина прошла десятидневный курс в нашей клинике. Мы работали без лекарств, с привлечением массажиста, медсестры по физиопроцедурам, инструктора ЛФК. Целая команда специалистов под руководством опытного травматолога-ортопеда высвобождала из тисков позвоночник, восстанавливала спрессовавшиеся околоуставные ткани, отлаживала взаимодействие длинных миофасциальных цепей. Боли значительно уменьшились уже в процессе процедур. Подобрали поддерживающие упражнения для домашнего задания. Прошел год, недавно я встретила женщину в городе – хромоты нет. Удастся ли в перспективе избежать эндопротезирования, покажет время.

Мой совет: если человек в белом халате выносит вердикт и назначает лечение на основе снимков, а не осмотра, поищите другого доктора. Организм у вас один, и он не подлежит обмену и возврату. Не рискуйте лишний раз!

Глава 12. Полезные упражнения для профилактики и оздоровления

Большинство заболеваний – это результат длительного застоя в тканях, следствие многолетних «заторов». Спрессованные ткани затрудняют отток отработанной крови / лимфы. Сантехнические системы нашего организма перестают работать.

Это приводит к заболачиванию клеток и межклеточных жидкостей. В них нарушается обмен веществ, блокируются процессы обновления.

Регулярные упражнения оживляют ткани, помогают возвращать эластичность, безотказно и много лет выполнять роль, отведенную природой.

Давайте им в этом поможем!

Упражнения для уставшей спины

Постоянно вижу людей, уставших после многочасовых походов по магазинам или после длительного сидения за рабочим столом в офисе в статичной позе.

Найдите минутку, чтобы потянуться, расправить плечи, освободить поясницу!

Исходное положение: сидя.

1. Поднимем одну руку вверх, а вторую – опустим. Сгибая их в локтевых суставах, постараемся сцепить пальцы в межлопаточной области. Слегка приподняв подбородок, потянемся грудной вперед и чуть вверх. Попробуйте сделать это на вдохе. Затем выдохните. Повторите вдох, сопряженный с раскрытием грудной клетки, от 3 до 5 раз. Поменяйте положение рук и выполните такой же цикл.

2. Прямые руки опустим вниз, заведем за спину, пальцы сцепим в замок на уровне крестца. Потянем сцепленные руки назад и вниз, а грудную клетку – вперед и вверх. При этом сделаем глубокий медленный вдох. На выдохе – расслабимся. Повторим 3–5 раз.

3. Делаем легкую скрутку. Кладем ногу на ногу, например левую на правую. Правой ладонью захватываем левое колено, мягко увлекая его вправо.левой же ладонью уверенно захватываем сиденье стула сзади себя. Затем постараемся вытянуть позвоночник вверх и, помогая руками, аккуратно скручиваем туловище влево. Не задерживаемся в крайней позиции – плавно возвращаемся в исходное положение. Затем меняем положение ног и рук на противоположное – и повторяем упражнение. Не забывайте о вытягивании позвоночника. Двух-трех повторов в каждую сторону будет вполне достаточно.

Разминаем плечи

Работали долго, плечи устали? Встаем и делаем упражнения.

1. Руки опущены. Начинаем круговые вращения в плечевых суставах кзади, слегка сгибая в процессе движения локтевые суставы, – это позволит раскрепостить грудную клетку и получить хороший капиллярный кровоток в мышцах плечевого пояса. Выполняем 20 раз, дыхание – произвольное.

2. Теперь «рисует восьмерки»: суставы будут работать поочередно. Сначала нужно приподнять правое плечо и, совершая круговое движение, хорошенько увести его назад, а левое вместе с грудной клеткой при этом совершит движение по инерции в противоположном направлении. Затем в игру вступает левый плечевой сустав, и уже он активно рисует круг: подъем – и назад. Правый просто подчиняется движению тела. Продолжаем, чередуя: правый сустав идет вверх и назад, затем – левый. Длительность этого упражнения: до 1 минуты. Порепетируйте немного, и появится согласованность действий. В результате вы почувствуете, как раскрепощается межлопаточная зона и появляется легкость в плечевом поясе.

Наличие спортзала рядом не является обязательным условием. Сделайте упражнение прямо сейчас!

Боремся со вторым подбородком

Очень простое, но эффективное упражнение, проверенное годами!

Лучше выполнять сидя. Руки согнуты в локтевых суставах, локти упираются в поверхность стола. Ладони сомкнуты в замок, и он касается второго подбородка. Языком упираемся в твердую часть верхнего неба. Давим языком в небо, руками – на зону второго подбородка. Держим 10 секунд, дыхание не задерживаем. Расслабляемся. Повторяем от 3 до 5 раз.

Если часто немеют мизинец и соседний безымянный палец

Порасправляем миофасциальные линии руки.

Исходная позиция: стоя, неподалеку от стены. Отводим прямую руку в сторону параллельно полу. Пальцы кисти направляем вверх и упираемся ими в стену или косяк. Сохраняя руку в таком положении, медленно, переступая стопами, разворачиваем корпус от косяка, ловим натяжение в мышцах руки и возвращаемся в исходную позицию. Повторяем 10 раз.

После чего можно поменять позицию пальцев, направив их немного кзади (в сторону спины), и вновь приступить к разворотам. Тянущие ощущения в руке начнут мигрировать, станут прорабатываться другие мышечные цепочки. Выполняйте 2–3 раза в течение рабочего дня, результат вам понравится.

Если упражнение выполняем правой рукой, тогда ладонь разворачивается по часовой стрелке.

Если временами немеют большой, указательный и средний пальцы кисти

Это не обязательно остеохондроз, не нужно спешить в поликлинику. Попробуйте для начала справиться с проблемой самостоятельно.

Исходная позиция: сидя у стола. Согните в локте проблемную руку и положите ее на стол ладонью вниз (как в школе за партой). Будем массировать предплечье – отрезок от локтевого до лучезапястного сустава. Проведите мысленно линию, которая идет по предплечью – по той поверхности, которая обращена к потолку (тыльная поверхность предплечья), – наискосок от указательного пальца к локтю.

Помассируйте мышцы в проекции этой линии пальцами второй руки, осуществляя неспешные круговые движения. Если выявите плотные болезненные узелки или тяжи – порасправляйте их прицельно от 1 до 3 минут.

После самомассажа переходим к полезному упражнению. Разогните проработанную руку, потрясите ею, чтобы отдохнула. И приступаем. Вытяните руку вперед параллельно полу – кисть пусть безвольно свисает. Второй рукой захватите тыл опущенной кисти и потяните на себя, пытаясь дополнительно согнуть руку в лучезапястном суставе (локоть остается прямым). Почувствуйте натяжение в тех участках, которые вы только что разминали. Удерживайте последнюю позицию в течение 5–10 секунд. Повторите 3–5 раз. В завершение опустите руки и потрясите ими для улучшения капиллярного кровотока.

Упражнение при плечелопаточном периартрозе («замороженное плечо»)

«Замороженное плечо» – это состояние, при котором упорно болит плечевой сустав и ограничены движения: пытаешься поднять руку через сторону вверх и не можешь, также боль не позволяет завести руку за спину при попытке застегнуть бюстгалтер или пристегнуть подтяжки.

Варианты полезных упражнений

1. Если амплитуда движения руки еще достаточно велика, отводим прямую руку в сторону, сгибаем ее в локте, касаясь пальцами плечевого сустава, затем локоть отводим назад. Представляем, что за нашей спиной школьная доска, и начинаем локтем старательно выводить прописные строчные буквы алфавита: «а», «б» и так далее, до откровенной усталости. С каждым разом количество «написанных» букв стараемся увеличивать.

Важно:

- движения должны быть плавными, буквы – максимально большими, так активно прорабатывается большое количество мышц;
- сколько букв смогли «прописать» больной рукой, столько же пишете и здоровой, так как эта зона очень любит симметрию.

2. При выраженной контрактуре («замороженное плечо») выбираем другое упражнение. Закрепляем на лучезапястном суставе утяжелитель весом 1 килограмм. Наклонившись вперед (спина параллельна полу), придерживаемся за сиденье стула здоровой рукой.

О технике выполнения этого упражнения рассказывается в главе, посвященной артрозам.

Упражнение для реабилитации подвздошно-поясничной мышцы

«Мышца души» – так называют подвздошно-поясничную мышцу (ППМ). Она залегает глубоко в животе, от ее состояния зависит здоровье многих органов и систем. Задача мышцы – удержание тела в вертикальном положении и активное участие в процессе ходьбы. ППМ берет начало от поясничных позвонков, вплетаясь в них двумя косичками (правой и левой), затем, уходя вниз, «выныривает» в области паха и крепится к бедренной кости. Эта красивая мышца вынуждена всерьез трудиться не только в процессе многочасовой фиксированной позы. Она напрягается при каждом шаге, отрывая нашу нелегкую ногу от пола и вынося ее вперед. ППМ раскрепощается и растягивается при выполнении упражнения «мостик». Она не накапливает проблем, если количество мостиков, начиная с детского возраста, может сравниться с неизбежными ежедневными «антимостиками».

Хроническая перегрузка этой важной мышцы может привести к таким неприятностям, как боль в пояснице, в бедре, в паховой области, в зоне ягодиц. А также давать боли в области тазобедренных суставов, в коленях и даже в животе (они, в свою очередь, могут маскироваться под такими диагнозами, как гастрит, холецистит, панкреатит). Эти боли могут быть мучительными, не реагирующими на противовоспалительные препараты, спазмолитики и обезболивающие медикаменты.

Итак, приступаем к реабилитации ППМ. Для этого нужно с помощью упражнений попробовать отдалить друг от друга точки крепления данной мышцы.

Исходное положение: стоя. Делаем шаг правой ногой в сторону, разворачиваем стопу кнаружи, чтобы максимально раскрылся пах. Затем левой ногой делаем хороший выпад в сторону, стопа смотрит вперед. И, полноценно опираясь на эту стопу, осторожно сгибаем левую ногу в колене. Появляется натяжение в районе правого паха (в проекции ППМ). Это хороший знак: работа началась. Теперь усиливаем эффект: направляем на вдохе грудину вперед и вверх, раскрывая грудную клетку и живот. Продолжаем работать в такой позе: глубоко и медленно осуществляем глубокий вдох, а затем – спокойный выдох. Новичкам можно придерживаться за спинку стула, поставленного перед собой. Повторяем до чувства усталости в ногах, но не более одной минуты. Если же упражнение дается тяжело, от него лучше на время отказаться.

Более простой вариант раскрепощения ППМ

Встаем на четвереньки (опора на ладони и колени) и начинаем ходить по полу. От 10 до 20 минут. Чтобы защитить колени, их можно обмотать эластичным бинтом или выбрать для занятия мягкую поверхность (ковер). В идеале надо выполнять это упражнение непосредственно перед сном.

Боли и онемение по передней поверхности бедра

Исходная позиция: стоя, правой рукой держимся за опору. Сгибаем левую ногу в колене и стопу захватываем левой рукой. Притягиваем ее к одноименной ягодице. Следим за тем, чтобы спина оставалась ровной. Удерживая стопу, спокойно дышим и переводим свое внимание на левую ногу. Важно почувствовать жжение по передней поверхности бедра (это хороший показатель). Спустя 30 секунд опускаем левую ногу и выполняем аналогичным образом растяжение противоположного бедра. Правильнее начинать растяжку с проблемной конечности и помнить, что тело любит симметрию: сколько раз потянули мышцы одной ноги, столько же нужно уделить внимания второй. Выполняйте от 3 до 5 раз.

Дыхательная гимнастика

Рекомендую пациентам, страдающим патологией бронхо-легочной системы, в том числе и пневмонией любого генеза. Это та самая дыхательная гимнастика, которой нас учили в СССР. Мы проводили ее в стационаре, прямо в палате. Пациенты, измеряющие в последние годы сатурацию (насыщение крови кислородом), отмечают позитивную динамику буквально сразу после выполнения.

Исходное положение: сидя на стуле, возле опоры. Левая рука поднята и держится за опору (стена / косяк / стойка капельницы).

1. Делаем глубокие вдохи, наполняя воздухом грудную клетку. Правая рука при этом свободно опущена.

2. Теперь к упражнению активно подключается правая рука: на вдохе поднимаем ее и отводим назад – хорошенько раскрывая грудную клетку и, слегка разворачиваясь вправо, на выдохе опускаем правую ладонь на колени.

3. Колени – пошире. Вдох осуществляем так же, как в предыдущем примере, стараясь максимально развернуть грудную клетку вслед за рукой, а на выдохе наклоняем тело вперед, опуская правую руку вниз, к полу, между колен.

Каждое из предложенных дыхательных движений повторяем по 5 раз, затем меняем руки местами.

Безусловно, перед выполнением этих упражнений нужно посоветоваться с лечащим врачом! Я обязана написать это, несмотря на корректность предлагаемой нагрузки.

Как размять поясницу в самолете

Если вы долго летели в самолете и ваша поясница устала, можете сделать следующие упражнения, не вставая с кресла.

1. Обопритесь ладонями или локтями (в зависимости от роста) о подлокотники, приподнимите поясницу от сиденья и несколько раз тазом сделайте движения, имитирующие шаги: 10 шагов вперед, затем 10 назад. Отдохните.

2. Продолжайте опираться на руки, «удлиняя» позвоночник. Поочередно приподнимайте то правую, то левую ягодицу, рисуя в пространстве своеобразную восьмерку. Десять раз в одну сторону, затем 10 раз – в другую.

Если отекают ноги

Нужно помнить, что кровь притекает к ногам по артериям, имеющим упругие, эластичные стенки, укрепленные нитями эластина и мышечными волокнами. Отток осуществляется по венам, их стенка тонка и податлива. Полноценный отток возможен при безупречном состоянии соседних мышечных цепей, при цикличном сокращении и расслаблении скелетных мышц.

Выполним упражнение для их реабилитации.

Исходное положение – лежа, колени прямые, одна стопа натянута носочком на себя, а вторая в этот момент – от себя. На счет «раз» меняем положение стоп на противоположное, на счет «два» вновь меняем на противоположное. Продолжаем и доводим до 108 повторений (можно с паузами). Выполнять 1–2 раза в день.

Правильная посадка для дальней поездки на автомобиле

При поездках на длительные расстояния необходимы определенные «меры безопасности» для пояснично-крестцового отдела.

Для начала важно выстроить таз. Сев в водительское кресло, ладонями буквально подвигаем ягодички назад, поочередно захватывая их снизу и смещая кзади. Тем самым формируем поясничный прогиб позвоночника кпереди (лордоз). Затем берем плотную диванную подушку среднего размера и укладываем ее между поясницей и спинкой водительского кресла. Пристегиваем ремень.

Как правильно пристегиваться

Избегайте травмоопасных скручивающих движений, особенно по утрам, когда ваш позвоночник недостаточно «разогрет», и тем более если не успели выполнить утреннюю гимнастику.

Пристегиваясь ремнем безопасности, выполняйте следующий алгоритм движений.

1. Сгибаем правую руку в локте.

2. Ладонь левой руки захватывает правый локоть и увлекает его за собой, помогая дотянуться до ремня.

3. Берем ремень безопасности и ловким движением возвращаем правую руку в исходное положение. С победным щелчком уверенно пристегиваемся!

Поехали! Всем счастливого пути и здоровья!

Глава 13. Семейные рецепты

Редко можно встретить человека, который бы не пробовал лечить себя или членов своей семьи самостоятельно, пользуясь народными средствами. Знания, проверенные веками, в нужное время могут стать необходимой палочкой-выручалочкой. Конечно, используя народные рецепты, важно помнить, что все мы разные, у каждого есть свои особенности организма, а у кого-то – индивидуальная непереносимость компонентов. Поэтому к любому методу стоит подходить внимательно, с учетом возможных противопоказаний. Имеет смысл проконсультироваться с лечащим врачом.

В этой главе хочу поделиться нашими семейными рецептами – они выручали меня, моих многочисленных знакомых и родственников. Как правило, помогали обходиться без лекарств и вырастить таким образом троих сыновей. С позиции врача-практика в очередной раз хочу подчеркнуть важность бережного отношения к своему организму и целесообразность использования природных компонентов при его восстановлении.

Что делать при насморке и заложенности носа?

Погода в России нередко испытывает наш иммунитет на прочность даже в летнее время. Многие жалуются на затяжной насморк.

Как быть, если заложенность носа не дает покоя ни днем, ни ночью? Применение сосудосуживающих капель чревато повышением артериального давления. Антибиотики пить бессмысленно, да и побочные эффекты вскоре дадут о себе знать.

Попробуйте чудо-рецепт нашей семьи. Когда-то давно благодаря ему одна из моих родственниц избавилась от многолетнего «хронического» гайморита и, как следствие, от бесконечных проколов и медикаментозной поддержки. С тех пор эти знания регулярно применяются в нашей семье.

Итак, натираем на крупной терке черную редьку (важно, чтобы не было сока). Берем рулон ваты и отрезаем полоску длиной примерно 15 сантиметров. Поверх кладем еще пару слоев, так чтобы суммарная толщина составляла не менее 1 сантиметра.

Затем берем щепотку тертой редьки, кладем ее в центр ватной заготовки и, собрав концы между собой, изготавливаем сухой тампон с редькой в центре. Затем делаем еще один, точно такой же.

Ложимся на спину и накладываем тампоны на проекцию гайморовых пазух – с обеих сторон от переносицы. Лежим 15 минут. Летучие эфирные масла доберутся до своей точки приложения, появится жжение. Не пугайтесь, это нормально, кожа ненадолго покраснеет.

Повторяйте процедуру ежедневно. Вскоре начнется обильное выделение слизи, и нос прекрасно прочистится!

Что делать, когда начинается простуда?

Вирусы были, есть и будут вне зависимости от появления очередной новой коронавирусной или иной другой инфекции. Человек не может существовать в стерильной среде – он просто погибнет. Поэтому нам нужно научиться жить в симбиозе с микрофлорой.

Когда мы вдыхаем воздух, вирусно-бактериальная смесь попадает на слизистую оболочку носоглотки. Если там хороший местный иммунитет, мы ничего не замечаем – происходит утилизация патогенной микрофлоры. Но если организм ослаблен, может произойти инвазия (вторжение патогенов в слизистый барьер). Появятся симптомы простуды: першение в носу, отделяемое слизи.

Что делаем?

1. Промывание носа. Для этого можно использовать один из двух составов:

- в стакан теплой воды добавить половину чайной ложки соли и столько же соды, перемешать;
- трехпроцентную перекись водорода налить в маленькую кружку и добавить в два-три раза больше теплой кипяченой воды.

Для промывания набираем раствор в пятикубовый шприц. Слегка, на 15–20 градусов, наклоняем голову вбок и слегка приподнимаем подбородок. Заливаем раствор в верхнюю ноздрю, делая мягкий вдох ртом, чтобы раствор попадал в горло. Потом меняем сторону. Повторяем по 3–5 раз с каждой ноздрей. Оставшимся раствором можно прополоскать горло.

2. Парение ног. Если вы чувствуете набухание в носоглотке или начинающийся насморк, то ваша главная задача – «оттянуть» отечность от верхних участков тела. С этой целью можно создать условия для расширения капилляров в нижних конечностях. Используем парение ног в горячей воде с горчицей. Достаточно погреть ноги от 5 до 20 минут, затем обсушить кожу салфеткой, надеть хлопчатобумажные носки и лечь в постель.

3. Компресс. Если чувствуете, что процесс пошел ниже и горло стало сухим, как наждачная бумага, можно сделать водочный или полуспиртовой компресс. Таким способом нас с братом лечила моя мама, сельский фельдшер, с самого детства.

Нужно взять медицинский спирт, добавить к нему теплую воду в пропорции 1:1. Если медицинского спирта нет, можно использовать обыкновенную водку, без разведения. Этой жидкостью увлажняем марлю, сложенную в 6–8 слоев. Отжав ее, кладем на горло спереди, покрываем полиэтиленом и сверху фиксируем теплым шарфом. Если нет раздражения кожных покровов, можно оставить даже на время ночного сна.

Происходит шикарное прогревание: мы создаем хороший приток крови. Благодаря этому в нужное место приходят лимфоциты и макрофаги – бойцы иммунитета, которые готовы сражаться и не пускать инфекцию дальше.

4. Горчичники. Их при простуде можно приклеить на голени. А можно – на межлопаточную область и горло. Держать от 5 до 20 минут. Оптимальный вариант – ежедневно менять зону воздействия. После снятия горчичника кожу нужно протереть насухо и пациента укрыть одеялом. Только запомните: горчичники нельзя ставить при повышенной температуре и на область сердца.

5. Банки. Когда плохо откашливается мокрота, можно поставить банки между лопатками, ниже угла лопаток и на боковую поверхность грудной клетки. Не забывайте, что сразу после снятия банок нужно тепло одеться и лечь в постель.

Самый «бронбойный» рецепт от простуды

Конечно, во время простуды правильнее отпить себя водой, поспать как следует, отлежаться 2–3 недели, и тогда организм сам победит болезнь и восстановит свои ресурсы.

Но порой на нас лежат такие обязательства, которые мы не можем не выполнить, и в подобных случаях выручает один действенный способ.

Этот рецепт еще в студенческие годы мне подсказали коллеги-доктора. Услышав состав средства, поначалу я отнеслась к нему с недоверием. Но когда увидела, как быстро ребята избавляются с его помощью от простуды, мои сомнения отступили. Только представьте: температура 38, полная разбитость, болит горло, заложен нос – все признаки заболевания с выраженной интоксикацией... А наутро человек уже полностью мобилизовался и работает у хирургического стола. Чудеса!

Рецепт

Смешать в стакане по две столовых ложки сока лимона, меда, малинового варенья (или толченой малины) и водки. Залить до полного стакана кипятком и запить этим составом две таблетки аспирина (обыкновенная копеечная ацетилсалициловая кислота из аптеки). Вкус у напитка вполне приятный: сочетание кислого (лимон и малина), сладкого (мед) и крепкого (водка) дают о себе знать. После того как лекарство выпито, нужно сразу лечь под одеяло.

Важно: выпивать это средство нужно не натощак. Даже если совсем нет аппетита, важно съесть хотя бы хлеб с маслом. Аспирин лучше усваивается после приема пищи и, кроме того, меньше раздражает слизистую оболочку желудка.

При приготовлении средства некоторые убирают из состава мед, если не уверены в его «происхождении» или знают о своей аллергии.

Детям, конечно, такой вариант не подходит из-за содержания спирта.

Средства от кашля

1. Отвар овса на молоке. С этим рецептом меня познакомила моя тетя Дуся, которая недавно отметила свой вековой юбилей. В годы Второй мировой войны состав, о котором я хочу рассказать, помог ей вылечить сына, тяжело болевшего туберкулезом. Сейчас это крепкий дядька на восьмом десятке, который ничем не болеет.

Рецепт

Две столовые ложки неочищенного овса (продается в аптеке и продуктовых магазинах) высыпать в пол-литра кипящего молока, убавить огонь до минимума и томить 30–40 минут. Затем снять с огня и на пару часов укутать махровым полотенцем или одеялом для настаивания. Процеживаем, добавляем соду на кончике ножа (для разжижения мокроты), 1/2 чайной ложки сливочного масла (чтобы создать направленность к бронхолегочной системе) и мед по вкусу. Делим полученную смесь на две части. Одну часть нужно выпить вечером, другую – утром.

«Напиток» нужно хранить в холодильнике, а перед употреблением подогреть до приятного тепло-горячего состояния.

Внимание! При аллергии на мед этот компонент необходимо исключить из рецепта.

Как правило, облегчение наступает уже в течение первых суток приема такого состава. Когда мои сыновья были совсем маленькими и начинали кашлять, я вечером наливала теплый отвар в бутылочку с соской, они его за ночь выпивали, а наутро уже здоровыми шли в свою ясельную группу.

2. Ингаляции с шалфеем. Бывает так, что человек переболел, но у него сохраняется сухой надсадный кашель. Дело в том, что в наших бронхах есть ворсинчатый эпителий. Когда попадает пылинка, ворсинка должна сократиться и выбросить ее. Но пришедшая вирусная инфекция эти ворсинки «съедает», и поверхность бронхов становится гладкой. В итоге любая пылинка вызывает ее раздражение и мучительное желание откашлять. Ингаляции с шалфеем помогают быстрее восстановить реснитчатый эпителий. Эта процедура хорошо смягчает бронхолегочную систему и облегчает кашель.

Шалфей можно купить в аптеке, заварить согласно инструкции и залить в емкость для ингалятора.

3. Горчично-медовая лепешка. При затяжном кашле в нашей семье делают аппликации на спину и грудную клетку. Этот способ лечения подходит как для взрослых, так и для ребятшек старше 6 месяцев.

Рецепт

Одну столовую ложку горчичного порошка (или зерен горчицы, измельченных до порошкообразного состояния) растереть с одной столовой ложкой качественного меда. Добавить одну-две столовые ложки муки, вымесить тесто. Можно добавить немного растительного масла, чтобы оно не прилипало к рукам. Встречала рецепты, в которых перед добавлением муки рекомендуется добавить одну столовую ложку уксуса. Какой эффект от этой добавки, не знаю – не пробовала.

Раскатываем тонкую лепешку и помещаем ее на один слой марли. Укладываем на область спины, марлей – к кожным покровам, поверх – полиэтилен. Такой же компресс можно положить и на переднебоковую поверхность грудной клетки, избегая проекции сердца.

Первые несколько минут понаблюдать, нет ли ярко выраженного жжения и зуда. Зафиксировать компресс теплым платком и оставить на теле на 2–3 часа.

Противопоказания: высокая температура и аллергия на продукты пчеловодства.

4. Барсучье и медвежье сало. Его бывает непросто достать, но мне в этом плане очень повезло, потому что мой муж – охотник, и в моем холодильнике всегда есть проверенное в лаборатории (что важно), качественное сало.

Рецепт прост

Берете половину чайной ложки сала и столько же меда. Перемешиваете и рассасываете 2–3 раза в день.

5. Аппликации состава Залманова. Доктор Залманов разработал лечебные эмульсии на основе живичного скипидара. Эти составы мы варим и сегодня в нашей курганской клинике, обеспечивая ими свои центры. Это трудоемкий процесс, к которому нужно приспособиться. В аптеках есть аналог – «Скипар».

Для приготовления раствора берутся две столовые ложки эмульсии, заливаются пол-литром кипятка для растворения возможных комочков, затем добавляется до 5 литров теплой воды. Раствор в итоге должен иметь довольно высокую температуру – порядка 50 градусов, поэтому работать надо в перчатках из толстой резины, предварительно надев тонкие хлопчатобумажные перчатки. Расстелите предварительно на кровати клеенку. Смочите большое махровое полотенце получившимся раствором, отожмите. Оберните спину и боковые поверхности грудной клетки полотенцем, быстренько (чтоб раствор не остывал) лягте на кровать, клеенку подверните, покрывая ею влажную ткань, и накройтесь теплым одеялом. Лежите 20 минут. Лучше проводить эти лечебные мероприятия перед сном.

Настойка прополиса при заболеваниях бронхолегочной системы

Когда я была молоденьким врачом, моему четырехлетнему сыну Павлу провели диагностическую реакцию Манту. Она оказалась очень яркой, и нас направили в противотуберкулезный диспансер, чтобы посмотреть, в чем причина.

Перепроверили – опять гиперергическая реакция. Фтизиатр, милая интеллигентная женщина лет 90, посоветовала мне: «Вообще-то, по существующим регламентам я должна подключить вам противотуберкулезные препараты. Но я дам вам один старинный рецепт. Попробуйте, должно сработать. Тем более я не вижу ничего страшного: мальчишка крепкий, жизнерадостный, розовощекий».

Рецепт

На кусочек сахара капнуть настойку прополиса – столько капель, сколько ребенку лет. Затем добавить воды, чтобы вкус стал мягче (настойка на спирту). Давать ребенку рассасывать эту субстанцию каждый день на протяжении месяца.

Мы так и сделали. А спустя время повторили Павлу реакцию Манту. Она была идеальной. Да и в течение всей жизни у него никогда не было каких-либо вопросов к бронхолегочной системе и к здоровью в целом.

Применение настойки прополиса очень эффективно, когда организм находится на грани – бороться или сдаться и уйти в болезнь. Он позволяет активировать внутренние резервы и перенаправить нас в сторону выздоровления.

К этому варианту лечения мы в семье прибегаем и тогда, когда начинается упорный, сухой, надсадный кашель. Отлично помогает при часто рецидивирующих ларингитах, трахеитах, бронхитах – хорошо справляется с повышением иммунитета верхних дыхательных путей.

Прополис помогает смягчить и существенно облегчить кашель, а также образовать мокроту. Если начать употреблять его на ранних стадиях болезни, то кашель исчезает обычно через 2–3 дня приема.

Важно помнить, что это средство дает симптоматический эффект, и его употребление нужно завершить, как только симптомы исчезли.

Однако если улучшений в течение недели не последует, то не имеет смысла принимать настойку дальше. Как и в любом другом случае, это будет значить только то, что вам нужно искать иной рецепт.

Конечно, у данного средства есть противопоказания: аллергия на продукты пчеловодства и спирт.

Рецепт приготовления настойки прополиса

Со временем качество аптечных настоек начало вызывать у меня определенные сомнения. Поэтому я стала готовить настойку самостоятельно. Покупаю у местных пчеловодов прополис, строгаю его ножом и кладу в стеклянную емкость.

Добавляю семидесятипроцентный медицинский спирт или водку в соотношении 1:10 (на 25 граммов прополиса 250 миллилитров жидкости).

Убираю в темное место. Ежедневно переворачиваю емкость, чтобы компоненты перемешались. Спустя 10 дней фильтрую получившуюся настойку и сливаю в баночку. Лекарство готово к употреблению.

А то, что осталось, можно повторно залить еще раз – вторая вытяжка ничем не отличается по лечебным свойствам от первой.

Настойку можно хранить в темном месте, вне холодильника.

Высокая температура: как быть?

Сегодня при первом же симптоме мы мчимся в аптеку за кучей лекарств. С распространением пандемии тревожность только усилилась. Такое интенсивное «лечение», в том числе с применением антибиотиков, как правило, рекомендуют нам и врачи. Их, бедолаг, тоже мощно зомбируют.

В начале моей врачебной практики все обстояло иначе. В период эпидемий гриппа участковые терапевты в областном центре посещали пациентов на дому. После осмотра говорили: «Постарайтесь, пожалуйста, препараты не принимать. Если вы нормально переносите температуру, лучше пейте чай с малиной, побольше воды, полощите горло».

Назначение антибиотиков было большой редкостью. Это имело место только в том случае, если к болезни присоединялась бактериальная микрофлора, которую нужно было победить. И случалось это уже в осложненных случаях, как правило, при стационарном лечении. Эти препараты назначали после предварительного лабораторного исследования мокроты на чувствительность к конкретным медикаментам.

Желая избавиться от болезни при помощи антибиотиков поскорее, важно помнить, что они убивают нашу здоровую, родную микрофлору в кишечнике. И тогда мы выходим из болезни ослабленными, долго не можем вернуться к прежней жизни, заработав таким «лечением» новые заболевания.

Как поступать с высокой температурой? В первые три дня бороться с ней нежелательно. При первых признаках недомогания нужно дать себе возможность отлежаться. Постарайтесь хотя бы три дня минимально эксплуатировать организм: лежите, пейте воду и наблюдайте, что происходит с ним.

Заваривайте листья малины, смородины, цветки липы – это природные антисептики (вещества, убивающие патогенную микрофлору) и антипиретики (жаропонижающие).

В «огне» высокой температуры сгорает патогенная микрофлора. Это бактерии и вирусы, а кроме того – онкологические клетки и аутоиммунные комплексы.

Также встречала немало публикаций о том, что только при температуре 38,6 начинается уничтожение клеток-мутантов, из которых в перспективе формируются опухолевые процессы. Сегодня, когда наша пища содержит много нездоровых добавок и мы при этом мало двигаемся и «храним» тело в тепличных условиях, клеток-мутантов накапливается немало.

Поэтому повышенную температуру нужно воспринимать не как зло, а как способ выжечь и уничтожить те вредные субстанции, которые в нас накопились. Острая фаза болезни обычно предназначена для того, чтобы разбудить резервные механизмы организма и расстаться с тем балластом, который может привести к тяжелым болезням.

Что делать при высокой температуре у детей? С этим вопросом нужно быть максимально осторожным, потому что у детей очень чувствительная терморегуляция.

Для снижения температуры лучше начинать с обтираний. Возьмите стакан воды, добавьте в него столовую ложку водки и столовую ложку уксуса. Положите раздетого ребенка под простынку. Достаньте одну ручку, оботрите ее. Подождите, пока жидкость испарится, и снова укройте простыней. Затем так же поступите со второй рукой, потом поочередно с ножками, спиной и животом. При таком подходе срабатывают законы физики: за счет испарения понижается температура конкретного региона тела. Это благоприятно сказывается на общем состоянии ребенка.

Укрывать теплыми одеялами (и попутно предлагать горячий чай с малиной и лимоном) нужно в том случае, когда у ребенка озноб и мы хотим, чтобы он пропотел. Если же ему жарко и он интуитивно сбрасывает одеяло, не нужно его насильно укутывать.

Многие родители наверняка замечали, что таблетки, которые они дают детям при температуре, порой как будто и не действуют. И это неспроста. Так реагирует мудрый организм, перед которым стоит задача не увести ребенка в более серьезное заболевание, не допустить развитие того же аутоиммунного процесса: бронхиальной астмы или ревматоидного артрита. Что-то накопилось, организму это не понравилось, поэтому он и отреагировал высокой температурной свечкой.

Вызовите врача, чтобы он осмотрел ребенка и исключил любую серьезную патологию. А после этого просто отпаивайте малыша водой (именно водой, а не компотом или соком), предлагайте чай с малиной, обтирания и позвольте организму при малейшей возможности самому справиться с болезнью, формируя тем самым иммунитет.

Почему люди болеют с разной температурой? Действительно, у одних при болезни температура каждый раз подскакивает чуть ли не до 40 градусов, в то время как у других едва повышается до 37. И здесь не стоит вопрос, что лучше. На самом деле, то, как поднимается температура при болезни, зависит от реактивности организма. Это такая же особенность, как цвет глаз: у кого-то они могут быть карими, а у кого-то – голубыми.

В то же время, если человек болеет без температуры, симптомы могут быть неяркими, и болезнь имеет право затянуться на более долгое время. А гиперреактивные люди, напротив, на малейшее вторжение реагируют высокой температурой, но при этом обычно выздоравливают быстрее – их иммунный ответ устроен таким образом.

Нужно понимать, что все люди разные, и врачу при назначении терапии важно это учитывать.

Как действовать при ожогах

В деревнях, когда случались пожары и человека выносили из огня, бабушки прибегали и приносили с собой много куриных яиц. Разбивали их, отделяли белок и им смазывали ожоговую поверхность.

Действие этого рецепта я проверила и сама.

В 1990-е у нас только начинала появляться привезенная тайными тропами пиротехника. Качество у нее, конечно, было сомнительное, да и пользоваться ею еще не умели. Помню, мы собрались у моего брата на праздновании Нового года. Среди гостей был веселый парень Ваня Охалкин. Мы все знали его как смелого экспериментатора и человека, с которым вечно что-то случается. Видимо, старая русская поговорка «У бедного Ванюшки всюду камушки» была про него. Он бесконечно об эти «камушки» спотыкался.

– Давайте я запущу для вас петарды! – сказал Ванька.

– А что это такое? – переглянулись мы.

– Сейчас увидите!

Он вышел на балкон, поджег петарду, но направил ее не в ту сторону, и взрыв произошел прямо в его руках. Вспомнив, что я врач, он протянул в мою сторону почерневшие ладони и произнес:

– Ирэн, похоже я остался без рук...

Я тут же вспомнила про знакомый народный рецепт. Хорошо, что в холодильнике оказался десяток яиц. Мы с девочками молниеносно их расколотили, отправив белки в эмалированную миску, и моментально погрузили туда руки Ивана, который еще пребывал в легком шоке, но уже начинал чувствовать дикую боль и жжение.

Примерно через пять минут он произнес:

– Ребята, вы не поверите, но боль уходит. Кажется, я в порядке.

На следующее утро, кроме легкого покраснения на коже рук у Вани, ничего не напоминало о ночном происшествии.

В семье много лет мы лечим ожоги только так. Например, если кто-то пошел в баню и нечаянно прислонился к печке, то все знают – надо срочно бить яйца. В острый период нет ничего лучше, чем белок.

Я не могу объяснить механизм действия этого рецепта, но, скорее всего, это происходит потому, что мы перекрываем активный доступ воздуха к обожженной части тела и минимизируем каскад воспалительных реакций, которые происходят с участием кислорода. А это полезно на ранних стадиях ожога. Кроме того, содержимое яйца стерильно, а белок – это живая природная субстанция.

Есть и другой хороший вариант, правда, не всегда доступный. Моя родственница собирает облепиху и сама готовит из нее масло. При каких-либо повреждениях кожи (ожогах или ранах) мы смешиваем облепиховое масло пополам с медвежьим салом и наносим на соответствующий участок.

Почему нужно пить воду?

Человек на 80 % состоит из воды. Для нормальной жизнедеятельности организма влага должна постоянно обновляться. Для этого организм откуда-то должен ее брать.

Какую воду пить? Оптимальный вариант – обычную фильтрованную негазированную, в которой содержится небольшое количество микроэлементов. Такую воду называют мягкой (в противовес жесткой). Удельный вес ее небольшой: 150–250 микрограммов на литр – отлично.

Для ее приготовления можно приобрести обычный кувшинный фильтр или покупать бутилированную.

В идеале температура воды для питья должна быть приближена к температуре тела или быть немного выше, чтобы организм не тратил силы на ее согревание перед всасыванием.

Нельзя пить дистиллированную воду – она «крадет» микроэлементы у организма. Не годится для промывки и минеральная вода. Вспомните, что раньше минеральную воду назначал только врач в соответствии с диагностированными заболеваниями с целью лечения, для восполнения определенных дефицитов. Ее нужно было покупать в аптеке, и курс приема был ограничен двумя-тремя неделями. Это не случайно. Дело в том, что удельный вес этой воды составляет 3–4 тысячи микрограммов на литр. Это значит, что у минеральной воды принципиально иная задача – она должна в короткие сроки насытить организм недостающими микроэлементами.

Питьевую воду не стоит кипятить. Молекула некипяченой воды является диполем, то есть имеет положительный и отрицательный заряд. Это позволяет ей легко заходить в клетку через ионные насосы клеточной мембраны (оболочки), промывать содержимое клетки и выводить отходы жизнедеятельности наружу. Молекула же кипяченой воды имеет нулевой заряд, поэтому ей тяжело зайти через ионный насос. Она способна работать в межклеточном пространстве, а клетке при этом по-прежнему не хватает влаги.

На самом деле, мы обычно сетуем на то, что сложно найти качественную воду лишь потому, что не хотим менять свои привычки, – ведь поначалу организм сопротивляется. Но если не отступать от соблюдения питьевого режима, спустя пару месяцев организм перестраивается, и мы уже не можем жить без воды.

Сколько нужно пить воды и когда это делать? Мы уже упоминали имя индийского ученого Фереидуна Батмангхелиджа, который занимался терапией различных патологических состояний путем достаточного увлажнения организма. Его труды помогли мне пересмотреть свой подход к лечению и оздоровлению, когда у меня начались частые обмороки, сопровождаемые судорогами, и прорвалась грыжа диска в пояснице.

В массовой медицине, ориентированной на аптеку, принято считать, что человек должен пить столько, сколько хочет. Но доктор Батмангхелидж утверждает (и я с ним согласна!), что при хроническом обезвоживании и соответствующей интоксикации «отравленный» головной мозг дает неверные команды организму. Уповать на них бессмысленно и иногда даже опасно.

Необходимо просто пить, не дожидаясь ощущения жажды. Сколько?

Есть примерная расчетная норма: на каждые 30 килограммов веса – 1 литр чистой воды в сутки. То есть если вы весите 60 килограммов, то ваша расчетная норма – около 2 литров. Безусловно, все мы разные, и шаблонов быть не должно. Позже поговорим о том, на что следует ориентироваться, чтобы понять, насколько качественно мы проводим «влажную уборку».

Часто говорят о том, что нельзя пить воду во время еды, поскольку она разбавляет желудочный сок и переваривание ухудшается. Прислушиваясь к этому мнению, в свое время я думала: «Пить надо через два часа после еды или за час до еды. Если я не успела, значит, опять пропускаю» (такие мысли наверняка приходят в голову многим).

Потом я решила пить воду без особой системы, понимая, что просто должна в течение дня выпить положенные 2 литра. И тогда результат не заставил себя ждать: улучшилось пищеварение, по утрам я вставала без всякой одутловатости лица, ушла моя гипотония – вместо постоянных 90 на 60 и обмороков давление стало 120 на 80. Я начала хорошо сбрасывать вес, хотя питалась так же, как и раньше, при этом кожа не обвисала, а сама по себе лифтинговалась.

Позже я нашла объяснение, что во время еды можно (и даже нужно) пить воду. Когда мы едим, с пищей в организм поступают белки, жиры, углеводы. Они отличаются от белков, жиров и углеводов человеческого организма. Для адекватной трансформации вначале должно произойти разложение поступивших веществ на маленькие «кирпичики», чтобы в дальнейшем построить ткани, адекватные нашему телу.

Процесс разложения поступающих продуктов на мелкие составляющие называется гидролиз (от слов «гидро» – вода и «лизис» – разложение). Идет ГИДРОлиз белков, ГИДРОлиз жиров и ГИДРОлиз углеводов – биохимические реакции. ГИДРО – это вода. Соответственно, вода – это не инертный разбавитель, а активный участник биохимических процессов, которые необходимы организму для полноценного переваривания и всасывания. Не напрасно дети, у которых развита интуиция, запивают пищу водой. У них вообще многому можно поучиться.

Как понять, что воды достаточно? Ориентируемся на мочу. В норме моча у человека без цвета и без запаха, почти как вода (мы частично касались этой темы в главе 10). Допускается легкий соломенный оттенок, но не более. И это возможно только в том случае, если организм чистый и регулярно промывается. Моча – честный и бесплатный индикатор, который подскажет, достаточно ли воды вы употребляете.

К сожалению, игнорирование питьевого режима может привести к тяжелым последствиям. Приведу один случай из жизни моей семьи.

Я готовилась к проведению своего 50-летнего юбилея. К нам собиралось приехать много гостей, в том числе и мои дети. Накануне праздника звонит Катюша, жена старшего сына Димы:

– Ирина Геннадьевна, Диме очень плохо: у него сильные боли в животе, он лежит согнувшись на полу и даже говорить не может. На прошлой неделе аналогичные симптомы были у коллеги по работе, и мужчина умер.

В Москве (там живет Дима со своей семьей) в тот год стояла страшная жара, горели торфяники. Скорую вызывать бесполезно – бригады были нарасхват, даже к астматикам ехали в течение суток. Надо было срочно решать что-то самим.

Под мою диктовку Катя проверила симптомы «острого живота» – это критерии катастрофы в брюшной полости, когда требуется немедленное хирургическое вмешательство. Они, к счастью, оказались отрицательными.

– Как дела с водой, Катюш? Дима ее пьет? – интуитивно спросила я, вспомнив о том, что он не особо жалуется воду.

– Вообще не пьет, – ответила невестка.

– Катя, дай ему немедленно воды. По чайной ложечке, по чуть-чуть, но стакан он постепенно должен выпить.

Она выполнила рекомендации, постоянно держа со мной связь. Понемногу Дима выпил всю воду, и у него начался озноб, температура поднялась до 38.

– Это хорошая реакция организма, – успокоила я Катю. – Пусть его потрясет, ничего страшного в этой температуре нет.

Спустя час позвонил сам Дима и сказал, что он уже абсолютно здоров. Ребята махнули в аэропорт, и оказалось, что их рейс задержался, будто специально ждал. Они успели на мой юбилей. И воду теперь в нашей семье пьют все.

Я немало слышала о трагических историях, связанных лишь с тем, что человек не употреблял воду. В тот же жаркий год в Кургане стало плохо женщине 40 лет. Бледно-серая кожа, периодически теряет сознание, боли то в голове, то в животе. В стационаре на фоне капель-

ниц (заметьте, на фоне поступления в организм влаги) становится лучше, но после выписки проходит два-три дня – она отправляется на пляж и умирает от внезапной остановки сердца. Вскрытие показывает, что инфаркта нет, сосуды чистые. Причина смерти: внезапная остановка сердца.

Или другой пример. Парень-футболист, 19–20 лет. Буквально через день после медосмотра, на котором организм продемонстрировал безупречное здоровье, во время игры на поле падает, теряет сознание и почти сразу умирает. Причина смерти: внезапная остановка сердца. Было очень жарко.

Люди не осознают, какая катастрофа может произойти с обезвоженным организмом. Чтобы не утомлять читателя сложными научными терминами, объясняющими каскад негативных реакций организма, приводящих к летальному исходу, назову суть: сердце порой просто устает качать густую, как кисель, кровь и останавливается.

Чай, компот или суп нельзя считать жидкостью, заменяющей воду, – слишком много труда требуется организму, чтобы извлечь из этих субстанций молекулы воды. Не стоит тратить на это силы организма, лучше разумно использовать ту энергию, которая есть, и просто регулярно поить себя водой.

Как правильно спать

Мы много говорили о том, что организму нужен полноценный отдых и расслабление. Поэтому приведу несколько правил здорового сна.

Идеальная поза для сна – «поза здорового ребенка». Посмотрите, как спят малыши: они лежат на спине, забросив руки за голову. Эта поза прекрасна и для взрослых (она моя любимая). В ней гармонизируются все мышечные цепи: сгибатели имеют такой же мышечный тонус, как разгибатели, правая боковая линия взаимосвязанных мышц такая же, как и левая, спиральные цепи – от правого плеча к левой половинке таза и наоборот – симметричны. При сне в этой позе происходит полноценная реабилитация внутренних органов брюшной полости, грудной клетки, передней поверхности шеи, лица – и так на протяжении восьми часов.

Физиологично спать и на боку. Но тогда используйте подушку. Спать на животе травмоопасно. В этом положении мы постоянно неестественно скручиваем шею, и в какой-то момент она может не выдержать.

Идеальный сон длится восемь часов. Но кому-то достаточно семи, а кому-то нужно девять – у каждого своя норма.

Великолепно, если есть возможность засыпать не позже 22 часов – полноценный сон происходит до полуночи. Если же ложиться спать в полночь, биологические ритмы сбиваются, и организм не успевает реабилитироваться даже при продолжительном сне. Это может привести к болезням.

Гаджеты нужно убирать за два часа до сна: они вызывают возбуждение зрительных нервов, что, в свою очередь, провоцирует раздражение определенных островков головного мозга. Таким образом, мозг не может отпустить все напряжение, и глубокого полноценного сна не произойдет.

Нужны ли ортопедические приспособления для сна? Любые ортопедические подушки, матрасы, а вместе с ними и корректоры осанки – прежде всего бизнес. Вспомните об этом, обратив внимание на стоимость продукции, в названии которой появляется слово «ортопедический».

Даже если мы говорим о лечении, все это – своеобразные «костыли» для организма. Конечно, нам порой хочется, чтобы все излечивалось само, без нашего труда, но так, увы, не бывает. Такие «помощники» не улучшают состояние позвоночного столба, а только служат подпорками для нашей больной спины.

Продолжая игнорировать нарушенную геометрию тела и эксплуатируя организм с нарушенной биомеханикой, мы лишь все больше идем «вразнос», зарабатывая новые поломки. Как следствие, приходится бесконечно менять «ортопедические» приспособления, так и не почувствовав себя здоровым человеком. Тело тем временем будет накапливать необратимые изменения.

Позвонки уходят в порочную позицию, закрепляются в ней, после чего доктор, который рекомендовал вам все эти способы, может только с сожалением констатировать: «Это не лечится».

Если вы спите на спине, вам не нужна подушка. Никакая. Только вслушайтесь в название: «подУШКа». То есть использовать ее имеет смысл только при сне на боку: тогда подушка становится своеобразной мягкой подставкой под ушко, предупреждая «перекосы» шейного отдела. Шея должна быть продолжением нашего позвоночника. При этом вовсе не важно, какая подушка – ортопедическая, пуховая или перьевая.

В подростковом возрасте я прочла, что во избежание второго подбородка нужно спать на спине без подушки. Решила проверить. Сейчас мне 60 лет, пока все хорошо, овал лица четкий.

Заболела голова. Что делать?

Прежде всего стоит сказать, что поводов для головной боли существует огромное количество. В каждом случае нужно внимательно подходить к поиску причины.

Но универсальные и относительно безопасные средства тоже существуют.

1. Выпить два стакана воды. В 90 % случаев этого будет достаточно, чтобы голова перестала болеть.

2. Помассировать височные мышцы. Это может каждый: нужно поставить пальцы в область виска, найти подушечками болезненные участки за ушами, выше ушной раковины, перед ушами. Можно погуглить «триггерные точки в височной мышце» и, уточнив их местоположение, аккуратно разминать их.

3. Сделать самомассаж скальпа. Об этом способе лечения головной боли мне рассказали коллеги с Кавказа еще во время совместной работы в Центре Илизарова. Нужно определить зону, где болит голова, взять там тонкий пучок волос (полсантиметра в диаметре) и накрутить прядку на палец, оттягивая ее. При этом нужно придерживать второй рукой те участки, которые примыкают к пучку, чтобы скальп включался в работу локально и поочередно.

Самомассаж скальпа очень полезен и для профилактики головной боли, особенно у тех, кто работает в офисе или испытывает стрессы. Можно добросовестно массировать проекцию швов черепа, выявляя самые болезненные участки.

4. Массаж грудины и физкультминутки. Если вы чувствуете, что после гаджетов начинает болеть или кружиться голова, значит, передние мышечные тракты – сгибатели туловища – спрессованы. Речь идет прежде всего о грудных мышцах, мышцах живота и передней поверхности шеи.

Чтобы избежать этого, можно время от времени массировать область грудины и устраивать в течение рабочего дня физкультминутки (описание упражнений читайте в главе 10). Эти простые методы работают великолепно!

Что делать, когда болит шея или между лопатками

Если у вас заклинило шею или межлопаточную область, то приступайте к упражнениям, приведенным ниже.

1. Ложимся на пол лицом вниз. Голову не задираем и не поворачиваем набок – важно, чтобы шея была продолжением позвоночника. Ноги прямые, прямые руки вытягиваем в сторону головы и тоже кладем на пол.

Приподнимаем на 15–20 сантиметров правую руку и левую ногу. Затем меняем. И делаем 108 таких повторений.

Внимание! При выполнении этого упражнения часто раздается мягкий безболезненный щелчок где-то между лопатками, в области самой шеи. Не пугайтесь: таким образом устраняется микроскопическое смещение позвонков друг относительно друга.

2. Предыдущее упражнение можно выполнять и из положения стоя на четвереньках. Следите за тем, чтобы глаза смотрели в пол, а шея была продолжением позвоночника. Не допускайте поворота головы ни вправо, ни влево, потому что этим можете только усугубить ситуацию. На счет «раз» одновременно вытягиваем правую руку вперед (параллельно полу), а левую ногу – назад, тоже параллельно полу. На счет «два» меняем руку и ногу на противоположные. Количество повторений старайтесь довести до 108.

Также при болях в шейном и грудном отделе хорошо помогают мази. Вовсе не обязательно покупать дорогостоящие препараты. Мне нравится такой состав: на десять частей «Индометациновой» мази беру одну часть мази «Капсикам». В составе последней содержится димексид, камфора и красный перец – все жгучие прогревающие компоненты. Мази нужно смешать непосредственно перед применением и втирать их в зону погон и межлопаточную область с интервалом в 12 часов.

Если «прострелило» поясницу

Однажды мне позвонил мужчина со словами:

– Ирина Геннадьевна, помогите! Мы сейчас в походе. До ближайшего населенного пункта очень далеко. Даже до трассы километров восемь. А у меня так скрутило спину во время сложного перехода, что я и пошевелиться от боли не могу. Все собирался до вас доехать, но, кажется, так и не успел.

– Вы можете стоять на четвереньках? – спрашиваю я.

– Попробовал. Могу.

– Походите так минут двадцать. Только колени защитите: или перевяжите их эластичным бинтом, или выберите для хождения какую-то мягкую поверхность, например мох.

Через пару часов собеседник отчитался: «Стало легче».

– Хорошо. Теперь ложитесь на спину, ноги прямые. Согните правую ногу в колене, захватите колено двумя руками. Потяните его к противоположному плечу. Получается?

– Да, получается.

– Удерживайте тридцать-сорок секунд, затем смените ногу.

– Так ведь боль отдает только в одну ногу...

– Поясница любит симметрию. Поэтому начинайте с той ноги, которая больше беспокоит, после чего делайте все то же самое, но на другую сторону. И так по пять повторов.

Спустя какое-то время мой пациент снова вышел на связь:

– Слушайте, я все сделал, и мне стало намного легче.

– Отлично. В течение дня повторите все еще несколько раз. Тогда, по крайней мере, у вас будет возможность продержаться до профессиональной помощи.

Также при острой боли в спине можно попробовать вот какое упражнение. Если человек может лежать на спине с прямыми ногами, то одну стопу нужно натянуть носочком на себя, а вторую в этот момент – от себя. На счет «раз» меняем положение стоп на противоположное. Повторяем многократно – до 108 раз. Можно с паузами при появлении усталости, но так, чтобы в итоге получилось примерно такое количество повторений.

Приведенные упражнения позволяют прорденировать поясницу. Что это означает?

Когда происходит зажим в любой части тела, организм реагирует асептическим (безмикробным) воспалением. Пострадавший участок становится более горячим, набухшим, к нему активно приливает кровь. Организм делает это, чтобы максимально сохранить в живых зажатые клетки, спасти их от разрушения. В регион сражения с внешним агрессором таким образом идет поставка макрофагов, лимфоцитов и других клеток, которые отвечают за иммунный ответ. Возникший отек подавливает нервные веточки, они сигнализируют болью. Вопрос: что делать?

Традиционно принято назначать противовоспалительную терапию: нестероидную или стероидную (в виде гормональных блокад). Но попытки таким образом искусственно гасить естественное (защитное) воспаление ведут к тому, что живые клетки «сжигаются», замещаясь безжизненной рубцовой тканью. И если эта ситуация будет регулярно повторяться, наш позвоночник довольно быстро превратится в гербарий. Поэтому более эффективно и безопасно делать так называемые *противовоспалительные упражнения*. Они позволяют дать дренаж зажатому участку и минимизировать воспалительный процесс. При таком подходе отечные ткани начинают восстанавливаться через естественные механизмы, предусмотренные природой, и возвращаются в свое нормальное состояние.

При болях в пояснице также эффективна мазь, рецепт которой я написала, рассказывая об облегчении болей в шее. Смазывайте ею нижнюю часть спины с переходом на крестец справа и слева. И не забывайте, что у поясницы есть и передние тракты. Зажим последних обычно

максимально опасен. Поэтому дополнительно наносите мазь вертикальными полосами шириной примерно 5 сантиметров справа и слева от пупка: проекция самых сильных сгибателей туловища – поясничных мышц (залегают глубоко в животе).

Этот состав будет работать в течение 12 часов, оказывая умеренное согревающее и хорошее расслабляющее действие. Включит в работу резервные капилляры, что тоже способствует восстановительным процессам. Спустя 12 часов необходимо вновь нанести мазь.

Для усиления эффекта перед сном поверх мазового состава можно положить компресс. Для этого сделайте гипертонический раствор.

Вам понадобится:

- пять стаканов горячей воды (такой температуры, чтобы опущенной в нее руке было терпимо);

- пять столовых ложек соли без горки.

Если соль морская, то этого будет достаточно. Если поваренная – можно добавить пять капель йода. Все перемешиваем и смачиваем раствором два махровых полотенца. Одно кладем на поясницу, второе – на живот. Сверху покрываем полиэтиленом. Накрываемся теплым пледом и лежим так в течение 20 минут. После процедуры лучше не вставать, а сбросить компресс на пол и спокойно отходить ко сну. Ночь пройдет с пользой, ведь мы создали условия для хорошего капиллярного кровотока.

Шерстяной клубок при болях в пояснице

В детстве, когда после подъема тяжестей у меня возникала «беспричинная» боль в животе или сигналила болевой симптоматикой моя дефектная спина, бабушка предлагала «полежать на клубке». И это спасало, лекарства в нашем доме не жаловали. Аналогичным способом лечились и взрослые.

Для изготовления клубка берется шерстяная пряжа. Из мотка изготавливается плотный клубок. Для этого складывается многократно тетрадный лист или листок формата А4, и на него наматывается нить. Держать ее нужно постоянно хорошо натянутой – клубок должен получиться достаточно твердым.

Вариант работы с клубком: вечером, перед отходом ко сну, лягте на пол лицом вниз. Прямо в кратер пупка вложите клубок, прижмите его телом к полу, лежите 90 секунд (1,5 минуты).

Затем представьте циферблат. Пупок – в центре, радиус – примерно 3–4 сантиметра. Помещаем клубок на 12 часов, лежим несколько секунд, слушаем тело. Больно? Тогда лежим 90 секунд. Если не больно, смещаем клубок на положение «один час». Больно – лежим 90 секунд; не больно – смещаем на «два часа». И так по всем числам циферблата.

Применяется клубок при наличии «заторов» по передним трактам позвоночного столба, в брюшной полости – в межорганный клетчатке, умеренно перекрученной брыжейке, при патологическом напряжении мышц – сгибателей позвоночного столба. При этом по определению страдает капиллярная сеть. Капилляры по сравнению с более крупными сосудами наиболее уязвимы к сдавливанию. А в них – 80 % кровотока! Не работает капилляр – болеет и погибает клетка. Наша задача: помочь открыть капилляры, так как спрессованные, сдавленные – это неработающие. Включение в работу капиллярной сети является принципиальным условием для лечения большинства заболеваний.

Ведь тот же «остеохондроз» – это прогрессирующее дистрофическое заболевание. Восстановим трофику – как минимум остановим деструкцию. А во многих случаях можем претендовать и на регенерацию (частичную или полную – зависит от степени повреждений). Как помочь капиллярам в околопозвоночных тканях? «Сзади» – более понятно: расправляем, растираем, наносим мази, компрессы, лежим на аппликаторах (раньше были «ипликаторы»), паримся в бане. А спереди? Есть хороший прием: кратковременная ишемизирующая компрессия: создать искусственный дефицит кровотока. По законам физиологии после устранения препятствия возникнет шикарный ответный приток крови. Откроются слипшиеся, неработающие капилляры, качественно улучшится трофика (питание). Соответственно, использование клубка в комплексной работе с телом – для создания искусственной кратковременной ишемии в зоне сгибателей, в околопупочном регионе, дает нам ответное яркое улучшение сосудистого питания передних трактов позвоночного столба – подвздошно-поясничной мышцы (ППМ) и не только. Это – хорошая помощь органам брюшной полости и тазобедренному суставу.

Почему предпочтительно проводить такую процедуру перед сном? Потому что капилляры, которым мы помогли «открыться», в течение восьми часов ночного сна будут помогать регенерации тканей. Если же выполняем ее утром, то, переходя в вертикальное положение, напрягаем ППМ и смежные ткани и частично нивелируем полезный эффект.

Как и у любого способа лечения, у этого тоже могут быть ограничения и противопоказания (острые воспалительные процессы, несостоятельность передней брюшной стенки и другие). Целесообразно показаться врачу. Правда, врачи новой формации, услышав «про клубок», могут поднять на смех вас и меня... и предложить взамен стандартный набор медикаментов, украсив его сильнодействующими психотропными препаратами. Особенно этим грешат невро-

логи. Поэтому постарайтесь проконсультироваться у любого из наших докторов, они «в теме» и всегда постараются подобрать для вас оптимальный безлекарственный алгоритм действий.

Про опасные боли в животе

Конечно, любая боль – признак того, что в вашем теле что-то не так, и с этим пора разобратся. Однако есть ситуации, когда счет идет не на дни и дорога каждая минута.

Если кто-то из вашего окружения жалуется на боли в животе, простой симптом Щеткина-Блюмберга поможет разобраться, насколько это опасно. В идеале диагностику должен проводить врач, но бывают случаи, когда его рядом нет, а действовать нужно. Положите человека на горизонтальную поверхность на спину, оголите ему живот. Колени надо согнуть. Пальцами руки аккуратно и глубоко погрузитесь в живот возле пупка, а затем резко отпустите. Если именно в этот момент человек реагирует на боль, это важный признак серьезного воспалительного процесса, требующего внимания хирурга.

Если же человеку больно только во время нажатия, а когда вы убираете руки, он спокоен – это тоже не очень хорошо, но не столь опасно.

Турник – друг или враг?

Ежедневно ко мне на прием приходят люди с острой болью в спине.

– Да ведь я же ничего тяжелого не поднимал! Просто повис на турнике. Мне же раньше это помогало! – сетуют многие.

Полезно ли при проблемной спине висеть на турнике? Раньше ответ казался мне очевидным: «Конечно да!» Но десятки лет ортопедической практики помогли мне изменить свое категоричное мнение. Почему же вис на турнике может стать роковым и резко ухудшить состояние позвоночника? Давайте разбираться.

При попытке «повисеть» мы фиксируем мышцы плечевого пояса, раскрепощая все, что находится ниже его. За счет приличного веса нижней части тела происходит тракция (растяжение) поясницы. Тянуть же можно только то, что тянется. Например, резиновый жгут. А мышца с неустраненными триггерными точками живет по закону пружины: при попытке растяжения она обычно реагирует ответным резким спазмом, уходя в болевое сокращение. И такой «удар» может выдавить свежую грыжу диска или увеличить объем уже имеющейся.

Чтобы было понятнее, приведу другую аналогию. Представьте высохшую хрупкую веточку. Что будет, если мы ее потянем? Она сломается. Наши связки и околопозвоночные мышцы, годами не получавшие должного питания, спрессовавшиеся и обезвоженные, похожи на эту веточку.

Как правильно пользоваться турником?

1. Если вы с детства регулярно тренировали свой позвоночник висами и сохранили его гибким и эластичным, то, скорее всего, турник не сможет вам навредить.

2. Если же вам за 40, вы до сих пор не исключили из рациона сахар и не «подружились» с водой, то первые два-три месяца занятий вис на турнике лучше заменить верхней тягой. Выполняйте ее после разминки, предварительно разогрев ткани, которые нуждаются в растяжении.

3. Эксперименты с нагрузками часто заканчиваются плохо. Перед тем как приступить к нагрузкам, покажитесь врачу. Лучше миотерапевту. Он сможет назначить комплекс полезных и безопасных именно для вас упражнений.

Недостаточно «просто прочитать» о триггерных точках, чтобы лечить себя и близких?

Бывает, что мне в соцсетях пишут люди: «Ирина Геннадьевна, я вроде бы уже все прочитала о триггерах и знаю об этом лучше любого врача в местной поликлинике. Дело в том, что у меня между лопатками долгое время так свербило и жгло, будто там лежал раскаленный пятак. Я нашла триггер и прорабатывала его. Сначала все было хорошо, и месяца четыре боль не давала о себе знать. Но потом она вернулась с такой силой, что теперь уже и в голову “стреляет”, и шею клинит. Пытаюсь вновь прорабатывать проблемную зону и не получаю облегчения. Что вообще происходит?»

А происходит вот что. Существуют понятия «первичные триггерные точки» и «вторичные триггерные точки». Если у человека в течение долгих лет копилось напряжение в сгибателях туловища, которые залегают по передним трактам позвоночного столба, в них постепенно формировались спящие триггеры и патологические фиксации. Тело понемногу накренилось кпереди. Когда ситуация с нарушенной геометрией стала для организма критичной, в ответ спонтанно напряглись разгибатели (они расположены сзади, в том числе и в межлопаточной области). В них засигналили яркой болью свежесформированные триггерные точки, привлекая внимание и стимулируя действовать. И вот здесь произошла ошибка. Вместо того чтобы начать работать с первопричиной в молчащих сгибателях – расслабили разгибатели. Тогда сгибатели стали суперсильными – пропало противодействие антагонистов. И они начали укорачиваться дальше, на определенном этапе снова заставили напрячься разгибатели, но теперь уже с большей силой.

Таким образом, можно бесконечно заниматься самолечением, достигая иллюзии улучшения. Но беда в том, что теряется драгоценное время. А зажатые ткани каждый день идут в минус, и с ними порой происходят необратимые изменения.

Это психосоматика?

Однажды мне пришло сообщение от подписчика с таким текстом: «В последнее время стало модным списывать причину болей на измененную психику. Если при болях в животе или голове на МРТ не выявляют изменений, человеку тут же выносят “приговор”: психосоматика. И отправляют к психотерапевту или психиатру. Такая же схема, если не помогает стандартное лечение. Типа мы все сделали, и если боль не ушла, значит, психика виновата. Что вы думаете о такой тенденции, Ирина Геннадьевна?»

Честно говоря, много лет назад, когда я уже была врачом, но еще ничего не знала о триггерных точках, часто испытывала досаду, когда у моих пациентов долго не наблюдалось улучшений. Любую причину болей списывала исключительно на выявленные при обследовании остеохондрозы и артрозы. И «лечение» назначала соответствующее, медикаментозное, как учили. При сохранении болевой симптоматики недоумевала: «Какие неправильные больные. Я же их так правильно лечу! Столько курсов провела – на пятерых хватит! Как при таком подходе боль может не уйти? Может, им просто кажется, что что-то болит?»

Потом познакомилась с трудами американских коллег Джанет Тревелл и Дэвида Симонса, которые провели радикальную перезагрузку моего мозга. Оказалось, я ежедневно совершала огромное количество диагностических и тактических ошибок. Тогда я и не подозревала, что около 90 % всех болей в организме дают островки суперспазма в самых востребованных мышцах – триггерные точки. И хитрость в том, что боль от них, как мы уже говорили с вами, – отраженная. Допустим, болит колено, а причина кроется в одной из ягодичных мышц. Или болит ухо, а причинный триггер кроется глубоко в межлопаточной области.

Соответственно, незнание триггеров, отсутствие миотерапевтов приводит к тому, что пациент бесконечно мечется между докторами. Терапевт, ортопед, невролог, гастроэнтеролог, уролог, снова терапевт... Круг замкнулся. И никто из них не станет искать у пациентов причинные триггерные точки – наши врачи с ними, как правило, не знакомы.

Итак, истинная причина остается незамеченной. Проблемные ткани будут продолжать болеть. Боль с течением времени будет нарастать и приобретет упорный характер.

Лечащий врач, как и я когда-то, будет недоумевать, ведь он «сделал все, что мог». При этом некоторых докторов будут терзать смутные сомнения, что что-то идет не так. Но что делать с этими мыслями, когда нет соответствующих знаний?

И именно в этот момент пациенту могут сказать: «Похоже, у вас психосоматика. Попробуйте обратиться к психиатру или пройти курс психотерапии». Подключение сильнодействующих психотропных препаратов в таких ситуациях – чем грешат современные неврологи и сотрудничающие с ними психиатры, лишь усугубляет проблему. Боль не уходит, круг замыкается, наступает безысходность.

Конечно, я не отрицаю существование психосоматических проблем. Но их значение в реальной жизни сильно преувеличено. Безусловно, не полезно и даже опасно психически здорового человека отправлять к психиатру. С приема он вряд ли выйдет без диагноза. А за этим последуют препараты, которые будут заглушать объективные болевые сигналы. Наш базовый компьютер – головной мозг – будет вынужден отключить обратную связь с телом. Это очень скользкий путь, обратной дороги может не быть!

Наши контакты

В последние годы я добросовестно передаю накопившийся практический опыт молодым докторам. С этой целью демонстрирую им результаты своей многолетней врачебной деятельности, знакомя в спортзале с неперспективными когда-то пациентами. При этом коллеги говорят: «Ирина Геннадьевна, этот подход нужно давать студентам медицинских вузов. Вам бы там преподавать – вот было бы классно: все логично, все понятно, метод экологичный, результаты супер!»

Да, конечно, наверняка было бы полезно. Прежде всего для пациентов. Но кто же нас, врачей старой формации, в вузы пустит? Мы же произвольно развалим весь фармакологический бизнес в стране.

Я воздерживаюсь от публикаций на чужих платформах, отказываюсь размещаться на страницах раскрученных блогеров, так как столкнулась с печальным опытом: такие источники зачастую нацелены на популяризацию общепринятых канонов и продажу различных товаров, а не на реальную помощь людям.

Поэтому добросовестно веду свой личный блог в социальных сетях, снимаю ролики для ютуба, где даю много прикладной информации, объясняю все максимально простым языком, даю развернутые ответы на задаваемые вопросы. А также ежедневно отвечаю на вопросы в наших телеграм-чатах.

В период самоизоляции, когда встречи с пациентами были ограниченными, я провела несколько десятков видеоконсультаций онлайн и получила очень яркие отклики. Этот опыт помог мне понять, что онлайн-обучение также может быть эффективным, тем более что к этому меня давно подталкивали мои пациенты, подписчики и коллеги.

Теперь у нас есть и онлайн-курсы, на которых я учу людей выявлять погрешности в геометрии своего тела, находить и убирать триггерные точки, подбирать оптимальные упражнения, восстанавливаться без лекарств, помогать своим близким. Интересно, что большинство моих учеников не имеют медицинского образования, но в итоге им зачастую удается решить те проблемы, с которыми годами не могли разобраться доктора. И некоторые отзывы невозможно читать без слез.

Онлайн-обучение – это реальный выход для людей, которые не могут приехать в наши центры. И многие пользуются этой возможностью: среди слушателей курса есть и те, кто живет за рубежом – в Чехии, Дании, Нидерландах, Германии, США, Казахстане, Украине, Белоруссии.

Буда рада видеть среди своих подписчиков и учеников всех вас – тех, кто чувствует необходимость грамотно, профессионально и бережно заботиться о своем здоровье.

Сайты клиники:

<https://ariadna.ru>

<https://ocheretina.ru>

Telegram-чат доктора Очеретиной:

https://t.me/doc_ocheretina

Телеграм-чат для поддержки пациентов:

https://t.me/budem_zdorovimi

Персоналии и литература

Ферейдун Батмангхелидж (1930–2004) – доктор медицины, всемирно известный исследователь, автор и сторонник концепции естественной целебной силы воды.

Батмангхелидж Ф. Вы не больны, у вас жажда. М., 2022.

Томас Майерс – всемирно известный мануальный терапевт, признанный специалист по работе с телом, получивший сертификат Rolf Institute of Structural Integration. Автор концепции «анатомических поездов».

Майерс Т., Эрлз Дж. Фасциальный релиз для структурного баланса. М., 2021.

Майерс Т. Анатомические поезда. М., 2022.

Джанет Тревелл (1901–1997) – американский врач и медицинский исследователь, персональный врач Джона Ф. Кеннеди, исследователь концепции триггерных точек как причины костно-мышечных болей.

Симонс Д., Тревелл Дж., Симонс Л. Миофасциальные боли и дисфункции. Руководство по триггерным точкам: В 2 томах. М., 2005.

Карел Левит (1916–2014) – чешский врач еврейского происхождения, доктор медицинских наук, профессор, один из основателей пражской школы реабилитации.

Левит К. Мануальная медицина. М., 2020.