Мифы о болезнях. Почему мы болеем?

Автор:
Сергей Прокопенко

Мифы о болезнях. Почему мы болеем?

Игорь Станиславович Прокопенко

Сергей Михайлович Бубновский

В XXI веке человечество вынуждено не только приспосабливаться к стремительному развитию инновационных технологий, но и адаптироваться к новым заболеваниям, о которых раньше никто не слышал. Но насколько опасны эти заболевания? Где находится грань между серьезным недугом и стремлением врача назначить пациенту дорогое, но избыточное лечение? Могут ли современные медицинские манипуляции и высокотехнологичные хирургические операции вернуть пациенту утерянное здоровье?

В этой книге популярный телеведущий Игорь Прокопенко проводит журналистское расследование причин, почему с появлением инновационных лекарств и высокотехнологичной медицинской помощи люди стали больше болеть, а знаменитый врач-кинезитерапевт, доктор медицинских наук, профессор С.М. Бубновский дает рекомендации тем, кто не хочет стать жертвой избыточного лечения, и подробно объясняет, как избавиться от болезни без лекарств и как восстановить здоровье, если без медицинского вмешательства обойтись невозможно.

Сергей Бубновский, Игорь Прокопенко

Мифы о болезнях. Почему мы болеем?

© Бубновский С.М., 2018

© Прокопенко И. С., 2018

© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2018

Вступительное слово Игорь Прокопенко

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

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

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

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

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

Важная информация!

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

Игорь Прокопенко

Глава 1. Болезни нового тысячелетия

Сергей Бубновский

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

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

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

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

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

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

займемся как-нибудь потом, сейчас некогда.

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

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

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

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

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

которых, естественно, никто не проверяет, и у них свой режим жизни при телевидении.

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

– Помогите, доктор!

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

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

Подобных случаев в моей практике (а точнее, в жизни, потому что это чаще всего происходит в неожиданных местах) было много. Острая боль в спине, которая возникает мгновенно, но приковывает человека к кровати порой на

долгие недели… Если бы знать, что делать в эти первые минуты, то потом не было бы такой потери времени. Зачастую в таких случаях под руками и нет ничего, кроме самих рук. А если рядом вообще никого здорового нет?!!

Ятрогения – болезнь от лечения

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

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

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

Врачи, а тем более пациенты недостаточно учитывают возможные последствия использования современной медицинской техники и современных неинвазивных (без проникновения в органы или сосуды) и инвазивных (с проникновением) методов диагностики. Например, среди неинвазивных методов широкое распространение получают ультразвуковая диагностика, компьютерная томография, ядерно-магнитный резонанс. Все эти методы имеют ряд

безусловных воздействий на больного. Например, ультразвуковая диагностика (УЗИ) неблагоприятно влияет на иммунную систему, угнетает функцию фагоцитоза и подвижность иммунокомпетентных клеток, изменяет структуру клеточных мембран (то есть происходит потеря рецепторов, поверхностных антигенов) и индуцирует хромосомные нарушения. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о возможном отрицательном влиянии ультразвукового исследования на плод (об этом полезно знать женщинам, которые любят «фотографировать» своего ребенка в различные месяцы его внутриутробного развития). Данное исследование (УЗИ) также вызывает снижение средней массы тела и нарушает функцию нервной системы. Компьютерная томография, как и другие рентгенологические методы диагностики, провоцирует развитие отсроченных генетических и канцерогенных эффектов, связанных прежде всего с нарушением репликации ДНК (в ядре клетки).

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

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

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

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

Остановить прогресс невозможно, но зачастую наблюдается избыточное применение новейших методов диагностики и терапии – во вред здоровью

пациента и только ради прибыли медицинского учреждения.

Лечить нельзя помиловать

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

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

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

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

прочего, ограничены нормой времени, которое отводится на прием одного больного.

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

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

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

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

дыхательными мышцами на свежем воздухе, особенно у воды, не проводится. Поэтому физиотерапия применяется только аппаратная.

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

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

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

отводится в сторону при ротации (вращении) тазобедренного сустава без явной болевой реакции, если ноги ребенка при правильной позе одной длины, то нет никакого основания ставить ребенку диагноз «вывих тазобедренного сустава».

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

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

Подведем итог сказанному выше:

• Чтобы провести анализ и диагностику телесного здоровья ребенка, надо ориентироваться не на мнение родителей и рентгеновские снимки, а проводить миофасциальную диагностику, которая покажет «слабые» места в костно-мышечной системе ребенка и подскажет упражнения для коррекции. Это может сделать только кинезитерапевт.

• Все искусственные ограничители, рекомендуемые ортопедами (шины, стельки, корсеты), способствуют развитию болезней опорно-двигательного аппарата – в данном случае болезни Пертеса.

• В любом случае (и при сколиозе в том числе) до 16–18 лет ребенок нуждается только в физической, а не хирургической коррекции.

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

Диспластический коксартроз

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

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

1) дисплазия вертлужной впадины – ацетабулярная дисплазия, то есть недоразвитие вертлужной впадины, которая является так называемой крышей тазобедренного сустава;

2) дисплазия проксимального отдела бедренной кости, то есть неправильное развитие самой головки и шейки бедренной кости;

3) ротационная дисплазия, при которой нарушены движения в тазобедренном суставе.

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

а) норма;

в) предвывих;

г) подвывих;

д) врожденный вывих.

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

Специальные упражнения позволяют ускорять развитие костного роста и правильно распределять нагрузки на костную структуру таза и нижних конечностей, что, в конце концов, является определяющим фактором для правильного формирования головки бедра и вертлужной впадины. Интересно отметить, что некоторые клинические тесты, которые могут указывать на дисплазию тазобедренного сустава у детей первого года жизни, могут выявлять, например, асимметрию кожных складок, которая наблюдается у половины новорожденных детей. Но сам по себе этот тест диагностического значения не

имеет, так же и так называемый золотой стандарт ранней диагностики дисплазии тазобедренного сустава, которым является симптом Маркса – Ортолани (симптом щелчка, или симптом соскальзывания), обнаруживаемый у детей первых двух недель жизни. На самом деле этот симптом вовсе не свидетельствует о заболевании тазобедренного сустава – он может встречаться и у совершенно здоровых новорожденных детей. Поэтому на дисплазию тазобедренного сустава можно не обратить внимание или даже пропустить ее в том случае, если биомеханическое нарушение в результате дисплазии не превышает критического уровня (стадия подвывиха или вывиха тазобедренных суставов). Напротив, замечено, что люди с ацетабулярной дисплазией, то есть недоразвитием вертлужной впадины – «крыши» тазобедренного сустава, имеют высокую потребность в двигательной активности и хорошую моторику, они чаще занимаются спортом, танцами, нередко очень успешно. Этому способствует врожденная гипермобильность суставов, высокая эластичность связок и конституционный тип физического развития.

Напомню, что существует две основные патологии тазобедренного сустава: деформирующая и диспластическая. Причиной деформирующего коксартроза является неправильный образ жизни, который приводит к нарушению обмена веществ соединительной ткани нижних конечностей. Деформирующий коксартроз напрямую связан с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника или прямой травмой тазобедренного сустава, как это было в моем случае. Диспластический коксартроз является врожденной патологией, которая связана с недоразвитием костно-хрящевых структур тазобедренного сустава. По этой причине дети с выявленной дисплазией тазобедренного сустава, или двусторонней дисплазией, в течение всей жизни нуждаются в профилактике коксартроза, которая заключается в выполнении обязательных силовых упражнений декомпрессионного типа прежде всего для мышц таза и бедра, укрепляющих мышечно-связочную структуру сустава. Но в реальной жизни такие профилактические программы подросткам не назначаются, и получается феномен ножниц: с одной стороны, подростки (как правило, девочки) занимаются гимнастикой и танцами, что само по себе хорошо, но, с другой стороны, и танцы, и художественная гимнастика дают гигантские нагрузки на тазобедренный сустав, которые должны сниматься альтернативными силовыми нагрузками, при которых мышцы выполняют специальные силовые упражнения, но при которых сустав не упирается в вертлужную впадину. И что самое интересное, подобные нагрузки должны быть больше, чем у тех, кто не занимается спортом. Я называю их силовыми декомпрессионными упражнениями, и на сегодняшний момент основными такими нагрузками являются упражнения, которые выполняются на тренажере МТБ-1–4.

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

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

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

Сколиоз

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

Существует достаточно много теорий, объясняющих появление в детском теле сколиоза, но до сих пор ни одна из них не стала основополагающей. С моей точки зрения, все известные мне теории носят умозрительный характер, так как все они рассматривают только костную часть позвоночного столба (линию позвонков) и не дают никаких комментариев о роли плохо работающих мышц позвоночника и об их взаимодействии с мышцами пояса верхних и нижних конечностей. Кроме этого не учитываются и особенности возрастной физиологии, то есть влияние позвоночного столба и всех его анатомических элементов на развитие других органов и систем в период взросления, а также особенности формирования организма в пубертатный период (период полового созревания) – у девочек это 13–15 лет, у мальчиков 14–16 лет. В некоторых случаях у девочек этот период может наступить раньше.

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

А теперь скажите, какой смысл в измеряемых рентгенологами углах позвонков и их ротации, если на этих снимках не видно мышц (мышцы на 84 % состоят из

воды, поэтому рентгеновские лучи проходят их насквозь, не отражаясь на снимках) и их сила не может быть измерена. Если структура рассматривается без понимания функции, то структура рассматривается неправильно. Кости – это структура. Мышцы – это функция!

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

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

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

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

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

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

В начальном периоде жизни ребенок всегда лучше толкается одной ногой или лучше хватается одной рукой. Это является функциональным показателем дисплазии (недоразвития) мышц одной стороны туловища. Если при выполнении упражнений на это обратить внимание и своевременно (то есть в период наиболее активного роста ребенка – в первый год жизни) начать проводить малышу корригирующую гимнастику, которая заставит его работать именно отстающими конечностями, то негативных последствий в виде сколиоза не будет. Такую гимнастику необходимо проводить регулярно, и она требует от родителей определенных знаний и смелости. Но если вовремя не обратить

внимания на проблему и растить ребенка как хрустальную вазу, боясь упражнений, то жди беды! И беда придет в виде сколиоза разной степени выраженности: у девочек это случится в возрасте 11–13 лет, а у мальчиков в 14–16 лет.

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

Конец ознакомительного фрагмента.

Купить: https://tellnovel.com/prokopenko_sergey/mify-o-boleznyah-pochemu-my-boleem

надано
Прочитайте цю книгу цілком, купивши повну легальну версію: Купити