

Анатолий Черкасов

**Радиккулиты
и остеохондрозы.
Причины, профилактика
и реабилитация**

Руководство
по оздоровлению

Анатолий Черкасов

**Радикулиты и остеохондрозы.
Причины, профилактика
и реабилитация. Руководство
по оздоровлению**

«Издательские решения»

Черкасов А.

Радиккулиты и остеохондрозы. Причины, профилактика и реабилитация. Руководство по оздоровлению / А. Черкасов — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-00-595108-3

Эта книга относится к жанру научно-популярной литературы. В книге приводятся ведущие теории и результаты двадцатилетних научных исследований автора, выполненных в ведущих научных центрах. Опыт, накопленный автором в течение двадцатилетней практики в качестве массажиста с элементами мануальной терапии, позволил разработать методические рекомендации, позволяющие каждому человеку без помощи медиков избавляться от болей в спине и суставах.

ISBN 978-5-00-595108-3

© Черкасов А.
© Издательские решения

Содержание

От автора	7
Предисловие	8
Глава 1. Разновидности болей в опорно-двигательной системе человека	10
Поясничные боли	11
Случаи из практики	12
Боли в грудном отделе позвоночника	13
Случаи из практики	14
Боли в шейном отделе позвоночника	16
Глава 2. Вертебро-кардиальные синдромы или каждый третий больной, страдающий заболеванием сердца, имеет здоровое сердце и лечится напрасно и не от того заболевания, которым страдает на самом деле	18
Конец ознакомительного фрагмента.	22

Радикулиты и остеохондрозы. Причины, профилактика и реабилитация Руководство по оздоровлению

Анатолий Черкасов

© Анатолий Черкасов, 2023

ISBN 978-5-0059-5108-3

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Информация об авторе

Черкасов Анатолий Данилович

Ученая степень – кандидат биологических наук.

Специализация: нейрофизиолог, массажист с элементами мануальной терапии.

Учёные звания: профессор Российской

Академии Естествознания (РАЕ), почётный

доктор наук и действительный член

Международной академии Естествознания

(IANH). Заслуженный деятель науки и техники.

Основатель научного направления «Физиология здоровья и долголетия».

Места работы: Биологический факультет МГУ (1971—1986), институт Проблем Передачи Информации РАН, с.н.с. (1987—2007), НИИ Нормальной Физиологии, с.н.с. (2008—2013). Место работы в настоящее время – НИИ Общей Патологии и Патوفизиологии, с.н.с.

Научные интересы: физиология человека, этиология хронических и онкологических заболеваний, профилактика заболеваний, сокращающих продолжительность жизни человека.

Разработанные автором теоретические основы здоровья и долголетия и полученные научные результаты в ходе последних 20-ти лет были доложены на 33 международных, 5 всероссийских и 2 региональных научных конференциях. По перечисленным выше темам были опубликованы 79 научных статей.

Опубликованы монографии, учебные пособия и курс лекций:

1. Филиппова С. Н., Ильин А. Б., Черкасов А. Д. «Физиология здоровья и долголетия». Учебное пособие.

2. Черкасов А. Д. Теория и практика обретения здоровья и долголетия. Руководство по оздоровлению и предотвращению хронических заболеваний. 2017.

3. Черкасов А. Д. Комплексная противораковая оздоровительная система. Руководство по предотвращению онкологических заболеваний и реабилитации больных этими заболеваниями. 2017.

4. Черкасов А. Д. Курс лекций по физиологии здоровья и долголетия. Учебное пособие. 2018.

5. Черкасов А. Д. Реальные пути увеличения продолжительности жизни человека. Монография. 2020.

6. Черкасов А. Д. Предотвращение остеохондроза позвоночника у подростков Методические рекомендации для персонала детско-юношеских оздоровительных лагерей. 2021.

Награды за научные достижения:

Золотая медаль Международного салона образования.

Золотая медаль ВДНХ.

Золотая медаль Вавилова.

Золотая медаль Вернадского.

Золотая медаль Ломоносова.

Орден Александра Великого «За научные победы и свершения».

От автора

Занимаясь в течение более 30 проблемами здоровья, я понял, что проблема устранения болей в спине и суставах это не только повышение качества жизни, но и проблема увеличения продолжительности жизни человека в здоровом состоянии и его долголетия. По мнению доктора Бобыря – организатора сети «Клиника Бобыря», боли в спине приводят к сокращению продолжительности человека на 10 – 15 лет. Занимаясь научными исследованиями в области нейрофизиологии и лучевой диагностики позвоночника и внутренних органов я понял, что боль в спине является проявлением нарушения функционального состояния мышц, которое приводит к более серьёзным нарушениям в работе внутренних органов и физиологических систем – пищеварения, деятельности сердца и состояния кровеносной системы. Боль в спине это как бы верхушка айсберга, под которой находятся скрытые от нашего глаза, как, впрочем, и от глаза врачей, причины хронических заболеваний, сокращающих продолжительность жизни человека. Я за последние 20 лет опубликовал более 60 научных статей и 6 книг, содержащие до 500 страниц, на тему здоровья и продолжительности жизни. Но научные труды остаются незамеченными для широкого круга жителей нашей страны, а проблемы позвоночника касаются по заявлению ВОЗ как минимум 80% населения Земного шара. Поэтому я решил написать тоненькую брошюру, которую смогут прочитать многие люди, страдающие болями в спине, коленях, стопах и тазобедренных суставах. Наши медики на каждый вид боли придумали отдельные заболевания, ставят различные медицинские диагнозы и применяют множество разных методов устранения болей, не понимая, что эти болевые синдромы являются проявлениями спастических состояний мышц. Все эти заболевания по сути дела заболеваниями не являются, а являются обратимыми функциональными нарушениями в физиологических механизмах нервно-мышечного сокращения, для устранения которых лекарства не нужны! Медики во всём мире не занимаются изучением мышц за исключением редких чисто мышечных заболеваний. В данной книге содержатся небольшие научные разделы, описывающие анатомию и физиологию мышц, анатомию позвоночника и МРТ исследования причин болевых синдромов в спине, шее, пояснице и суставах конечностей. Я надеюсь, что эти разделы будут понятны большинству читателей, которые захотят вникнуть в проблему суставных и мышечных болей. Без понимания физиологии мышц мы не сможем в полной мере помочь себе и своим близким избавиться навсегда от страданий. Я встречал много людей, которые годами лечились у врачей, принимали лекарства и различные физиотерапевтические процедуры, но не могли избавиться от изнуряющих болей и даже становились инвалидами.

Радикулит и остеохондроз позвоночника ранее называли «бичом XX века». Сейчас официально эти заболевания не существуют. Но дистрофические состояния позвонков, межпозвонковых дисков, межпозвонковых мышц, кровеносных сосудов и спинномозговых нервов переименовали и стали называть по-другому и пытаются лечить и болевые синдромы и дистрофии тканей позвоночника и суставов. Теперь благодаря нашим двадцатилетним научным исследованиям их следует считать «Дамокловым мечом XXI века». «Дамоклов меч» это символ неотвратимой опасности для каждого человека, которую создают нарушения в работе симпатической нервной системе, сокращающие среднюю продолжительность жизни человека на 20 лет или более.

Предисловие

Боли в спине, а особенно в нижнем её отделе, – одна из самых частых причин обращения больных к невропатологам, ортопедам, хирургам, ревматологам, терапевтам. Боли в спине, и пояснице являются причиной потери трудоспособности. Экономический ущерб, наносимый этими заболеваниями, колоссален. Страдают, как правило, люди в возрасте от 20 до 60 лет, чаще же всего – 30—50 лет. Таким больным ставят устоявшийся диагноз – поясничный (пояснично-крестцовый) остеохондроз. Реже ставят диагнозы люмбаго, прострел, радикулит, спондилёз. С этими диагнозами больных направляют на рентгенографию, а при очень сильных или упорных болях – с подозрением на грыжу диска – на рентгеновскую компьютерную томографию (КТ) или на магнитно-резонансную томографию (МРТ). Эти заболевания снижают качества жизни людей, обрекая их на продолжительные боли, длительное и дорогостоящее лечение, а в ряде случаев на инвалидность. Синдром боли в спине является третьим наиболее дорогостоящим заболеванием после болезней сердца и рака.

Многочисленные теории происхождения болей в спине связывают боли в спине с дегенеративными изменениями в позвоночнике. Ряд авторов напрямую связывает возникновение болей в спине с болезнью века – остеохондрозом позвоночника. Все авторитеты исходят из того, что болевому синдрому должно предшествовать органическое изменение тканей – дистрофия костей, хрящей или связок.

Название болезни происходит от греческих слов *osteon* – кость и *chondros* – хрящ. Таким образом, слово «остеохондроз» означает «окостенение хряща». Остеохондроз – дегенеративно-дистрофическое поражение межпозвонкового диска (МПД), при котором процесс, начинаясь чаще в пульпозном ядре, прогрессивно распространяется на все элементы диска, а в дальнейшем вовлекается весь сегмент. Позвоночно-двигательный сегмент (ПДС) – условная единица, состоит из двух смежных позвонков, соединяющего их межпозвонкового диска, межпозвонковых суставов и мышечно-связочного аппарата. Но боль в спине может являться следствием не заболевания позвоночника, а результатом мышечных спазмов. Все теории признают это, но считают мышечные спазмы вторичным процессом – защитной реакцией организма на дистрофические нарушения в структуре тканей. Медики прежде всего пытаются устранять боль в спине и не важно какое происхождение она имеет. В ход идут противоболевые препараты, мази и процедуры.

Самый частый вариант мышечного спазма это спазм и воспаление поясничных мышц. Если болевые ощущения сконцентрированы непосредственно в самой пояснице, то подобный болевой синдром называется люмбаго. Если ущемляется бедренный или поясничный нерв, боль идет в ногу, то такой болевой синдром обозначается термином радикулит. Вопреки народному мнению, термины «радикулит» и «люмбаго» обозначают не диагноз болезни, а географию распространения боли. Термин «радикулит» применим не только к пояснице. Существует также шейный радикулит, когда боль от шеи отдаёт в руку, по ходу нервного корешка (от латинского слова *radix* – корешок). Нервный корешок это выход нервов из спинного мозга длиной до 4 мм. Далее корешки входят в спинальный ганглий (нервный центр), а из ганглия выходит уже спинномозговой нерв. Что касается поясничной боли, то существует еще один термин: «ишиас» (или «ишиалгия»), который проявляется в виде боли по ходу седалищного нерва, то есть по задней поверхности ноги.

Боли, спровоцированные спазмом или воспалением поясничных мышц, могут быть очень разными по силе и интенсивности. Они бывают вполне терпимыми, но довольно часто боли, возникшие при поясничном простреле, бывают настолько сильными, что человек вскрикивает от резкой и острой боли, распуская окружающих его людей. И тогда он уже начинает думать о том, как бы хорошо иметь на работе кушетку, на которой можно было бы отлежаться. Как

правило, эти боли возникают в пояснице при скручивании позвоночника. После интенсивных физических нагрузок боль появляется на следующий день и может быть настолько сильной, что человек теряет сознание и ему приходится вызывать скорую помощь, снимать кардиограмму, предполагая инфаркт или инсульт. А это был всего-навсего болевой шок.

За последние несколько десятков лет остеохондроз позвоночника стал синонимом боли в спине и пояснице и далёкие от понимания остеохондроза врачи, устранив боль в спине, считают, что они вылечили остеохондроз. Рекламы лечения остеохондроза распространяются постоянно многочисленными частными лечебными центрами. Наверное, эти всё же должны осознавать, что остеохондроз это медленно развивающееся дистрофическое изменение структуры косо-хрящевых тканей, являющееся по сути проявлением старения нормального или преждевременного.

Тем не менее, причинная связь болевого синдрома с патологией позвоночника прочно укоренилась в сознании врачей. Особенно это однозначно воспринимается при обнаружении протрузий (выпячивании межпозвонкового диска в любую сторону) и грыж дисков – выхода диска в сторону канала спинного мозга. Поэтому невропатологи констатируют «радикулярный» синдром, но что подразумевается под радикулярным синдромом не удаётся найти ни в одной монографии или руководстве по неврологии. Лишь И. П. Антонов и ГГ. Шанько (1989), говоря о люмбаго, люмбалгии, люмбоишиалгии, чётко высказались о том, что «... основной причиной болевого синдрома служит механическое давление выпавшей части диска на чувствительный задний корешок». Почему выпадающий спереди диск сдавливает не передний корешок, содержащий двигательные нервы, а задний корешок, содержащий чувствительные нервы, авторы не объясняют. Корешковыми синдромами объясняют происхождение болей не только при протрузиях и грыжах дисков, но и остеохондрозе – снижении толщины межпозвонкового диска. По теории остеохондроза это приводит к компрессии нервных корешков, проходящих внутри позвонкового отверстия. В связи с этим возникает кардинальный вопрос к неврологам: а может ли вообще сдавление спинномозгового нерва, корешка, конского хвоста, спинного мозга, а тем более медленно нарастающее сдавление, дать болевой синдром, да ещё такой силы, как это бывает при «прострелах»?

В литературе имеется большая критика теорий о происхождении болей при остеохондрозе, протрузиях и грыжах дисков. Главный научный сотрудник института Рентгенологии д. м. н. Петр Львович Жарков так писал о теориях остеохондроза: «Такие умозрительные утопические учения приносят вред не только общественным, но и конкретным природоведческим наукам и, в частности, медицине. Примером этому может служить наше отечественное изобретение – учение об остеохондрозе как причине не только всех болей в области позвоночника, но и практически всех болевых синдромов в опорно-двигательной системе. Результат таких учений один: вред медицинской науке и больному, поскольку, создавая видимость научной обоснованности, эти лженаучные учения тормозят развитие настоящих продуктивных научных исследований. Ярким примером этому и могут служить „поясничные“ боли, которыми страдает в тот или иной период жизни до 60—80% населения Европы и северной Америки».

Нами в течение 20 лет проведены анализы 600 МРТ исследований позвоночника, выполненных в крупнейших диагностических центрах Москвы, и установлено, что, во-первых, остеохондроз позвоночника не является заболеванием, во-вторых, остеохондроз не является причиной болевых синдромов в спине, в-третьих, боли в спине также не являются заболеванием, а являются обратимым нарушением функционального состояния межпозвонковых мышц. Развитие остеохондроза может быть предотвращено и остановлено нормализацией состояния мышц позвоночника.

Глава 1. Разновидности болей в опорно-двигательной системе человека

В медицинской литературе, посвященной остеохондрозу, рассматриваются несколько видов боли, приписываемых исключительно проявлению дистрофических явлений в позвоночнике: прострелы, корешковые синдромы и спазмы мышц.

Прострелы это резкая и острая боль в пояснице, длящаяся до нескольких секунд.

Корешковые синдромы – боли, иррадиирующие в другие части тела, например, боли «поясницы», отдающие в задне-наружную область правого бедра, колена, голени.

Спастические боли – локальные боли различной интенсивности и различной локализации. При изменении позы эти боли слегка стихают, но затем возникают снова так, что невозможность ходить, сидеть.

Боли, возникающие при компрессии нервов – «ишиас» (или «ишиалгия»), который проявляется в виде боли по ходу седалищного нерва, то есть по задней поверхности ноги.

Боли, спровоцированные спазмом или воспалением поясничных мышц.

Жулев предлагает рассматривать причины болей с позиции туннельных компрессий, а именно: нервно-мышечные компрессионные синдромы остеохондроза позвоночника поскольку они чаще всего (но не всегда) происходят в каналах или туннелях (костных, мышечных, фиброзных и др.). Второй действенный фактор – механическая компрессия, третий также действенный – ишемия нерва. Взаимодействие этих трех факторов приводит к заболеванию нерва, которое в силу отсутствия признаков инфекционного воспаления не может быть оценено как «неврит». Нарушения функций нерва, по мнению Жулева, во многом обусловлены также ишемией нерва и венозным застоем, развивающимся отеком тканей. Ряд авторов для обозначения этой группы заболеваний предпочитает применять термин «туннельные синдромы». В классификации заболеваний периферической нервной системы, предложенной председателем Всесоюзной проблемной комиссии по этой проблеме академиком АН БССР И. П. Антоновым (1985), выделен раздел IV: «Поражения отдельных спинномозговых нервов». В нем перечислены травматические невропатии, воспалительные (мононевриты) и компрессионно-ишемические мононевропатии, к которым также следует относить туннельные синдромы.

Поясничные боли

Доктор Альф Л. Нахемсон, выдающийся хирург-ортопед, работающий в Гетеборгском университете (Швеция), подсчитал, что «на протяжении нашей активной жизни около 80% из нас в той или иной степени испытывают боль в спине». Статистика утверждает, что от 15 до 20% жителей США обращаются к врачу с жалобами на боль в спине в течение года, причем 50% из них – лица трудоспособного возраста. Национальный Центр Статистики Здоровья отмечает, что боли в спине занимают второе место по частоте после острых респираторных заболеваний по числу обращений к врачам. А в течение 1988 года в США поясничные боли оказались на седьмом месте среди причин, послуживших показанием к госпитализации больных.

Поясничные боли приносят людям самые большие страдания. Как правило они начинаются с мышечного спазма.

Острый мышечный спазм это патологическое состояние, при котором возникает острая судорожная боль при попытке возобновить движение (необходимо дифференцировать от надрыва мышц). При прощупывании можно обнаружить болезненное уплотнение или болезненный тяж по ходу мышечной ткани.

Причиной острого мышечного спазма у спортсменов после тренировки может быть неполноценная разминка, переохлаждение, остывание после разминки, простудные заболевания. Причинами судорог в мышцах могут быть передозировка определенного вида нагрузок, выполнение непривычных упражнений, ацидоз, дефицит натрия, калия, магния и авитаминоз. У людей далёких от физических нагрузок острый мышечный спазм, по мнению неврологов и ортопедов, возникает из-за проблем с межпозвонковыми дисками. Когда в стенке диска начинает появляться выпячивание, мышцы спины могут напрягаться и спазмироваться, чтобы защитить то место, где ядро диска давит на связку. Бывает и так, что образовавшаяся грыжа надавливает на один из нервных корешков или ущемляет его. Когда это происходит, у вас возникает характерная тянущая боль под названием «радикулопатия». Для нашего уха привычнее звучит «радикулит». Оба термина, имеющие примерно одинаковое значение, происходят от латинского «radiculus» – «корешок». Ведь именно корешки, то есть основания спинномозговых нервов, сдавливаются деформированным диском, вызывая характерную боль в той части тела, к которой направляется данный нерв.

Спазм, или судорога, в мышцах – совершенно особое понятие. Возможно, вам пришлось испытывать непроизвольные болезненные сокращения мышц, от которых бывает так трудно избавиться. Судорога может поразить любую мышцу, но, поскольку мы сейчас говорим о спине, – чаще всего это случается с распрямляющими мышцами спины.

Спазм, или судорога, обычно является ответной реакцией мышцы, стремящейся защитить поврежденный участок тела, поэтому растяжения, разрывы и другие травмы спины, включая и повреждения дисков и позвоночных дуг, нередко приводят к спазмам мышц. Бывает и так, что при переломе позвонков во время несчастных случаев или при некоторых заболеваниях мышцы резко сокращаются вокруг поврежденного позвонка, чтобы защитить его от беды, и тем самым причиняют еще большее страдание человеку.

Провокаторами мышечных спазмов могут быть резкий подъём тяжестей с согнутой спиной, переохлаждение, скрутка позвоночника. Иногда достаточно поскользнуться на льду или просто чихнуть. Как это может не показаться странным, боли в пояснице могут появиться в результате стресса.

Случаи из практики

Пример 1. Водитель автомобиля вёз своих детей на дачу. Пристроившись в хвост к впереди идущего автомобиля, он не заметил красный сигнал светофора и создал аварийную ситуацию. Всё обошлось, но водитель получил сильный стресс. Приехав на дачу, он не занимался в этот день никакими физическими работами, но утром он не смог подняться с постели из-за сильной боли в пояснице. Спустя день он добирался домой не электричке – вести автомобиль он был не в состоянии ещё целую неделю.

Мышечные спазмы приводят к микротравмированию пучков мышечных волокон. При этом возникают два вида боли: травматическая в момент спазма и пост травматическая, как правило на следующие сутки. Это

синдром отсроченного начала мышечной болезненности. Растягивание мышечной ткани, превышающее физиологически допустимую величину, или чрезмерное усилие, развиваемое ей, приводят к двум видам микроповреждений:

- 1) мышечному растягивающему повреждению;
- 2) синдрому отсроченного начала мышечной болезненности

Оба эти повреждения имеют устойчивую тенденцию встречаться вблизи области мышечно-сухожильного соединения. Синдром отсроченного начала мышечной болезненности проявляется ощущением дискомфорта или боли в поясничных мышцах, которое появляется через 24—48 ч после травмы.

Впервые этот синдром почти 100 лет назад был описан Hough, который и объяснил его возникновение внутримышечным повреждением структурных элементов мышцы.

Боли в грудном отделе позвоночника

Боли в грудном отделе позвоночника не имеют такую интенсивность как поясничные боли. Однако, боль в грудном отделе может возникнуть по причине спазмом межпозвонковых мышц. Мышечный спазм воздействует на симпатические нервы внутренних органов, вызывая их дисфункции, а в редких случаях и смерть человека. Эти явления называются вертебро-кардиальными синдромами (вертебро – позвоночник, кардиа – сердце). Им посвящен следующий раздел, но вот несколько случаев из практики массажиста и при этом нейрофизиолога.

Случаи из практики

Пример 2. Во время семейного конфликта у женщины появляется раскалывающая головная боль с локализацией в макушке, тошнота, боль в желудке, многократные приступы рвоты, брадикардия – сердечный пульс 42, холодные руки и ноги, состояние, близкое к обморочному. Налицо симптомы острого отравления. Должны быть приняты срочные меры: неотложка, промывание желудка, прием медикаментов, пребывание в больнице. По счастью, всё лечение заняло около 20 минут. Массаж головы, шейного и грудного отделов позвоночника, воздействие на акупунктурные точки, влияющие на черепно-мозговое давление, и одна таблетка анальгина. В результате головная боль прошла, боль в желудке прошла, сердечный пульс достиг 60, конечности потеплели.

Пример 3. Интенсивная гимнастика со скручиванием шейного и грудного отделов позвоночника (ходьба на ягодицах, рекомендованная профессором Неумывакиным) у женщины 60 лет привела к нарушению в работе сердца. В результате появилась боль в области сердца, брадикардия – пульс 45, слабость, признаки сердечной недостаточности: слабость, бледность, отёчность, холодные конечности. Всё это длилось двое суток, пока не началось лечение, которое заняло 20 минут. Был проведён массаж шейного и грудного отделов позвоночника. Сразу же пульс увеличился до 70, лицо порозовело, конечности потеплели, и никаких признаков сердечной недостаточности. А спустя ещё 15 минут, последовала очень хорошая физическая нагрузка с увеличением пульса до 120 в течение 20 минут. Можно легко представить себе возмущенные возгласы врача по прочтении этих строк. Будь рядом врач, лечение было бы другим: уколы медикаментами – кардиостимуляторами, госпитализация и рекомендация установить кардиостимулятор. И при всём этом причины не были бы устранены врачами, так как причиной был стойкий мышечный спазм в грудном отделе позвоночника (грудные позвонки 2—5) с компрессией симпатических нервов, управляющих сердцем. К сожалению, ни один из обычных врачей-кардиологов при такой ситуации не поинтересовался бы состоянием позвоночника пациента.

Пример 4. Во время поездки на дачу немолодой уже турист закидывает на спину тяжёлый рюкзак (30 кг), поднимается на холм высотой 70 м и легко проходит 2 км. Однако ночью он просыпается от удушья. Пульс 120, но очень слабый – еле прощупывается. Он садится – ему становится легче. Он встаёт, идёт и чувствует себя значительно лучше. Он ложится – снова начинается удушье и тахикардия. Крепкий чай значительно улучшает состояние и позволяет заснуть. Такие симптомы продолжались каждую ночь в течение пяти суток, причем, днём этот турист продолжал носить тяжести, много ходил, купался в море. На шестой день он, наконец, почувствовал боль в верхнегрудном отделе позвоночника и сообразил, что он, закидывая рюкзак на спину, вызвал стойкий мышечный спазм в мышцах позвоночника по правой стороне. Ночью происходило расслабление мышц спины и мышц позвоночника, но только не в области спазма. На фоне общего расслабления возникала асимметрия в тоне мышц позвоночника. Это приводило к компрессии усиливающего симпатического нерва, открытого И. П. Павловым. Этот нерв управляет силой сокращения мышц сердца. Ночью сердце слабело, и нервный центр по другому симпатическому нерву стимулировал синусный узел сердца и вызывал тахикардию для компенсации сердечной недостаточности. Один сеанс у массажиста с массажем верхнегрудного отдела позвоночника снял все проявления ночной сердечной недостаточности. Сердечная недостаточность более не возникала. Далее следовала консультация у кардиолога с опытом работы в кардиологическом центре, без объяснения проблемы с мышцами позвоночника как причины кардиологического синдрома. Кардиолог не смог объяснить этот случай.

Пример 5. Под дверью у женщины 65 лет, моей пациентки, всю ночь пировали бомжи. Женщина не спала и очень боялась. На утро у неё появились боли в спине и боли в сердце.

Потребовалось 4 сеанса массажа мышечного корсета позвоночника и две недели для того, чтобы снять спазм мышц в верхнегрудном отделе позвоночника. Боли в сердце исчезли и не возникали в течение 5 лет.

Боли в шейном отделе позвоночника

Эти боли возникают при длительной и напряженной работе за компьютером, при стрессах при неудачных падениях и т. д. При пальпации шейного отдела позвоночника массажист чувствует жесткие и болезненные мышцы. Массаж мышц шеи легко снимает эти боли, а вместе с ними и боли в голове головокружения, звон в ушах и другие более мелкие проявления гипертонуса мышц.

Случаи из практики

Пример 6. Женщина 45 лет не могла поворачивать голову. Если она это делала, чтобы посмотреть на приближающийся автомобиль при переходе дороги, эта женщина валилась на асфальт перед автомобилем. Рентген шейного отдела не выявил нарушений в позвонках и дисках. Мануальная диагностика шейного отдела выявила очень напряженные мышцы. Это напряжение приводило к нарушению работы вестибулярного аппарата. Один сеанс массажа привёл к исчезновению мышечного спазма в шейном отделе позвоночника, и после этого женщина вертела головой как хотела без нарушения вестибулярного аппарата.

Здесь мы уже можем задуматься о причинах болей в мышцах позвоночника. А действительно ли причина этих болей в состоянии межпозвонковых дисков? По данным доктора медицины из Вашингтонского университета, известного специалиста по проблеме болей в спине Ричарда А. Дейо, главное препятствие в диагностике заболеваний позвоночника состоит в том, что зачастую между жалобами пациентов, результатами анализов и данными инструментального обследования настолько слабые связи, что трудно соотнести всё это и поставить окончательный диагноз. Люди, страдающие от невыносимой боли в спине, могут получить рентгеновский снимок, свидетельствующий об их абсолютном здоровье, и наоборот, у 20—30% людей, никогда не предъявлявших жалоб на боли в спине, на снимках отчетливо видны «проблемные» диски.

Специалистов настораживает подозрительно большая частота «выявления» методом МРТ дисков, пораженных грыжами, но не доставляющих пациенту никакой боли или дискомфорта. По данным опубликованных в 1994 году в «Нью Инглэнд медикал джорнал» исследований, которыми руководила д-р Морин К. Дженсен, радиолог Мемориальной больницы Хоуга в Ньюпорт-Бич, штат Калифорния, из 98 человек, не имеющих никакой боли в спине, у 52% метод МРТ указал на наличие первой, и у 27% – второй стадии развития грыжи одного или нескольких дисков. Многие врачи не доверяют этому методу, полагая, что он слишком часто «диагностирует» то, чего на самом деле нет.

Имеется одна странность в описании болевых синдромов различными неврологами и ортопедами. Никто из них не упоминает о межпозвонковых мышцах, как будто их не существует. Только один П. Л. Жарков в своей книге «Поясничные боли» упоминает о межостистых связках, рассматривая другие связки позвоночника: надостистая связка, передняя продольная связка, задняя продольная связка и желтая связка. Эти связки представляют собой длинные тяжи, не позволяющие позвоночнику растягиваться. Но межостистых связок не существует, а существуют межостистые мышцы, стягивающие каждые 2 соседних позвонка. То же самое делают другие межпозвонковые мышцы – межпоперечные и поперечноостистые. В популярной медицинской литературе их неправильно называют связками. На самом деле это очень короткие и очень сильные мышцы (см. раздел анатомия позвоночника).

Читателю будет трудно поверить, что сила их совместного напряжения составляет до 5 тонн при выполнении тяжелых физических нагрузок. На Востоке йоги показывают такой трюк. Йог животом вверх ложится шеей на спинку одного стула, ахилловым сухожилием перед пяткой на спинку другого стула и ему на живот, грудь и бедра встают 3 взрослых мужчины. При этом позвоночник практически не прогибается. Ваш покорный слуга повторял этот трюк,

стоя на ногах и руках животов вверх, с одним человеком на животе весом 60 кг. Позвоночник прогибался на 1,5 см. Те, кто помнит школьный курс физики может легко рассчитать по правилу треугольника силу, с которой межпозвонковые мышцы должны стягивать позвонки для предотвращения прогиба позвоночника. Но не забудьте учесть собственный вес йога. По моим расчётам сила межпозвонковых мышц в каждом сегменте позвоночника составила 2 тонны. При спастических состояниях межпозвонковые мышцы развивают именно такие усилия от 2 до 5 тонн на каждый сегмент позвоночника, находящийся в области спазма.

Глава 2. Вертебро-кардиальные синдромы или каждый третий больной, страдающий заболеванием сердца, имеет здоровое сердце и лечится напрасно и не от того заболевания, которым страдает на самом деле

Всем хорошо известны неврологические синдромы (синдром – комплекс симптомов), вызывающие боли в области сердца. Это различные виды кардиалгии – боли в области сердца, вызванные нервным перенапряжением и переживаниями. Боли в области сердца при нагрузках также являются признаками ишемической болезни сердца. Органические изменения в сердце проявляются, как правило, в нарушениях сердечного ритма и часто не сопровождаются болевыми синдромами.

Эти боли, с одной стороны, бывают мучительными, а с другой стороны они вызывают страх, так как отличить их от проявлений ишемической болезни сердца или инфаркта может только врач. Но и врач не всегда, даже при наличии современного оборудования, может интерпретировать боли в области сердца.

Множество людей страдает болями в сердце и регулярно посещает кардиолога. При болях в сердце кардиологическое обследование необходимо, прежде всего, для того, чтобы предотвратить инфаркт миокарда. Но при кардиалгиях имеется существенный нервный компонент, который проявляется как симптом заболевания, хотя сердце здорово. Способен ли каждый человек распознать и предотвращать боли в сердце нервного происхождения, не имеющие никакого отношения к заболеваниям сердца? На этот вопрос мы ответим положительно и дадим методы по предотвращению и устранению этих неприятных, но неопасных симптомов. Мы можем поставить более серьёзный вопрос: как сохранять и восстанавливать здоровье сердца при реальных заболеваниях? Мы попытаемся ответить и на этот вопрос, хотя бы в отношении внутренних причин заболеваний.

Имеется также обратная сторона связи нервной системы и внутренних органов. Больные внутренние органы порождают неврологические симптомы в различных частях тела. В этих случаях болевой синдром является признаком серьёзного заболевания. Проблеме связи неврологических проявлений с действительно существующими у человека заболеваниями внутренних органов посвящен великолепный труд – монография «Нервная система и внутренние органы» под редакцией Ю. С. Мартынова (Мартынов Ю. С. и др., 2001).

Как будет показано в этом разделе, существуют два одновременно действующих направления патологических связей в организме. С одной стороны, больные внутренние органы вызывают неврологические проявления – боли в различных частях тела: за грудиной, в ребрах, в спине или других внутренних органах. По этим проявлениям можно ставить предварительный диагноз для начала медицинского обследования с целью постановки окончательного диагноза. С другой стороны, нарушения в деятельности нервной системы вызывают дисфункции и хронические заболевания внутренних органов. Этот вопрос до сих пор является предметом дискуссий и разногласий между различными направлениями медицины. Вследствие этого в медицине утвердился только первый подход – заболевания вызывают неврологические проявления. В истории медицины имеется очень показательный пример. Хорошо всем известный профессор С. П. Боткин, который является одним из авторов теории нервизма (в просторечии – «Все заболевания от нервов») длительное время лечился по поводу заболевания сердца. Впоследствии выяснилось, что Боткин страдал не сердечным недугом, а заболеванием печени. Благодаря многочисленным исследованиям, проведённым школами физиологов, исследовавших трофическую нервную систему, доказано, что серьёзные заболевания сердца также вызы-

ваются нарушениями в деятельности автономной нервной системы. Этому ниже будет посвящен раздел «Влияние нейротрофических воздействий на состояние сердца». Но сейчас мы рассмотрим проблемы здорового сердца.

Кардиалгия – боль в области сердца, может также являться частным проявлением вертебро-кардиального синдрома (Загорская Н. А. и др., 2005). Механизм вертебро-кардиального синдрома очень прост: по спинномозговым нервам в области третьего-четвертого грудных позвонков проходят нервы симпатической нервной системы, управляющие различными механизмами деятельности сердца, а также афферентные нервы, передающие нервным центрам информацию о состоянии сердца. Компрессия, или сдавление симпатических нервов приводит к целому ряду нарушений в деятельности сердца. Особенностью нервов симпатической нервной системы является то, что у них отсутствует миелиновая оболочка, которой обладают нервы центральной нервной системы. Миелиновая оболочка – это десятки раз обёрнутая вокруг нервного волокна или аксона мембрана так называемой Шванновской клетки. Эта оболочка увеличивает скорость передачи нервных импульсов и дальность их передачи. По словам патологоанатомов, державших нервы из миелинизированных нервных волокон пальцами, эти нервы невозможно передавить. На этом тезисе основаны разногласия среди неврологов и мануальных терапевтов по поводу возможности сдавливания нервных корешков при радикулопатиях и остеохондрозе позвоночника. В отличие от нервов центральной нервной системы, симпатические нервы могут легко сдавливаться при прохождении между мышцами и фасциями, особенно если имеется мышечный спазм. А это как раз и наблюдается с мышцами позвоночника, соприкасаясь с которыми из позвоночника выходят симпатические нервы, иннервирующие внутренние органы и управляющие работой всех без исключения внутренних органов.

Мы все прекрасно знаем, что сердце реагирует на физическую нагрузку учащением ритма, иногда так, что как будто готово выскочить из груди. Сердце начинает учащенно биться при волнении. Оно сильно бьётся при любовных переживаниях. Оно может также биться с нормальным ритмом, но с сильными ударами. Сердце замирает (снижает частоту сокращений) от страха. Но мы не знакомы с нервной регуляцией деятельности сердца. Это касается также и кардиологов. Рассматривая болезни сердца, они не вспоминают о том, что сердце – это, в первую очередь, орган, управляемый нервной системой. Если перерезать все нервы, идущие к сердцу, сердце будет продолжать биться, даже если его вынуть из тела, но сохранить его питание и снабжение кислородом. При этом частота сердечных сокращений снижается до 42—45 ударов в минуту, а само сердце перестаёт реагировать на физические нагрузки, но при этом сохраняется реакция на гормоны и лекарственные препараты.

Итак, каким образом управляется сердце? Сердце управляется по нескольким нервам, как со стороны парасимпатической нервной системы по блуждающему нерву, проходящему вблизи к центральной оси тела, так и со стороны симпатической нервной системы, нервы которой проходят внутри позвоночника и через нервные корешки и спинномозговые нервы идут к сердцу. Оба нервных пути влияют на частоту сокращений сердца. Блуждающий нерв вызывает ослабление и замедление сердечных сокращений, а симпатический нерв вызывает ускорение и усиление сердечной деятельности. Активность каждого из них ведет к выделению специфических веществ-медиаторов, оказывающих воздействие на нервную систему самого сердца – синусный узел, задающий частоту сердечных сокращений. При этом влияние на сердце со стороны симпатической нервной системы значительно сильнее. В начале XX века физиологами были открыты два разных нерва симпатической нервной системы, управляющих сердцем. Один из них воздействует на частоту сердечных сокращений, второй – на силу сердечных сокращений.

Возможно увеличение кровотока в теле за счет увеличения частоты сокращений, но при высоком периферическом сопротивлении нервная система одновременно также может повышать силу (мощность) сокращения мышц сердца. Соответственно, возможны различные

формы нарушения работы сердца при возможных пережатиях симпатических нервов, управляющих функциями сердца. Если из-за компрессии или атрофии нарушается активность нерва, управляющего частотой сокращения, частота сокращений падает до 42—45 ударов в минуту (автономный ритм синусного узла). При этом человек испытывает признаки сердечной недостаточности. Ему могут быть рекомендованы препараты, стимулирующие сердце, или установка кардиостимулятора, если это возрастная брадикардия.

Очень интересен вариант с нарушением активности (проводимости) нерва, управляющего силой мышечного сокращения сердца. В этом случае наблюдается сильное учащение пульса, но сам пульс становится очень слабым. Иногда он еле прощупывается. Нервная система, обнаружив недостаточность кровообращения и кислородное голодание тканей, активизирует учащение ритма через нерв, управляющий частотой сокращения сердца через синусный узел. Развивается тахикардия, которая является необходимым условием для обеспечения кислородом головного мозга и всего тела. Прекращение тахикардии приведёт к нарушению мозгового кровообращения с соответствующими последствиями. Одновременная компрессия двух этих нервов должна вызывать синдром миокардиопатии, при котором сердце не обеспечивает нормальное кровообращение при физической нагрузке.

Четвёртым вариантом воздействия на сердце со стороны нервной системы является управление тонусом кровеносных сосудов сердца – коронарных артерий. Напомним, что каждый кровеносный сосуд состоит из трёх слоёв: внутреннего эластичного слоя – интимы, среднего мышечного слоя из кольцевых мышц – медиа, наружного слоя – адвентиции (оболочки). Мышечный слой обеспечивает поддержание определённого просвета в коронарных артериях. Его мышцы постоянно находятся в определённом тонусе – мышечном напряжении. Чем выше тонус, тем уже просвет артерий и слабее кровообращение в миокарде. При высоких физических нагрузках симпатическая нервная система увеличивает просвет в сосудах и кровоток в миокарде.

Мышцы кровеносных сосудов управляются нервами симпатической нервной системы, выходящими из позвоночника на уровне, на котором расположен иннервируемый кровеносный сосуд. Для коронарных артерий сердца это нервы, выходящие из области четвертого-пятого грудных позвонков.

Теперь мы рассмотрим пока ещё гипотетический процесс компрессии и раздражения симпатических нервов, управляющих коронарными артериями сердца. Всем хорошо известно, что наши кровеносные сосуды могут расширяться и сужаться. Хорошей иллюстрацией являются капилляры лица. Если они сужаются, человек бледнеет. Если это происходит на морозе, возможно обморожение участков лица со сниженным кровообращением. Когда мы краснеем от стыда, или паримся в бане, или выполняем тяжелые и длительные физические нагрузки, капилляры лица расширяются. Мы можем покраснеть и выглядеть, как варёный рак. То же самое может происходить с коронарными артериями.

Большую опасность вызывают сужение и спазмы коронарных артерий, которые, с одной стороны, приводят к ослаблению кровообращения в миокарде, силы сокращения сердечной мышцы и возможной последующей сердечной недостаточности, а с другой стороны, приводят к нарушению кровообращения в самой сердечной мышце и её возможному последующему тромбозу. В результате возможна закупорка отдельных участков какой-либо ветви коронарной артерии с последующим омертвлением участка сердечной мышцы. Это картина инфаркта миокарда.

Мы приведём примеры из нашей практики и наших наблюдений. Эти примеры не могут служить доказательством с позиции доказательной медицины, т. е. со статистикой и необходимыми уровнями достоверности. Однако они имеют ранг наблюдений и должны заставить человека задуматься и, может быть, заняться своим сердцем, пока он ещё здоров. Тем более что

все приведённые примеры касаются здоровых людей, проходивших кардиологические обследования, как до описываемых эпизодов, так и после них.

Пример 7. По долгу службы автору этого раздела приходится присутствовать на ангиографических исследованиях сердца. Хирург вводит пациенту в сердце катетер и вводит в кровь рентгеноконтрастное вещество. Под рентгеном на экране монитора видно распространение контраста по коронарным артериям сердца. Этот метод позволяет выявлять сужение артерий для выявления ишемической болезни сердца, вызывающей сердечную недостаточность или боли в сердце – стенокардию.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

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

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