

Гамильтон Холл

ВАШ ПОЗВОНОЧНИК

МОСКВА

ТЕРРА-КНИЖНЫЙ клуб

Издательство «БИНОМ»

1998

УДК 616.7 ББК 54.18 Х71

Hamilton Hall, М. D. THE BACK DOCTOR

Перевод с английского M. ПЕТРОВА

Холл Гамильтон

X7I Ваш позвоночник / Пер. с англ. М. Петрова. — М.: ТЕРРА—Книжный клуб, 1998. — 256 е.: ил. — (Домашний доктор). ISBN 5-300-02123-7

Автор книги, известный хирург-ортопед, профессор канадского Института спины, в популярной форме рассказывает о том. как справиться с острым приступом боли в позвоночнике, учит постоянно контролировать се состояние и Вести обычный образ жизни, благодаря выполнению специальных упражнений.

удк 616.7 ббк 54.18

isbn 5-3(10-02123-7

© ТЕРРА—Книжный клуб. 1998 Published by arrangement with Macmillan Canada © Hamilton Hall. 1980 © Перевод, M. Петров, 1998 © Восточная Книжная Компания, 1997 © ЗАО Издательство «БИНОМ». 1998

Содержание

[Введение 5](#Введение)

[1 Что приходится выслушивать врачу 10](#Глава_1)

[2 «Страшилка», «пинг-понг» и другие развлечения 28](#Глава_2)

[3 Безболезненный курс анатомии 44](#Глава_3)

[4 К какому типу относитесь вы?](#Глава_4)

[5 Причины ваших болей](#Глава_5)

[6 Неужели это все от головы?](#Глава_6)

[7 Поможет ли вам хиропрактик](#Глава_7)

[8 Приходите на осмотр](#Глава_8)

[9 Припарки, вытяжки и пилюли](#Глава_9)

[10 Хирургия: когда, зачем и как?](#Глава_10)

[11 Можете ли вы уделить себе 10 минут в день](#Глава_11)

[12 К очередному приступу готов!](#Глава_12)

[13 Сосуществование со своей спиной](#Глава_13)

[14 Вы не одиноки](#Глава_14)

Гамтътон Холл — всемирно известный хирург-ортопед, специалист по заболеваниям спины, основа­тель Канадского института спины. В своих книгах он в популярной форме рассказывает о строении позвоночника, о причинах боли в спине, о методах диагностики и лечения заболевания спины. Разрабо­танная Г. Хо.плом простая и эффективная программа ухода за спиной, опробованная на тысячах пациентов, позволяет научиться справляться с острыми присту­пами боли, постоянно контролировать состояние спины и вести обычный образ жизни благодаря усвоению определенных привычек и выполнению специальных упражнений для спины.

Введение

Однажды я собирался выступать по поводу болей в спине перед аудиторией, состоящей из людей, занимающихся предот­вращением несчастных случаев. На предшествующем выступле­нию обеде рядом со мной за столом сидел специалист по техни­ке безопасности.

Хотя он не был врачом, однако хорошо разбирался в травмах спины, полученных на производстве. Он сообщил, что раньше уже слышал мои выступления и ему понравились мои коммен­тарии о заблуждениях, которые свойственны людям в отноше­нии собственных позвоночников. Одно из моих замечаний при­влекло особое внимание моего соседа по столу.

«Не собираетесь ли вы заявить нам, что не существует такой вещи, как смещение диска?» — поинтересовался он. Я ответил, что собираюсь. «Но не будет ли у вас неприятностей с коллега­ми после таких высказываний?» — спросил он.

И тут я осознал, что этот эксперт по вопросам техники без­опасности сам впал в заблуждение, полагая, что я в своей про­фессии являюсь кем-то вроде предателя, доносчика, выдающего профессиональные тайны, касающиеся человеческой спины.

Данный случай, описанный во введении к первому изданию этой книги, имел место почти двадцать лет тому назад. За это время произошло так много всякого в области лечения спины — сделано так много открытий, найдено так много новых техноло­гий — и все же проблема остается. Боли в спине являются главной причиной периодической нетрудоспособности у лиц в возрасте до сорока пяти лет. Они обходятся экономике Северной Америки в пятьдесят с лишним миллиардов долларов в год — в виде пониженной производительности труда, расходов, связан­ных с переводом на другую работу, выплат компенсаций, расхо­дов на лечение. Боли в спине продолжают поражать 8 из 10 взрослых, во всяком случае время от времени, а для некоторых они становятся непреходящей проблемой.

Мне хочется верить, что основное содержание книги, несмот­ря на все новые перспективы и открытия, остается чрезвычайно нужным. Ее ведущая концепция и большинство практических советов сегодня так же необходимы, как в период подготовки рукописи первого издания. Пресловутое «смещение диска» ак­туально не меньше, чем в те дни, когда я только начинал зани­маться проблемой. Боль в спине не является заболеванием — это одно из состояний человека. Боль в спине не требует лече­ния — она требует контроля. Понимание этого является первым шагом в нужном направлений, и уровень понимания значитель­но вырос. То, что раньше выводилось интуитивно, теперь под­крепляется фактами: теория стала практикой. Однако все еще осталось много непознанного.

Двадцать лет, проведенных мной в Канадском институте спины, научили меня очень многому, и я остаюсь в огромном долгу перед всеми физиотерапевтами и кинезиологами, терпе­ливо делившимися со мной своими знаниями. Теперь я знаю, насколько трудно обучить человека контролировать боль, вдох­нуть уверенность в того, кто находится в когтях терзающего его приступа. Я понимаю, насколько сложно внушать идею о необ­ходимости регулярных упражнений пациенту, никогда в жизни никаких упражнений не делавшему. К тому же я узнал, на­сколько неблагодарна задача убедить кого-нибудь вернуться к активному образу жизни в то время, как боль еще не отступила.

Особенно хочется поблагодарить Тони Меллеса, главного физиотерапевта и исполнительного директора Канадского ин­ститута спины, за многие часы, которые мы провели вместе, обмениваясь идеями и уточняя концепции, представленные в моей первой книге и изложенные ниже. Именно Тони проде­монстрировал мне, как быстро можно снять механические боли в спине с помощью корректировки осанки и сразу же начатых упражнений. Предложенные им аналогии с выключателем («нужно научиться включать и выключать боль») и с порезан­ным пальцем («защищай порез, пока он не затянулся, а затем опять начинай шевелить пальцем») стали для меня чем-то вроде молитвы. Кроме того, он помог мне четко отделить необходи­мую «характерную» боль при восстановлении функций твердых тканей от ненужной и нежелательной «типичной» боли, отме­чающейся на начальных стадиях явления.

Я продолжаю утверждать, что вам необходимо всего десять минут в день для того, чтобы позаботиться о своем позвоночни­ке, однако теперь рекомендую распределять это время на не­сколько коротких сеансов в течение дня, чтобы контроль над болью был более или менее постоянным.

Если бы мне предстояло сделать все сначала и переписать эту книгу заново, я сделал бы в ней одно-единственное серьез­ное изменение. Изменение это настолько важно, что я, несмотря на риск привести в замешательство десятки тысяч читателей предыдущих изданий моей книги, все-таки делаю его. Вместо прежних трех типов боли в спине теперь я выделяю четыре типа.

Механическая боль в спине начинается с позвоночного дис­ка. К настоящему времени мы достаточно ясно представляем, как диск теряет способность нормально функционировать и как в связи с этим запускается целая цепочка событий, отражаю­щихся на других частях спины. Диск может быть не единствен­ным источником боли, но почти всегда неприятности начина­ются с него. Именно по этой причине я буду обозначать жало­бы, связанные с дисками, как тип 1. Кстати, это наиболее распространенный тип боли, который мне приходится лечить, так что есть еще одна причина обозначить его номером первым. Поскольку изменения в мелких спинных суставах, как правило, являются результатом потери упругости дисков и поэтому пред­ставляют собой вторичное явление, я буду обозначать пробле­мы, связанные с мелкими суставами, как тип 2. Боли, ощущаю­щиеся преимущественно в ноге, я отношу к болям типа 3, вы­званным сжатием нервных окончаний. Тип 4 — это боль в ноге, быстро возникающая в результате какой-либо деятельности и быстро снимающаяся изменением осанки и покоем.

Я расширил раздел, посвященный типам поведения, связан­ным с сосредоточенностью на боли. Всякая боль реальна, но не всякая боль спины начинается в спине. Как бы ни трудно было с этим согласиться, сила боли не является мерой серьезности проблемы. Когда боль становится основным в вашей жизни, то уже ничто не остается прежним, и никакое устойчивое облегче­ние состояния невозможно до тех пор, пока не будет выявлен корень зла. Борьба с четырьмя типами боли в спине начинается с признания этого факта. Борьба с поведением, обусловленным болью, — тоже. Трудно бороться с невидимым врагом. Если вы обнаружите, что вписываетесь в образ человека, сосредоточенного на собственной боли, это еще не конец истории. Это может стать первым шагом к тому, чтобы вы вновь превратились в хозяина своей жизни.

За двадцать лет многое изменилось. Некоторые исследова­тельские методики, например эпидуральные венограммы, исчез­ли. Томография используется очень редко, а миелография исклю­чена из практики. Методика ядерного магнитного резонанса (последнее слово в диагностике) заменила компьютерную осевую томографию. Используются новые амбулаторные хирургические методы при ущемлении дисков. Нехирургические методы лечения приняли более точные, воспроизводимые формы. Даже ограни­ченный период полного покоя ныне заменен упражнениями и иными активными методами воздействия. Специальные упражне­ния дают возможность быстро взять боль под контроль, а не­сложная корректировка осанки обеспечивает длительный период ремиссии.

На многие вещи у меня сложился более сбалансированный взгляд — возможно, в результате знакомства с более чем тридцатью тысячами пациентов, страдающих от болей в спине и шее. Эта книга является попыткой перевести полученные мной знания о болях в спине на язык обычного пациента. Она отражает мою веру в ценность упражнений, обеспечивающих прогиб позвоночника как назад, так и вперед; веру в необхо­димость поддержания нужной осанки и обеспечения нейтраль­ного прогиба в пояснице как условия для быстрого снятия острой боли; веру в необходимость создания для каждого пациента индивидуальной программы, соответствующей его образу жизни.

Эта книга является моей первой крупной работой, проведен­ной без руководства и поддержки друга и учителя Хэла Теннан-та. Дух его, тем не менее, живет на этих страницах, и я никог­да не забываю его мягкое напоминание: «Просто говори то, что у тебя на уме».

Нет универсальных рецептов, однако всякий может найти рецепт, который подходит для него. Моя книга открывает перед вами возможность узнать больше о своей спине и, вооружив­шись этими знаниями, решить свои собственные проблемы. Это не столько пособие для оказания самопомощи, сколько руковод­ство, которое позволяет выявить наиболее распространенные типы болей в спине. Зная причины их возникновения и меха­низм их действия, можно более спокойно встретить их появле­ние и с гораздо большей вероятностью избавиться от них.

Я хочу пробудить в вас чувство ответственности, уничтожить вашу зависимость от кого-либо или от чего-либо. Боль в спине создает ощущение беспомощности только в том случае, если вы неспособны бороться с ней. Эта книга о том, как получить знания и умения, дающие возможность приостановить боль сегодня и контролировать ее завтра.

Торонто, май 1994

Глава • 1

Что приходится выслушивать врачу

Каждый год через мой кабинет проходят несколько тысяч мужчин и женщин, жалующихся на боли в спине. Трудно этому удивляться. Будучи хирургом-ортопедом, то есть врачом, зани­мающимся костями и суставами, я специализируюсь на помощи людям, страдающим проблемами, связанными со спиной. По­добно большинству людей, усердно занимающихся своим делом, мне удалось добиться некоторых успехов.

Что примечательно в моей работе, так это то, сколько времени мне приходится тратить, чтобы сообщить людям самые основные сведения об их спине. Прошу понять меня правильно. Мои пациенты весьма разумные люди. В большинстве аспектов — в том числе и по части болей в спине — они вполне типичны для населения страны в целом. Однако (и это тоже типично) они успели получить поразительное количество дезинформации, касающейся строения спины человека. Выслушивая день за днем, год за годом все, что эти люди говорят о своих спинах, я убедился, что никакая другая часть человеческого тела — ни мозг, ни половые органы, ни даже сердце с его символической загадочностью — не дает почвы для такого изобилия предрассудков, глупого фольклора и необоснованных страхов.

Я выяснил, что человеческая спина считается загадкой. Люди, озабоченные связанными с ней проблемами, теряют весь свой здравый смысл и познания в области физиологии. По отношению к спине они способны применять такие правила, пи­тать такие убеждения, о которых и не помыслили бы в прило­жении к какой-нибудь иной части тела. Все это просто порази­тельно.

Безусловно, есть и безвредные предрассудки, даже если они касаются спины. Помните старые детские стишки, которые мы распевали во время прогулки, стараясь не наступить на тре­щинку в асфальте? «Кто наступает — тот маме спину ломает»! Некоторые из распространенных суеверий, укоренившихся в сознании взрослых людей, столь же абсурдны, как эта детская поговорка, но далеко не так безвредны. Дезинформация под­стрекает огромное число людей на саморазрушительное поведе­ние. Они без всякой нужды терпят свою боль. Они проходят курс лечения и упражнений, которые излишне болезненны, а в некоторых случаях бесполезны. В то же время эти люди отвер­гают множество занятий, которые могли бы доставить им удо­вольствие: гольф, уход за садом, секс...

Если вышеприведенное описание напоминает ситуацию, в которой оказались вы, значит, данная книга предназначена для вас. Она расскажет вам о том, о чем я говорю своим пациен­там, а также обо всем, что нужно знать каждому о своей спине: как она устроена, как работает, почему иногда болит и каким образом можно уменьшить или даже снять эту боль.

В первую очередь вам необходимо избавиться от всех лож­ных убеждений по поводу вашей спины. Давайте начнем с заяв­лений, которые я выслушиваю день за днем от своих новых пациентов.

«Человеческая спина - это совершенно особенная часть тела».

Ну разумеется, она особенная, в том смысле, что она важна. Но ведь то же самое можно сказать о мозге, о сердце, о печени да и о других органах. Нельзя назвать спину уникальной. На самом деле ее части удивительно похожи на те, которые можно обнаружить в любых частях организма. Кости ее имеют внутреннюю структуру, похожую на соты — точно такую же, как, скажем, у пяточной кости. В позвоночнике есть множество мел­ких суставов, похожих на суставы пальцев. Диски его очень похожи на сустав, который расположен в передней части таза. Мышцы спины очень схожи с мышцами бедер. Связки ее по­добны связкам лодыжек. Даже туннель, создаваемый отверстия­ми в каждом позвонке, через который проходит спинной мозг, не очень отличается от отверстий в дне глазных впадин, через которые пучки зрительных нервов проходят в мозг.

«Моя спина является чрезвычайно сложным анатомическим образованием, и проблемы, связанные с ней, настолько сложны, что их просто невозможно диагностировать».

Если вы разделяете это убеждение, мне хотелось бы задать вам вопрос: «Но почему?» Неужели ваша спина является для вас загадкой только потому, что вы не можете хорошенько взглянуть на нее? Или она пугает вас тем, что в ней есть части с такими странными названиями, как шейные позвонки, крес­тец и копчик? Возможно, вас ошеломили картинки в атласе, на которых изображена сложная путаница костей, мышц, связок и нервов? Или вас встревожил какой-нибудь врач, заявивший, что не может определить причину ваших болей?

Предположим, я сообщу вам, что являюсь владельцем зага­дочной и сложной машины под названием «автомобиль». Она состоит из тысяч частей, в том числе и таких, которые я никог­да не видел. Многие из этих частей носят странные наименова­ния вроде карбюратора, головки цилиндров и распределитель­ного вала. Смогу ли я убедить вас на основании всего этого, будто моя загадочная машина способна ломаться таким обра­зом, что поставит в тупик лучшие умы автомобильного мира?

Вряд ли. Вы совершенно справедливо укажете, что, какие бы неприятности ни случились с моим автомобилем, мне нужно все­го лишь найти опытного механика либо хорошее руководство по ремонту автомобилей и набор соответствующих инструментов. Наверное, вы согласитесь с тем, что ремонт может оказаться дорогостоящим и займет довольно много времени, однако вы будете продолжать настаивать на том, что моя «загадочная» машина не может быть настолько сложна, чтобы компетентный ремонтник не смог поставить ей диагноз...

Точно так же обстоят дела и с вашей спиной.

«Моя спина - это одна из наиболее хрупких частей организма».

Вы так думаете? Позвольте, я расскажу вам об одной авиака­тастрофе, доказывающей обратное.

В восемь утра 26 июня 1978 года реактивный лайнер компа­нии «Эр Кэнэда», направлявшийся в Виннипег, начал взлет в международном аэропорту Торонто. Но самолет так и не ото­рвался от земли. Достигнув скорости 120 миль в час, он выско­чил со взлетно-посадочной полосы и, совершив прыжок в 15 метров, рухнул в овраг. Это равносильно тому, как если бы ваш автомобиль упал с крыши пятиэтажного здания.

На борту самолета было 107 человек — пассажиров и членов экипажа. Все они были пристегнуты к сидениям ремнями. Ког­да самолет врезался в дно оврага, людей резко бросило вперед. Как позже было установлено, они испытали при этом ускорение 25—30 g, то есть в четыре-пять раз больше, чем испытывают астронавты на активном участке траектории. Пристегнутые ремнями в районе талии, люди были буквально согнуты попо­лам ударом. Это означало чудовищную нагрузку на их спины. Однако лишь менее половины находящихся на борту пострада­ли от травм спины. Можете не сомневаться: это была серьезная авария. Два пассажира погибли (хотя не от травм позвоночни­ка), и многие получили тяжелые травмы спины. Тем не менее хочу еще раз подчеркнуть, что, несмотря на сокрушительную силу воздействия, большинство людей не получило вообще ни­каких травм спины. Если бы наши спины были столь хрупки, как полагают многие мои пациенты, ни один человек, находив­шийся на борту самолета, не обошелся бы без опасных повреж­дений позвоночника.

Или взять случай с пугливым любовником. Мистер X стал моим пациентом сразу же после того, как пережил необычайно неприятные события. Он воспылал страстью к женщине, которая, к несчастью для него, была уже замужем. Как-то раз ночью сложилась классическая ситуация: парочка любовников была застигнута супругом в квартире, находившейся на шестом эта­же. Не знаю уж, прыгнул ли мистер X сам или ему помогли, но так или иначе, перевалив через перила балкона шестого этажа, он приземлился на ноги, очутившись на крыше соседнего двухэтажного здания. Можете представить, какой толчок пережил его организм! Исследовав его в травматологическом пункте, я обнаружил, что у мистера X сломаны обе пяточные кости, обе берцовые кости, а также отмечаются множественные поврежде­ния внутренних органов и головного мозга. А вот со спиной у него было все в порядке.

«Мне сказали, что у меня смещение диска. Вы можете поставить его на место?»

Возможно, вам будет трудно поверить в это, но никакого смещения дисков не существует в природе. Я понимаю, что вы слышали это выражение десятки раз, в том числе даже от сво­его врача. Если это так, то он не намеревался создавать впечат­ление, которое у вас сложилось. Большинство людей знают о наличии межпозвоночных дисков. Они представляют себе диск как нечто похожее на покерную фишку — этакая тонкая, твер­дая, скользкая штуковина, которая с легкостью может перемес­титься в сторону. Когда такое, по их мнению, случается, они обращаются к помощи профессионала — хиропрактика, физио­терапевта или врача вроде меня — с тем, чтобы он поставил диск на место. На самом деле диски никогда никуда не сдвига­ются. Они деформируются.

Подробнее мы поговорим о дисках в следующей главе, а пока забудьте об образе покерной фишки. Скорее уж представь­те себе прокладку в кране — небольшой резиновый кружок, перекрывающий поток воды. Если вам доводилось ремонтиро­вать кран, вы, наверное, замечали, что при вдавливании про­кладки на место она слегка выпячивается. Примерно это и про­исходит, когда диск в позвоночнике испытывает сильное давле­ние. Если какой-нибудь диск расплющивается настолько, что вступает в контакт с нервом (это, кстати, случается нечасто), то такое состояние обычно определяют как смещение диска. Я со­жалею, что этот термин вообще вошел в оборот, и хотел бы, чтобы люди, а тем более врачи, перестали использовать его. Он вызывает пугающие и в то же время ложные представления.

«Я могу точно сказать, в какой момент моя спина вышла из строя: я услышал, как она хрустнула».

Подобно сместившемуся диску, вышедшая из строя спина стала элементом современного фольклора. Когда кто-нибудь сообщает мне, что его спина вышла из строя, мне тут же хочет­ся спросить: «И как же это произошло? Она отсутствовала всю ночь или, может быть, на цыпочках вернулась под утро, бормо­ча что-то маловразумительное о больном друге, у постели кото­рого пришлось сидеть?»

Насколько ошибочно описывать диск как сместившийся, на­столько же ошибочно описывать спину как вышедшую из строя или «отключившуюся». Действительно, при определенных об­стоятельствах вы можете услышать хруст позвоночника. Звук этот ничем не отличается от звука хрустящих костяшек паль­цев. В суставах пальцев и позвонков содержится растворенный азот под давлением. Неожиданно нажав на палец, вы резко сни­жаете давление в суставе. Снижение давления приводит к выде­лению азота из раствора, то есть к переходу его из жидкой формы в газообразную, что сопровождается звуком (аналогич­ный физический процесс происходит при вскрытии бутылки с шампанским). Впрочем, явление это безвредно. Ни у кого еще не отвалился палец из-за хруста суставов — и ни у кого не «отключилась» из-за хруста спина, хотя звук, возможно, и выз­вал неприятные ассоциации.

Услышав хрустящий звук в процессе процедуры, проводимой физиотерапевтом или хиропрактиком, вы можете подумать, что одни или несколько позвонков вернулись на место. На самом деле все у вас было на месте с самого начала. Кости позвоноч­ника соединены с помощью дисков и небольших суставов. Эти кости могут двигаться относительно друг друга — точно так же, как кости рук и ног. Однако при этом они остаются крепко соединенными друг с другом, причем соединенными в строгом порядке. Подобно рукам и ногам, спина обладает огромной гиб­костью, однако все ее движущиеся части сохраняют определен­ную правильную позицию. Если после того, как ваша спина хрустнула, вы ощутили боль или, напротив, облегчение, причи­ны этих явлений кроются в другом.

«У меня болит спина. Как вы думаете, это артрит?»

Может быть. Но это не объясняет причину болей. Первый слог слова «артрит» образован от греческого слова, обозначаю­щего сустав. Суффикс «ит» означает воспаление, то есть состо­яние, но не какое-то определенное заболевание. Воспаление яв­ляется реакцией организма на различные воздействия — от химического раздражения до физической травмы. Оно выража­ется в высвобождении ряда веществ, в том числе лейкоцитов, задача которых — лечение и быстрое восстановление первона­чального состояния. Всякий раз, называя какую-то часть тела или орган и добавляя суффикс «ит», вы указываете на наличие данного процесса. Тонзиллит, нефрит, аппендицит — вот при­меры местных воспалительных процессов. Таким образом, арт­рит — это попросту воспаление какого-то сустава.

Предположим, вы заметили, что у меня воспаленные, как говорится, налитые кровью глаза (правильней будет назвать это конъюнктивитом). Вы, видимо, сразу поймете, что это опреде­ленное состояние, но не заболевание само по себе, и можете даже спросить, является ли это состояние следствием несчаст­ного случая либо какой-то болезни или, быть может, свидетель­ством того, что вчера я здорово перебрал. Точно так же практи­чески любой сустав в моем организме может воспалиться или «налиться кровью». Может воспалиться сустав большого пальца ноги, потому что я споткнулся, гуляя босиком по каменистому берегу. То же самое состояние возникает в суставах позво­ночника в результате несчастного случая, заболевания или — это бывает чаще всего — в результате самой обыкновенной изношенности суставов. Где бы ни находился воспаленный сус­тав, такое его состояние будет правильно назвать артритом.

Пациенты часто сообщают мне, что их боль вызвана «артри­том». Для них артрит является заболеванием, причем таким, которое склонно перекидываться на другие суставы, и не толь­ко позвоночные. Для большинства людей слово «артрит» — то есть некое состояние — синонимично выражению «ревматоид­ный артрит», обозначающему конкретное заболевание. Заболе­вание это здесь ни при чем. Боли в спине, вызванные обычным изнашиванием мелких суставов позвоночника, поражают около 30% всего взрослого населения и вовсе не являются заболева­нием.

Теперь, когда мы разобрались со значением слов, вы пони­маете, почему пациенты, полагающие, что у них «спинной арт­рит», испытывают облегчение, когда я сообщаю им, что на са­мом деле у них воспаление мелких суставов позвоночника. Ра­зумеется, это совершенно одно и то же, но звучит гораздо менее угрожающе.

Осознав, что артрит является состоянием, вызываемым раз­личными причинами, вы понимаете, что нет и единого сред­ства, помогающего при любом случае. И что еще более важно, вы начинаете сознавать, что артрит — это слово, которого не стоит бояться. А как состояние, он серьезен не более, чем нали­тые кровью глаза и опухший палец ноги.

"Я не решаюсь работать в саду (играть в теннис, заниматься сексом) из страха повредить спину».

Нужно сказать, я сочувствую людям, испытывающим подоб­ное опасение. Однако им следует понять, что существует огром­ная разница между болью и вредом. Уход за тюльпанами может вызвать боль в спине, но не принесет ей никакого вреда. Как мы уже убедились, спина способна вынести огромные нагрузки, совершенно не пострадав при этом. Часто вы ощущаете боль только от того, что используете мышцы каким-то непривычным для вас образом или нагружаете их сверх обычной для вас нор­мы. Для того, чтобы прочувствовать этот принцип, возьмите какую-нибудь тяжелую книгу и держите ее на ладони вытяну­той руки. Через несколько минут мышцы вашей руки начнут «жаловаться», а позже боль усилится. Тем не менее руку вы таким упражнением никак не повредите. В самом худшем слу­чае некоторое время у вас будут ныть мышцы. Ну и что? Всем нам приходилось ощущать боль в мышцах после покраски по­толка, после хорошей работы на грядках или после поездки верхом на лошади, в особенности если вы делали это впервые. Не получив никаких ушибов или других травм, мы можем ис­пытывать боль во время мышечных нагрузок, спустя некоторое время после них или первое и второе вместе.

То же самое можно отнести и к спине, даже если она до­ставляла неприятности в прошлом. Никакие обычные дей­ствия, например, удар теннисной ракеткой, замах клюшкой для гольфа или подстригание травы на лужайке, не принесут вреда вашей спине. А вот боль они могут вызвать. Вполне возможно, что это будет не просто мышечная боль, а острая пронзительная боль, вызываемая давлением на диски или сус­тавы позвоночника. Однако вреда она не принесет. И только вы сами должны решать, стоят ли действия, которые доставля­ют вам удовольствие, той боли, которой приходится за них расплачиваться.

Всякий раз, когда вы решаете испытать боль взамен получе­ния каких-либо приятных ощущений, вы совершаете сделку. О сделках мы поговорим несколько позже. А пока начинайте привыкать к мысли о том, что даже действия, вызывающие ос­трую боль, не вредят вашей спине.

«Я не припоминаю, чтобы когда-нибудь травмировал свою спину, но, вероятно, это произошло, а иначе с чего бы ей болеть, верно?»

Неверно. Многие люди с удивлением обнаруживают, что почти две трети приступов болей в спине начинаются без види­мых причин. При определенных обстоятельствах, например при заполнении бланка страховой компенсации, нужно указывать конкретную причину. Но это вовсе не значит, что такая причи­на существует. А в тех случаях, когда травма спины действи­тельно имеет место, боли возникают почти сразу же после слу­чившегося. Помните, что ваша спина не уникальна и в ней происходит то же самое, что и в остальных частях организма. Ни один разумный человек не способен себе представить, что, сломав ногу или вывихнув локоть, он может длительное время не сознавать этого. Однако многие люди готовы поверить в то, что можно серьезно травмировать спину и даже не подозревать об этом.

Вот такая мистика окутывает человеческую спину. Подобно другим популярным мифам, миф о спине игнорирует самую распространенную причину болей в спине: обычное изнашива­ние органа, являющееся неотъемлемой частью процесса жизни и старения.

«Это старая детская травма, но до самого последнего времени она не беспокоила меня».

Не так давно ко мне обратилась двадцативосьмилетняя жен­щина с жалобами на боли в спине. Она уже сама установила причину своих неприятностей. В возрасте пяти лет она упала с крыльца и ударилась спиной. Я спросил ее, насколько часто беспокоила ее спина за двадцать три года, которые прошли с момента инцидента. Она ответила: «До последней недели — ни разу».

Эта теория детской травмы не имеет под собой никаких ме­дицинских оснований, однако я могу понять, почему люди с такой готовностью верят в нее. Если у вас появилась боль в спине, естественно предположить, что спина травмирована. Большинство людей пытаются в точности выяснить, где и ког­да. Им без труда удается выкопать воспоминания о каких-ни­будь подходящих к случаю инцидентах. С каждым из нас про­исходили в детстве крупные и мелкие несчастья, выглядевшие в свое время, может быть и не без оснований, весьма серьезными: падение с велосипеда или с крыши гаража; прыжок в слишком мелкий плавательный бассейн; лобовое столкновение на игро­вом поле. Если какая-то старая травма время от времени беспо­коит вас в течение многих лет, тогда она и в самом деле может иметь какое-то отношение к возникшей в последнее время боли. Однако не существует таких вещей, как серьезная костная или суставная травма, которая дремлет годами, а затем вдруг не­ожиданно вспыхивает. Вам может казаться, что именно это слу­чилось с вашей спиной, но в действительности нынешняя боль должна иметь какую-то иную причину.

«Должно быть, это и впрямь серьезно: боль просто невыносима».

Вот еще один факт, в который людям трудно поверить: су­ществует очень мало общего между реальной тяжестью пробле­мы и уровнем боли, которую она вызывает. Ряд серьезных не­домоганий сопровождается всего лишь слабой болью. И напро­тив, вы можете чувствовать пронзительную боль из-за кратковременного расстройства, не угрожающего вашему здо­ровью. Хорошим примером может служить состояние, назы­ваемое спастической кривошеей. Кривошея — это форма мы­шечных спазмов, вызывающая резкую стреляющую боль при малейшем движении головы. Однако никакого вреда она не приносит, обычно исчезает через несколько дней и может более никогда не вернуться.

«То, что у меня боли в спине, — это само по себе плохо, но я боюсь, что они распространятся по всему телу и в конце концов меня парализует».

Это было бы ужасной перспективой, если бы она была реальной. Возможно, вы относитесь к тем людям, которые представляют, будто ваша спинная проблема является каким-то зловещим заболеванием, постепенно расползающимся по всей спине, а затем переходящим на руки и ноги. К счастью, боли в спине не имеют с этим ничего общего. Часто боль в спине отдается в ноги. Однако сама причина боли почти на­верняка находится в небольшой части позвоночника, воз­можно, в диске или в одном из маленьких суставов. Вероятнее всего, это чисто механическое явление, сравнимое с изнаши­ванием или повреждением какой-то части двигателя. Такое изнашивание мешает нормальному функционированию спины и выражается в виде боли. Часть дополнительной нагрузки переносится на соседние диски и суставы, однако механи­ческая неисправность не распространяется подобно заразной болезни. Напротив, при правильном уходе и применении уп­ражнений изношенная часть может восстановиться, а боль — исчезнуть.

На самом деле ваши перспективы более благоприятны, чем вам кажется. По статистике, в пожилом возрасте боли в спине становятся менее частыми. Я нередко сравниваю позвоночник пациента с машиной, чтобы проиллюстрировать то. каким образом износ частей может нарушить нормальное функционирование. Однако в отличие от старого автомобиля ваша спина обладает способностью к самовосстановлению, и это, в общем-то, и происходит с большинством людей, которые испытывают боли в спине в зрелые годы. Чаще всего механические боли в спине отмечаются в 40 с небольшим лет, хотя проблемы могут начаться еще в юности. Боли эти, как правило, эпизодически появляются на протяжении всей жизни, учащаясь в среднем возрасте. У женщин, похоже, есть второй пиковый период в возрасте под 60 лет. Однако и у мужчин и у женщин частота приступов падает с возрастом. Если вам удастся прожить достаточно долго, то вы переживете свою боль в спине. Конечно, нельзя полностью гарантировать, что вы окажетесь в числе тех, у кого наступит естественное улучшение, но статистика определенно на вашей стороне. Кстати, боли в спине являются серьезной экономической и социальной проблемой именно потому, что чаще всего они поражают людей в наиболее продуктивном возрасте, а не тех, кто ушел на пенсию или в отставку.

Естественный процесс исцеления занимает долгие годы и сопровождается уменьшением подвижности суставов и поте­рей роста. Конечно, в 70 лет уже нет той гибкости спины, которая свойственна подросткам. Зато, как правило, к этому возрасту боли в спине исчезают и она остается достаточно крепкой и подвижной, чтобы обеспечить все нужды даже са­мого активного престарелого гражданина. Я вспоминаю двух посетителей моих курсов, мать и дочь. Дочери было за 60 лет, а ее матери — 85. Дочь пришла на курсы из-за болей в спине, а мать составила ей компанию. «В ее возрасте меня тоже беспокоила спина, — пояснила мать, — но теперь все прошло».

«Мне всего тридцать шесть лет, а дела со спиной настолько плохи, что к шестидесяти годам я наверняка стану развалиной».

Я не утверждаю, что старым людям незнакомы боли в спине. Некоторые из них продолжают страдать. Однако таких мень­шинство, и боли их редко бывают вызваны механическими по­вреждениями, о которых я говорю на протяжении всей этой книги. У престарелых людей боли в спине чаще всего связаны с сужением позвоночного канала, через который проходит спинной мозг, или с такими состояниями, как остеопороз — ослабление костей из-за потери их нормальной структуры, что делает позвоночник более подверженным переломам. (Эта и другие более редкие причины болей в спине рассматриваются в главе 5.)

«Мой муж говорит, что я просто выдумываю эту боль, и я начинаю задумываться: может быть, он прав?»

Всякая боль реальна. Если вы чувствуете боль, значит, боль есть. Вы не «выдумали всю эту чепуху». В то же время спра­ведливо и то, что ваши эмоции способны стать причиной до­полнительного беспокойства и даже вызвать приступ боли. Пе­режив однажды боль в спине, невозможно никак не реагировать на нее эмоционально. Сам факт того, что вы боитесь этих бо­лей, может сделать их более интенсивными, чем при отсутствии этого страха.

Кроме того, ваши эмоции могут стать причиной приступа болей благодаря своему влиянию на общий тонус тела. Все мы знаем, что определенные эмоции вызывают напряжение мышц всего тела. Такое происходит со всеми, независимо от того, есть у нас проблемы со спиной или нет. В моменты стресса наши мышцы напрягаются, и в особенности это относится к мышцам шеи и спины. Неудивительно, что вас так расстраивает вполне реальная боль в шее. Если диски или суставы вашего позвоночника изношены, мышечное напряжение, вызываемое отрицательными эмоциями, оказывает дополнительное давление на изношенные места, делая боль еще более интенсивной.

Каким бы образом ни были связаны ваши эмоции с болями в спине, неправильно и нечестно утверждать, будто «все это — только выдумки».

«У меня всегда болит спина до тех пор, пока я не найду себе подходящий матрац (кресло в офисе, автомобильное сиденье)».

В отличие от большинства неправильных утверждений, кото­рые я слышал от своих пациентов, вышеприведенное утвержде­ние появляется после того, как человек кое-что узнает об уходе за спиной, например, о наилучших позициях для сна, сидения, стояния. Давно сказано, что полузнание опасно; я, однако, об­наружил, что у пациентов с больной спиной полузнание выгля­дит глупо или скучно.

Один из моих пациентов — мужчина, который носится с проблемой автомобильного сиденья. Мы пытаемся разобраться с этим вместе. Какой установить наклон сиденья: 5 градусов или только 3? Я стараюсь втолковать ему, что он сам должен установить сиденье так, как ему удобно. Но ему этого недоста­точно: он все время настаивает на том, чтобы я выдал ему точную цифру. Что же, я говорю ему, что сиденье нужно устано­вить под углом в 6,5 или в 14 градусов — в зависимости от того, какое у меня в это утро настроение.

Мистер Сиденье постоянно покупает и продает автомобили в соответствии с его меняющимися представлениями о комфорта­бельном сиденьи. Независимо от того, какая модель выбрана, он подкладывает под зад несколько журналов. Он уверен в том, что я как специалист должен знать, на каком журнале ему бу­дет удобней — на «Тайм» или на «Плейбое». У этого человека явно навязчивое состояние, но я не могу сказать ему, что вся проблема является плодом его больного воображения. Вместо этого я позволяю ему продолжать в том же духе. Если он объявляет, что на этой неделе оптимальным был восьмиградус­ный наклон и три экземпляра «Спорте иллюстрейтед» под за­дом, я говорю: «Вы попали в точку».

Да и с чего бы мне спорить? Обозрев новейшую литературу в этой области, смею вас уверить, что медицинская наука еще не справилась с проблемой идеального автомобильного сиденья, идеального офисного кресла или идеального матраца. Некоторые кресла и матрацы получше других, но то, что прекрасно подходит одному, может оказаться неудобным для другого. В любом случае менее важно то, на чем вы сидите или лежите, чем то, каким образом вы сидите или лежите. Надеюсь, в один прекрасный день мне удастся довести это до сознания мистера Сиденье.

«Если проблемы с моей спиной и в самом деле серьезны, мне, видимо, предстоит хирургическая операция».

Почти всем своим пациентам я объясняю две важные вещи, касающиеся хирургии. Во-первых, только менее 2% людей с болями в спине могут как-то выиграть от хирургической опера­ции; 98 из 100 — включая и тяжелые случаи — больше выиг­рают от какой-нибудь комбинации физиотерапии, лекарств, уп­ражнений и правильных повседневных движений, то есть заня­тия правильных позиций в положении стоя, сидя, лежа и так далее.

Во-вторых, хирургия не является магическим решением всех проблем. Хирургия — это крайняя мера механического исправ­ления местного механического повреждения. Если данная про­блема локализована в одной конкретной точке, если она пра­вильно диагностирована и не поддается иным методам лечения (все эти три момента существенно важны) — вот тогда, воз­можно, хирургическая операция разрешит вашу проблему. Од­нако если боль локализована более чем в одной точке позвоноч­ника или если ее причина не конструктивна по своей природе, ни один хирург не сможет помочь вам, даже проведя искусную операцию. Он не может вырезать боль. Хирургическим путем можно скорректировать или улучшить только некое сугубо фи­зическое состояние.

Разговаривая с пациентом, который и в самом деле нуждает­ся в хирургической операции, я всегда подчеркиваю два других момента, непосредственно вытекающих из сказанного выше. Во-первых, независимо от успеха операции ваша спина больше никогда не будет нормальной, поскольку хирургия создает шра­мы, которых нет у нормального организма. Во-вторых, даже самая успешная хирургическая операция является лишь одним из нескольких шагов, необходимых для того, чтобы справиться с болезнью. Если вы готовитесь к операции, то должны быть

«Возможно, и у других людей есть проблемы со спиной, но моя — уникальна».

Все мы кажемся себе необыкновенными. Обыкновенные не­домогания — для обыкновенных людей. Наше «я» приятно те­шит мысль о том, что всякое наше недомогание является редко­стью в анналах медицины. Не подчеркивая это впрямую, боль­шинство моих пациентов полагают, что если уж довелось заболеть, то, черт побери, лучше болеть чем-нибудь необыч­ным, драматичным.

Мне наглядно продемонстрировала этот феномен группа лю­дей, с которыми я вел занятия, — 25 человек с болями в спине. На тот момент эти люди уже знали, что три наиболее распро­страненные причины болей в спине — это деформация диска, износ мелкого сустава и ущемление нерва. Кроме того, они зна­ли, что из этих трех причин наименее распространенной явля­ется ущемление нерва, на которое приходится около 10% всех случаев болей. Я попросил членов группы сообщить мне, какая из этих трех причин лежит, по их мнению, в основе их болез­ненного состояния.

Попробуйте поставить себя на их место. Можете ли вы рас­считывать на сочувствие, если заявите на ближайшей вечерин­ке: «Мой врач говорит, что у меня поизносился суставчик»? Вы, наверное, уже представляете, как от вас отводят скучающие взоры. А теперь попробуйте по-другому: «У вас когда-нибудь защемляло нерв в позвоночнике? Так вот, у меня...» Это дей­ствительно настоящая медицинская драма. Даже ее описание доставляет болезненное удовольствие.

Вы, наверное, уже угадали, как ответили на мой вопрос эти 25 человек. Даже зная низкую статистическую вероятность та­кой причины, все 25 мужчин и женщин, находившихся в ком­

готовы и к тому, чтобы совершенно изменить образ жизни, ре­гулярно делать упражнения, выработать у себя новый тип осан­ки, который поможет вам поддерживать спину в хорошем со­стоянии и не испытывать боль.

Ваши функциональные возможности могут вновь стать нор­мальными, а вот спина таковой не станет.

нате, решили, что у них защемлен нерв. Никто не желал согла­шаться на изношенность сустава или диска. Боль их была слишком ужасна, а нетрудоспособность слишком ярко выраже­на для того, чтобы их вызвало что-то меньшее, чем ущемление нерва. Я-то знал правду. Все они были моими пациентами, всех я исследовал, и ни у одного из них не было ущемления нерва; Они попросту выбрали причину, казавшуюся им наиболее эф­фектной.

«Я обращался к пяти врачам, и ни один ю них не говорил мне того, что говорите сейчас вы».

Может быть, и так. Но часто врачи, разъясняя пациентам их проблемы, не удосуживаются сделать это достаточно доходчи­во. У некоторых врачей просто нет времени для подробных разъяснений. Другие не умеют выражать свои мысли без ис­пользования медицинского лексикона, непонятного для пациен­тов. И даже если врач дает подробные объяснения на доступ­ном языке, пациент в это время может быть слишком ошелом­лен или напуган для того, чтобы воспринять и усвоить информацию.

Я не утверждаю, что являюсь гением в области общения с пациентами. Но я постоянно работаю в этом направлении. Я стараюсь, чтобы мои пациенты усвоили все необходимые им знания о своих спинах, что там повреждено и что нужно де­лать, чтобы исправить положение. Однако зачастую оказывает­ся, что пациенты слишком расстроены для того, чтобы правиль­но воспринять мои слова.

Это и является одной из причин, по которым я считаю, что моя книга полезна. Значительная часть информации, содержа­щейся в ней, может оказаться для вас отнюдь не новой, однако вы сможете взглянуть на нее по-новому хотя бы потому, что у вас есть возможность усваивать ее не спеша, и относиться к ней более спокойно, чем в тех случаях, когда вы непосредственно беседуете с врачом. Даже если вам встретятся вещи, о которых вы знали раньше, чтение книги укрепит ваши знания, углубит ваше понимание проблемы в целом.

Надеюсь, что по мере прочтения следующих глав вы будете усваивать и методики, рекомендуемые мной для профилактики распространенных видов боли в спине. Я надеюсь, что вы обре­тете уверенность в себе и способность справляться с теми при­ступами, которые не удастся предотвратить. Желаю вам полу­чить удовлетворение от заключаемых сделок, по условиям кото­рых вы согласны терпеть некоторую боль в обмен на удовольствие заниматься любимым делом, которого вы до сих пор избегали.

А самое главное, я надеюсь, что информация, содержащаяся в данной книге, поможет искоренить всяческие страхи, которые вы испытываете перед болями в спине и их причинами. Дело в том, что, избавившись от этих страхов, вы в значительной сте­пени избавитесь и от самой боли.

Глава • 2

«Страшилка», «пинг-понг» и другие развлечения

Каким образом люди, страдающие болями в спине, умудря­ются собрать так много вредной информации?

Я могу представить себе множество способов. Они слушают старушечью болтовню. Они ставят сами себе неправильные диаг­нозы и обмениваются этими ошибочными догадками с другими. Они неправильно интерпретируют содержание прочитанных ста­тей. А в некоторых случаях, как это ни печально, они цитируют своих собственных врачей, и подобные цитаты становятся источ­никами неправильных суждений и необоснованных страхов.

В этом содержится двойная ирония. Во-первых, предполага­ется, что врачи владеют надежной медицинской информацией и способны давать полезные советы. Во-вторых, мало кто из па­циентов так нуждается в ясной и точной информации (общего характера и конкретной), как те, кто страдает от болей в спине.

Тем не менее существуют семейные врачи и даже специали­сты, безответственно употребляющие выражения типа «смеще­ние диска», хотя сами знают правду. Кроме того, есть врачи, уклоняющиеся от честных разговоров со своими пациентами и вместо этого прибегающие к уверткам, недоговоренностям и непонятному жаргону.

Почему же некоторые врачи ведут себя подобным образом? Я уверен, что во многих случаях они поступают так совер­шенно неумышленно, просто потому, что менее чувствительны или менее способны к межличностному общению, чем следо­вало бы быть. В других, случаях они, по-видимому, затевают своеобразную игру, поскольку начинают ощущать неприятную неуверенность в себе, встречаясь с пациентами и их проблема­ми. Часто переживаемое ими чувство дискомфорта можно заме­тить невооруженным глазом. Однажды на вечеринке я познако­мился с мужчиной, который заявил, что получает огромное удо­вольствие, таская жену, страдающую болями в спине, по врачам. Он пояснил, что ненавидит всех медиков и любит «глядеть, как какой-нибудь докторишка потеет».

Многим семейным докторам становится неуютно в присут­ствии пациента с болью в спине, поскольку диагностировать такие боли трудно, а лечить их — дело утомительное. В то же время для некоторых специалистов эта задача представляется скучной. Для хирурга, чей энтузиазм вызывает работа в опера­ционной, пациенты с болями в спине — это хронические жа­лобщики, состояние которых не взывает ни к его уму, ни к его блестящим хирургическим способностям. Проблему, связанную со спиной, нельзя диагностировать с той же точностью, как, скажем, перелом запястья. Методы лечения спины, вернее всего, будут не хирургическими. Для улучшения состояния пациента необходимо вести постоянное наблюдение и менять назначения. О полном излечении не может идти и речи. То есть, в общем и целом, врач, который посвятил себя исключительно хирургии, рассматривает лечение спины как занятие неблагородное и неблагодарное.

Хотя я и не разделяю этих взглядов, но отношусь к ним с пониманием и сочувствием. Иное дело — последствия таких взглядов, которые иногда наносят пациентам серьезный вред, причем без всякой нужды. Особенно заметен подобный эффект у пациентов, посещавших обычную медицинскую клинику или частных врачей общей практики.

Если вам когда-нибудь доводилось жаловаться врачу на боли в спине, то вы можете опознать себя в роли пациента, участ­вующего в одной или нескольких из нижеприведенных игр.

«Говорим по-докторски»

В своей частной жизни я, как и большинство моих пациен­тов, говорю по-английски. В профессиональном общении с коллегами я пользуюсь медицинским жаргоном, то есть говорю по-докторски. Как и всякий другой жаргон, жаргон медицинский имеет свою область применения. Однако эта область примене­ния не должна распространяться на отношения врач - пациент, как это происходит в данном случае:

Пациент: Доктор, у меня что-то не в порядке с шеей. Доктор (осматривая): У вас цервикальный спондилёз. Пациент (вздрагивая): О Господи!

Что же на самом деле сказал доктор? Он воспользовался тер­мином «цервикальный спондилёз». Если бы у пациента был толковый словарь врачебного жаргона, он мог бы выяснить, что «цервикальный» переводится как «шейный», «спондил» переводится как «позвоночник», а суффикс «оз» означает заболевание или, в более широком смысле, какие-то неполадки. То есть выражение «цервикальный спондилёз» означает, что с шейным отделом вашего позвоночника что-то неладно.

Если вышеприведенный обмен фразами перевести на обыч­ный язык, диалог примет вот такую невероятную форму:

Пациент: Доктор, у меня что-то не в порядке с шеей. Доктор (осматривая): У вас что-то не в порядке с шеей. Пациент (вздрагивая): О Господи!

Как вы себе представляете, в подобную игру может играть любой врач, разыгрывая любую часть тела. К примеру:

Пациент: Доктор, взгляните на эту сыпь.

Доктор: О, да это дерматит!

Пациент: А я-то думал, что у меня просто сыпь!

Как видите, докторский язык обладает властью над дилетан­тами, делая самый заурядный диагноз медицински точным, тор­жественно звучащим и пугающим. Вообще-то этот жаргон вра­чи используют для других целей. Они обучаются докторскому жаргону еще на студенческой скамье, поскольку без знания это­го языка невозможно заниматься медициной. Ко времени полу­чения диплома они владеют словарным запасом примерно в пятьдесят тысяч докторских слов. Язык этот для них бесценен. Он точен. Он однозначен. Он понятен для членов медицинского сообщества всего земного шара.

Некоторые врачи разговаривают с пациентами на докторском языке для того, чтобы замаскировать свою неуверенность в ди­агнозе, но я уверен, что все неприятности начинаются, как правило, в тот момент, когда врач забывает о том, что его пациенты знают лишь несколько слов этого языка — что-нибудь вроде стетоскопа или перитонита. Не собираясь кого-либо оше­ломлять или пугать, он может по ошибке перейти на чистейший докторский язык, пользуясь выражениями, известными только медикам. По иронии судьбы, именно в этот момент он старает­ся рассеять страхи пациента, заявив, например, что это «всего лишь контузия». Если пациент не знает, что контузия — это попросту ушиб, вряд ди такой диагноз его приободрит.

Игра в разговор по-докторски особенно плохо подходит для пациента с больной спиной, поскольку успех лечения зависит от понимания пациентом причин боли и методов ее снятия, а также от понимания того, что боли не следует бояться. Если врач использует непонятный для вас термин, попросите его сде­лать перевод и не давайте запугать себя этими хитроумными словечками.

Но даже нормальный человеческий язык, используемый без должной осмотрительности, может напугать пациента, в чем нас убеждает следующая игра.

«Страшилка»

За столетие существования киноиндустрии создатели фильмов ужасов убедились в том, что аудиторию легче всего напугать неизвестным. Все мы испытываем жуткий страх, когда Нечто находится еще по ту сторону двери. Всем нам доводилось видеть фильмы ужасов, в которых появление монстра разочаровывало, поскольку его невидимое присутствие ощущалось как гораздо более пугающее.

Основной принцип прост: ничто сказанное или показанное не пугает нас так, как плоды нашего собственного воображения. Игра, которую я называю «Страшилкой», основана именно на этом принципе, который используется врачами совсем неумыш­ленно — когда они говорят не то, что имеют в виду, или когда их слова звучат как намек на нечто большее, чем существует на самом деле. Так или иначе, в этой игре обычно присутствуют четыре элемента, причем только первый из них — высказывание доктора — произносится вслух. Остальные элементы — это то, что Страшилка нашептывает пациенту, что доктор имел в виду на самом деле и что нужно было услышать в этот момент пациенту для того, чтобы получить нужную информацию и обрести уверенность в себе.

В кабинете терапевта игра может выглядеть так:

Врач говорит:

— Я не знаю, что вызывает эту вашу боль. Страшилка шепчет:

— Иными словами, у тебя таинственное заболевание, воз­можно, даже рак!

Врач имел в виду:

— Я способен распознать обычную боль в спине, но в вашем случае не могу указать точную причину или источник этой боли.

Пациенту нужно было услышать:

— Пока я не могу выявить точный источник боли, но в данный момент это и неважно. Первым делом нужно начать с легких упражнений на растяжку, которые, возможно, снимут боли.

В кабинете хирурга игра в «Страшилку» может разворачи­ваться следующим образом:

Врач говорит:

— Боюсь, я не смогу помочь вам. Страшилка шепчет:

— Он говорит, что твой случай безнадежен! Врач имел в виду:

— Я хирург, а вам операция не нужна. Пациенту нужно было услышать:

— Операция вам не нужна. Я понимаю, что вам очень боль­но и нужно что-то делать, однако лечение заключается в уходе за спиной и упражнениях, а никак не в операции.

У некоторых хирургов есть нехорошая привычка отказывать­ся от пациентов, которые не нуждаются в операции, а в случаях болей в спине таких пациентов большинство. Я знаю хирурга, который любит говорить своим пациентам: «Я врач, который режет, а не разговаривает». По-моему, это выглядит полным отказом от общения врача с пациентом. Правда, этот хирург хотя бы дает пациентам возможность понять их положение. В отличие от него врачи, играющие в «Страшилку», создают беспочвенные страхи, благоприятствующие появлению нездоро­вого отношения к болям в спине.

«Ни гуту!»

Это один из вариантов «Страшилки». В данной версии игры врач, игнорируя вопросы пациента, не произносит вслух слова, содержащие важную информацию.

Пациент спрашивает:

— Доктор, с моей спиной что-нибудь серьезное? Доктор, изучая рентгенограмму, отвечает:

— Вы когда-нибудь падали? Страшилка нашептывает:

— Он что-то знает! Он просто тянет, не зная, как преподне­сти дурные новости!

Доктор имел в виду:

— Я так не думаю, но мы в общем-то только что начали осмотр. Рентгенограмма выглядит любопытно, и мне хотелось бы получить еще кое-какую информацию.

Пациенту нужно было услышать:

— Нет никаких причин предполагать что-либо серьезное. Вам известно, что подавляющее большинство людей в какой-то период жизни испытывает различные боли в спине?

«Двойной диагноз»

В эту игру могут играть два и более врачей. Игроки делают ходы поочередно, исследуя одного и того же пациента. Все игро­ки должны прийти к одному и тому же заключению (диагнозу), однако каждый должен изложить его в своих собственных тер­минах. Цель игры: вызвать у пациента максимальное замеша­тельство. В простейшей форме «Двойной удар» разыгрывается следующим образом:

Пациент:

— Что у меня со спиной, доктор Смит? Доктор Смит:

— У вас спондилит.

2—1938

Тот же пациент (месяцем позже):

— Так что же у меня со спиной, доктор Джонс? Доктор Джонс:

— У вас спинальный остеоартроз.

Доктор Смит и доктор Джонс не оспаривают друг друга. Доктор Смит утверждает, что у пациента воспалены позвоноч­ные суставы. Доктор Джонс заявляет, что. с одним или несколь­кими суставами позвоночника пациента что-то не в порядке. Единственная разница состоит в том, что фраза доктора Джон­са звучит чуточку более впечатляюще и потому может обойтись пациенту на несколько долларов дороже.

При всем при том можно сказать, что этому пациенту повез­ло, поскольку в игре принимало участие всего два врача. Я знал женщину с переломом лодыжки, которую втянули в игру под названием «Четвертной диагноз». Она поочередно посетила че­тырех врачей, и все они были согласны друг с другом. Слож­ность состояла в том, что они не объяснили этого своей пациен­тке. От первого доктора она узнала, что у нее спиральный пере­лом. Второй доктор сообщил, что у нее косой перелом большой берцовой кости. Третий доктор назвал это наклонным переломом со смещением. А четвертый окрестил его переломом Потта.

Никаких противоречий здесь нет. Спиральный, косой, на­клонный — все эти термины обозначают направление перело­ма. Потт был первым, кто описал перелом такого типа. Эти четыре врача попросту изложили одну и ту же проблему в раз­ных терминах или взглянули на нее с чуточку разных точек зрения — явление нередкое в медицине.

Некоторые пациенты сами провоцируют замешательство, ко­торое вызывает «Двойной диагноз». Существуют люди, сделав­шие посещения врачей своим хобби, обходящие специалистов одного за другим в поисках «настоящего» диагноза и физиче­ского источника их боли, которая на самом деле вовсе не физи­ческого происхождения.

«Хрустальный шар»

Я знаю врачей, которые предупреждают своих пациентов: «Без операции вы можете оказаться прикованными к инвалид­ному креслу или...» Далее они предсказывают прочие мрачные последствия, такие, как пожизненные страдания от боли, или пожизненную нетрудоспособность, или и то и другое.

Врач, делающий подобные предсказания, играет в игру, ко­торую я называю «Хрустальный шар». С моей точки зрения, эта игра нечестная и опасная. Опасность для репутации врача очевидна. Все мы слышали истории о людях, которым говори­ли: «Вы никогда больше не встанете на ноги» и которые теперь, через несколько лет, разгуливают как ни в чем не бывало и поплевывают на своих врачей. Особенно опасно играть в «Хру­стальный шар» с пациентами с больной спиной, поскольку в их случае почти всегда лучше обходиться без каких-либо ради­кальных средств.

Почему же доктор решается делать такие предсказания? Обычно, поступая так, он пытается склонить пациента к приня­тию тех методов лечения, которые считает нужными в данных обстоятельствах. Но даже если подобное предсказание дает же­лаемый результат, само использование такого вида тактики можно рассматривать как нечестное давление на пациента. Вся­кий взрослый пациент имеет право услышать полное и правди­вое описание любого метода лечения, узнать о риске, связанном с ним, и о возможных последствиях — и все это до того, как он примет решение подвергнуться данному лечению. Возможно, доктор делал столь печальные прогнозы относительно вашего будущего с целью внушить вам, что если вы не согласитесь на такой-то метод лечения, то последствия вашего отказа будут весьма неприятными. Если так, то я посоветовал бы обратиться за советом к еще одному специалисту. Ни один добросовестный врач не будет против этого возражать.

Доводилось мне знавать и врачей, которые играли в «Хру­стальный шар» не ради того, чтобы уговорить пациента на операцию, а для того, чтобы избавиться от него. В этом вари­анте игры врач намекает на то, что операция, в общем-то, является единственным подходящим средством, но тут же на­чинает живо рисовать картины возможных ужасных осложне­ний. Это загоняет пациента в тупик: он не готов пойти на риск операции, но без нее не может надеяться на улучшение своего состояния. Дойдя до этой точки, пациент начинает ис­кать помощи у кого-то другого, что, собственно говоря, от него и требовалось. Но представьте себе, как трудно будет потом уговорить этого пациента на операцию, если она ока­жется действительно необходимой.

«Нельзя!»

Эту игру можно назвать также «Ах ты, беспомощный кале­ка!». Она основана на предположении, что с момента появле­ния болей в спине пациенту следует выбросить белый флаг (но сделать это очень осторожно). Больше никаких удовольствий. Настало время заучить наизусть длиннющий список «нельзя» и при этом помнить: игнорирование любого из этих запретов су­лит вам опасность!

Один из моих знакомых врачей вручает своим пациентам такой список запретов, что мне всегда вспоминается знаменитая жалоба Александра Вулкота по поводу того, что все, что ему нравится, является незаконным или аморальным либо ведет к ожирению. Библия содержит всего десять заповедей для всего человечества, а вот моему коллеге необходимо в два раза боль­ше запретов для того, чтобы контролировать поведение своих пациентов. И это только основной список, поскольку существу­ют отдельные инструкции по работе с пылесосом, по уборке пола, приготовлению пищи, стирке, подъему по лестнице и рас­стиланию постели.

Некоторые из его правил настолько непрактичны, что просто смехотворны: «Ни к чему не тянуться», «Не поднимать более 5 кг», «Не утомляться»... Как можно придерживаться таких пра­вил и продолжать жить сравнительно нормальной жизнью? Пациенты действительно нуждаются в руководстве, но, по-мое­му, лучше никаких правил, чем слишком много правил. Чело­век, который сталкивается с нелепым требованием «ни к чему не тянуться», скорее всего, не станет обращать внимания даже на более разумные рекомендации из этого же списка.

Я получил урок насчет таких заповедей еще до того, как решил посвятить себя профессии медика. Будучи подростком, я имел кое-какие неприятности с носовой полостью и по настоя­нию родителей отправился к врачу. Тот заявил, что единствен­ный способ облегчить мое состояние состоит в том, чтобы избе­гать ситуаций, где можно вспотеть: никаких интенсивных фи­зических нагрузок, никаких горячих душей, никаких влажных раздевалок. К этому времени я только-только вошел в школьную сборную по футболу, и тут доктор объявляет мне: «Не веди себя как человек, играющий в футбол». Вы можете себе представить подростка, который последует такому совету толь­ко ради того, чтобы хорошенько просморкаться? Вряд ли. Я попросту проигнорировал сказанное и позаботился о том, чтобы родители не узнали о советах врача. Кстати, сейчас у меня с носом все в порядке.

Зачем же врачи дают такие нереальные советы? Очевидно, некоторые из них наивно верят в то, что пациенты оставят свои привычки и откажутся от удовольствий лишь ради того, чтобы почувствовать себя немножко лучше. На самом деле пациенты склонны к этому не больше, чем я был склонен к тому, чтобы бросить футбол. В других случаях, а тем более когда дело свя­зано со спиной, врачи создают списки запретов только потому, что не способны придумать чего-нибудь более эффективного. Но что самое худшее, некоторые врачи используют такие запре­ты в качестве «запасного аэродрома». В конце концов, если список запретов достаточно длинный, а запреты достаточно строги, рано или поздно они будут нарушены. И если после этого у пациента начнутся боли, как вы думаете, кто будет в этом виноват? Ясное дело, не врач.

«Санта-Клаус»

Ну что может быть плохого в игре в Санта-Клауса? Если речь идет о болях в спине, то плохого можно ожидать и здесь. По условиям игры врач предлагает вам на выбор какие угодно способы лечения болей в спине. Вам ничего не нужно делать. Просто лежите, а обо всем остальном позаботится кто-нибудь другой. Сами виды лечения обычно довольно приятны: таблет­ки, дающие чувство расслабления или приятное головокруже­ние; массаж или другие виды манипуляций, с помощью кото­рых разрабатываются закрепощенные мышцы; тепло, снимаю­щее болезненное напряжение; вытяжка, снимающая спазм. Конечно, эти меры дают только временное облегчение и боль вскоре вернется, но это не страшно, поскольку Санта-Клаус явится опять и принесет новые подарки. Через некоторое время вы попадаете в такую зависимость от этого веселого старого волшебника, что избавиться от боли каким-либо иным образом становится невозможно.

Возникновение подобной зависимости представляет собой серьезную проблему при лечении болей в спине. Нравится вам это или нет (а большинству людей это не нравится), но един­ственным долгосрочным решением проблемы является воспита­ние у больного чувства ответственности за себя и выработка у него умения самостоятельно справляться с болями. Естественно, для этого больному нужна помощь, но она должна осуществ­ляться в форме наблюдений и советов — по образцу отношений тренера со спортсменом. Если вы не готовы взять на себя ак­тивную роль и свою долю ответственности, ни на какое проч­ное улучшение рассчитывать нельзя.

Так зачем же ваш врач или физиотерапевт затевают эту игру? Дело зачастую заключается в стремлении управлять. Всегда приятно сознавать, что ты кому-то нужен; а если медик к тому же начинает верить в то, что он обладает некими выдаю­щимися способностями и уникальными талантами, недоступными пациенту, — тут-то и начинается игра в Санта-Клауса.

Пациенту очень легко принять пассивную роль, а врачу очень легко навязать такую роль пациенту. Представьте, насколько сложнее уговорить пациента ступить на трудный путь постоянных занятий и изменения образа жизни. Такое отнимает гораздо больше времени, требует больше убедительности, боль­ших усилий и может не увенчаться успехом. В случае ситуации выбора ясно, почему многие пациенты и врачи соглашаются поиграть в Санта-Клауса.

«Пинг-понг»

Самая популярная игра в нашем списке — это «пинг-понг», и с ней, вероятно, знаком каждый читатель, который в течение последнего полугода обращался к врачу по поводу спины. «Пинг-понг» мы описываем здесь более детально, чем осталь­ные игры, поскольку его продолжительность и бесконечные ва­рианты диагностики и методов лечения, собственно говоря, и составляют суть игры. Хорошая партия в «пинг-понг» может длиться месяцами и даже годами.

Играть может любое количество самых разных врачей, при­чем чем больше игроков, тем более разрушительным бывает ход игры. Цель игры — перепасовывать пациента в разные стороны максимальное количество раз до тех пор, пока он не осознает что выполняет роль шарика для пинг-понга.

В приведенном ниже примере розыгрыша участвуют: семей­ный врач (который при первой подаче получает помощь от кого-то из коллег), физиотерапевт, хирург-ортопед и психиатр. Роль шарика выполняет Чарли, квалифицированный бухгалтер 47 лет.

Читателей, являющихся поклонниками этой игры, просим обратить особое внимание на мастерство ортопеда, который, как только шарик попадает на его сторону, успевает разыграть одну за другой от пяти до семи игр, описанных выше. Действительно, возможность ввести в «пинг-понг» ряд других игр низшего порядка многие игроки считают одной из наиболее при­влекательных его особенностей.

Обратите внимание и на то, что в «пинг-понге» предпочита­ют использовать дневник, а не карточки подсчета очков. В пер­вых абзацах я ввожу указания на то, в какие моменты вернее всего раздается звук «пинг» или «понг». Начиная с дня 23, пре­доставляю вам самостоятельно воображать звуковое оформле­ние, я же буду отмечать сугубо важные тактические ходы.

День I. В субботу, копаясь в саду, Чарли внезапно ощущает боль в спине. Работать он больше не в состоянии, поэтому смотрит телевизор и пораньше укладывается в постель. Игра в «пинг-понг» готова начаться.

День 2. Чарли с трудом вылезает из постели. Боль в спине нестерпимая. Он звонит своему семейному врачу, но выясняется, что тот уехал на уик-энд. Справочная служба рекомендует ему (пинг) доктора Уайта. Делая резкую крученую подачу, Уайт выписывает какой-то рецепт. Таблетки, которые должны подействовать как болеутоляющие, действуют на Чарли как рвотное.

День 3. Чарли встречается со своим семейным врачом доктором Брауном. Без всякого труда отбив шарик, Браун выписывает другой рецепт (понг): лекарство то же самое, но под другим наименованием. Зато от этих таблеток Чарли не тошнит.

День 18. Несмотря на кратковременные периоды облегчения, вызванные приемом таблеток, Чарли вновь вынужден обратиться к доктору Брауну (пинг). Браун резаным ударом перебрасывает его к физиотерапевту (понг).

День 23. Физиотерапевт миссис Грин прикладывает горячий компресс и делает массаж (игра «Санта-Клаус»).

Дни 23—27. За эти две недели Чарли шесть раз рикошетом перебрасывают между домом и кабинетом миссис Грин. Во вре­мя процедур он чувствует себя хорошо, но за время поездки домой боль возвращается с прежней силой.

День 38. Признав, что горячие компрессы и массаж не при­носят результата (удар с касанием сетки), миссис Грин убежда­ет Чарли попробовать ультразвук (оборонительная позиция), безболезненно вводящий тепло в позвоночник.

Дни 38—52. Поездки домой после каждого из четырех сеансов ультразвуковой терапии остаются для Чарли убийствен­ными.

День 55. Чарли возвращается в кабинет доктора Брауна (сме­на подачи). Огорченный непрекращающимися болями Чарли, Браун отбивает его в рентгеновский кабинет.

День 56. Браун озадачен: рентгенограмма у Чарли нормаль­ная, а спина все равно болит. Что же это такое? Он звонит Чарли (финт), рекомендует дальнейшие исследования (удар за­крытой ракеткой) и щелчком отправляет его к хирургу-ортопеду.

День 121. Идет семнадцатая неделя игры. Прождав два месяца в очереди на прием к хирургу-ортопеду доктору Грею, Чарли проходит торопливый осмотр и еще быстрее выслушивает свой приговор. Грей искусно вписывает в основную игру пять других игр, начиная хорошо заученной фразой: «У вас односторонний спондилёз («Говорим по-докторски»). Боюсь, что я ничего не смогу для вас сделать («Страшилка»)». Игнорируя вопросы Чар­ли («Ни гугу!»), Грей вручает ему трехстраничный список запре­тов («Нельзя!») и живописует, что именно произойдет, если Чар­ли нарушит их («Хрустальный шар»). Грей не разыгрывает «Двойной диагноз» только потому, что состояние Чарли до сих пор остается недиагностированным. «Смиритесь с тем, что при­дется жить с этой болью», — сообщает он Чарли и рекомендует через пару недель посоветоваться с доктором Брауном.

День 133. Сейчас очередь подавать доктору Брауну, но он не может выдумать никакой новой стратегии. Позабыв, какое лечение Чарли уже получал, он рекомендует таблетки, горячие компрессы, массаж, ультразвук... Впервые за все это время Чарли начинает отчетливо слышать звуки, сопровождающие игру: «пинг-понг, пинг-понг». Он было вспыхивает, но тут же оста­навливает себя. От него что-то скрывают! Он уже видит себя прикованным к креслу паралитиком. Ошеломленный и рассерженный, он вылетает из кабинета доктора Брауна.

День 134. Чарли звонит доктору Брауну, приносит свои извинения и просит выписать таблетки. Всю ночь он не мог сомкнуть глаз. Браун деликатно намекает на то, что проблема может быть связана с нервами. Сам не уверенный в собственной умственной полноценности, Чарли не сопротивляется, когда Браун отсылает его к психиатру (мощный удар открытой ракеткой).

Дни 168—318. За пять месяцев ежедневных сеансов у доктора Блэка Чарли ретроспективно прослеживает развитие своей психики вплоть до первых детских дней. Обогатившись этими зна­ниями, Блэк делает весьма примечательное заключение: «С головой у вас все в порядке. Беда у вас со спиной. Что вам нужно, так это хороший хирург-ортопед или хотя бы тщательный осмотр семейного врача. Когда у вас все уладится со спиной, возможно, потребуется и какая-то психотерапия. Тогда заходите ко мне снова».

С этого момента Чарли без всякого напряжения слышит, как отдельные удары сливаются в непрерывную череду щелчков.

День 332. Грей вновь осматривает Чарли и заявляет, что со­стояние его не изменилось: «Как я уже говорил, я для вас ниче­го не могу сделать» (пинг).

День 339. Браун слышал, что в Миннесоте синтезировали какое-то новое лекарство: «Но, к сожалению, побочные эффек­ты...» (понг).

День 353. Грей, только что возвратившийся с международно­го медицинского симпозиума, обогатился знаниями о новой хирургической методике: «Никаких гарантий, конечно, нет, но что нам еще остается? И что вам, собственно, терять?» (пинг).

День 364. Браун вспоминает, что в Аризоне есть какой-то курорт с горячими водами: «Конечно, это довольно дорого, но я знавал пациентов, которые...» (понг).

День 366. В первую годовщину своего приступа Чарли про­листывает телефонный справочник и находит то, что искал: раздел «Хиропрактики». Потом ему в голову внезапно приходит другая мысль: ведь на работе Фрэнк рассказывал про специали­ста по акупунктуре, который...

Первая партия Чарли в «Пинг-понг» закончилась. Но вскоре он начнет следующую — по собственной инициативе.

Трагедия заключается в том, что лечение, в котором так нуждается Чарли, несложно, недорого и неопасно. После полу­чения нужной информации он добился бы максимального эф­фекта, начав лечить себя самостоятельно. Все, что случилось с его спиной, — это некоторая ее изношенность за 47 лет жизни. Боль его вполне реальна, и психиатр был прав: с головой у Чарли все в порядке, если не считать чувства тревожности, воз­никающего из-за боли в спине — и из-за игры в «Пинг-понг».

Лечение, которое получал Чарли, — таблетки, горячие ком­прессы, массаж, ультразвук, — было не то чтобы совершенно бесполезным, но давало в лучшем случае кратковременное об­легчение. Что же касается мер долгосрочного плана (какая-то новая хирургическая технология, курорт, хиропрактик, акупунк­тура, даже чудо-лекарство) — все эти средства могли бы ока­заться полезными, но Чарли вполне обошелся бы и без них, если бы на третий день игры ему разъяснили, в чем он на самом деле нуждается.

А нуждался он в ясном понимании того, что произошло с его спиной, и в уверениях в том, что это состояние не является каким-то необычным или опасным.

Он нуждался в частых периодах отдыха, причем в позициях, быстро облегчающих боль.

Он нуждался в том, чтобы ему показали несколько простых безболезненных упражнений, занимающих по нескольку минут в день.

Он нуждался в том, чтобы ему объяснили, как выработать новые привычки — способы сидеть, стоять, лежать, поднимать груз, сводящие к минимуму напряжение в спине.

Он нуждался в понимании того, что больную спину не лечат — ее учатся контролировать.

Все это звучит слишком простенько и недраматично для того, чтобы быть правдой. Но это сущая правда, и тысячи людей убедились в этом.

Ну вот, я уже слышу, как вы говорите, что здесь есть какой-то подвох. Действительно, подвох здесь есть. Хотя все эти не­сложные меры могли бы сотворить чудо для Чарли и для боль­шинства других людей, которых беспокоит спина, но проводить их в жизнь невозможно, если вы не понимаете, в чем именно заключается проблема с вашей спиной.

Теперь, когда мы развеяли наиболее распространенные мифы, разоблачили игры в «Страшилку» и в «Пинг-понг», а также другие развлечения, способные увести вас в сторону усилий по поиску эффективных методов лечения, — теперь вы готовы к тому, чтобы начать узнавать то, что действительно нужно знать.

Глава • 3

Безболезненный курс анатомии

Я уже опроверг утверждение, будто ваша спина является ка­кой-то загадочной, вводящей в недоумение частью тела. Мы очень много знаем о позвоночнике, и чем больше мы узнаем, тем больше нас изумляет его воистину чудесное устройство.

Это положение легло в основу веселого сценария, который является частью видеосерии, созданной Канадским институтом спины для просвещения пациентов. Сам сценарий строится на забавной посылке: группе инженеров поручают спроектировать человеческую спину, которую они до этого ни разу не видели. Все, что они знают, это то, что для поддержки человеческого тела необходимо иметь нечто вроде строительных лесов. Чего же проще? Они проектируют жесткое вертикальное устройство, напоминающее флагшток.

«Извините, — говорит заказчик, — но это не подойдет. Нам нужна гораздо более гибкая спина».

Инженеры выбрасывают чертеж и проектируют некий шта­бель из костей, напоминающих кирпичики. Относительно друг друга они двигаются прекрасно, но все время куда-то выскаль­зывают. Проектировщикам приходит в голову идея связать их между собой гибкими структурами — так, как связывают рем­нями шесты вигвама.

«Минутку, — говорит клиент. — Я забыл сказать вам, что спина должна наклоняться во все стороны и вращаться, как подъемный кран на стройке». На этот раз инженеры мучаются неделями, добавляя в конструкцию блоки и тросы, создавая сложную систему взаимосвязанных суставов. Оказывается, что необходимы некоторые нововведения, в том числе встроенная система смазки для того, чтобы предотвратить слипание отдель­ных элементов и их стирание, а также установка ряда ограни­чителей, чтобы предотвратить саморазрушение системы при попытке развернуться на слишком большой угол.

Каждый раз, когда инженерам кажется, что они создали иде­альную конструкцию, всплывают какие-то новые требования. Конструкция должна удерживать значительный вес, действую­щий не только по направлению сверху вниз, но и влево-вправо. Первым вариантом является создание огромного уродливого противовеса, и это решение отвергается сразу. Проектировщики добавляют дополнительные мышцы и связки. Устройство долж­но выдерживать частые толчки и рывки в вертикальном на­правлении. Они прокладывают между костями амортизаторы, сделанные в форме дисков. Выясняется, что необходима встро­енная система внутренней связи. Они просверливают в центре конструкции дыру и сквозь нее протаскивают провода.

Их творение должно иметь грузоподъемность в 21 килограмм на квадратный сантиметр, однако весь организм, включая кон­струкцию спины, должен весить около 70 килограммов. Но это в среднем, а некоторые модели должны выпускаться весом ме­нее 45 килограммов. Инженеры без лишнего шума выбрасыва­ют эскизный проект трехтонного прототипа, даже не показывая его заказчику.

Когда выясняется, что модель в целом должна быть подвиж­ной, инженеры устанавливают свое устройство на роликах, од­нако оно все время раскачивается и опрокидывается. Они еще не успевают решить эту проблему, как клиент начинает мечта­тельно говорить о том, что неплохо было бы иметь «по крайней мере одну модель, которая могла бы пробегать милю за четыре минуты». Услышав это, проектировщики поднимают руки вверх и сдаются. Ясно, что ни одна конструкция на Земле не может сочетать все эти особенности.

Если вы примете во внимание требования, которые мы предъявляем нашим спинам при выполнении вполне заурядных действий, то не станете удивляться тому, что у стольких людей бывают неприятности со спинами. Скорее вы удивитесь тому, что еще не все жители планеты скрючились от боли в спине.

Пациенты всегда спрашивают: «Но почему я? Почему имен­но у меня заболела спина? Почему я не могу быть как все люди?»

А я всегда отвечаю: «Вы и есть как все люди. Боли в спине — нормальное явление. Ненормальны люди, у которых нет никаких проблем со спиной».

Я всегда спешу добавить, что это вовсе не основание для того, чтобы махнуть на себя рукой. Однако справедливо и то, что каждый, кто ведет обычный образ жизни и не страдает от болей в спине, принадлежит к привилегированному меньшин­ству. Исследуя статистику со своей точки зрения, я просчитал, что ежедневно около 11 миллионов человек в США и Канаде страдают от боли в спине.

Почему же люди так подвержены этим неприятностям? От­вет начнет вырисовываться, когда вы узнаете, как устроен ваш позвоночник, каким он подвержен напряжениям и какие изме­нения в нем происходят в процессе старения. Как бы замеча­тельно он ни был устроен, есть у него и потенциально слабые точки, и если вы хотите защитить их от повреждений, предот­вратив тем самым появление боли, важно знать эти слабые места и знать, почему они образуются.

Как известно, позвоночник состоит в основном из костей, называемых позвонками, между которыми находятся про­кладки, называемые дисками. От основания черепа до кончика копчика насчитывается 33 или 34 позвонка, разделяемых на пять секторов или отделов. Три верхних отдела, формирующих под­вижную часть позвоночника, содержат 24 позвонка. Два ниж­них отдела содержат 9 или 10 костей, объединенных в две срос­шиеся секции. В шейном отделе содержится 7 позвонков; в грудном отделе — 12 позвонков, иногда называемых реберны­ми, поскольку именно к ним прикрепляются ребра; 5 самых крупных позвонков расположены в поясничном отделе. Два не­подвижных отдела позвоночника — крестцовый и копчиковый. (Копчик по-латыни называется coccyx, что значит «кукушка», так как по виду он напоминает кукушечий клюв.) В период внутриутробного развития плода крестец состоит из 5 отдель­ных костей, однако к моменту рождения ребенка на свет они успевают срастись в сплошное образование. Поскольку крестец формирует заднюю часть таза, ему не нужна гибкость, при­сущая вышележащим отделам позвоночника. И наконец, коп­чик состоит из 4 или 5 костей. Многие бывают заинтригованы,

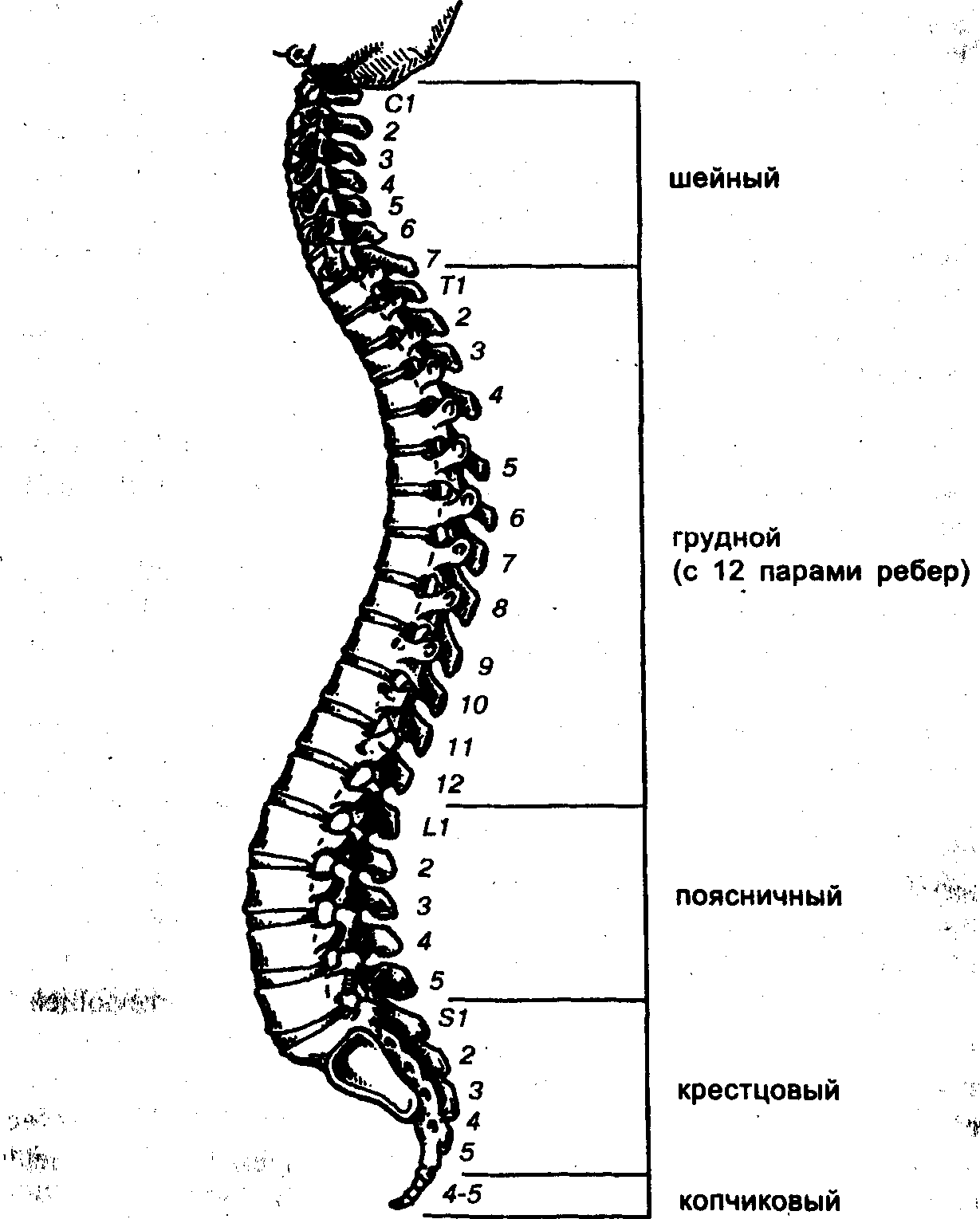


Рис. 1. Позвоночник (вид сбоку) и его 5 отделов. Наиболее изогнуты шейный и поясничный отделы. Они же доставляют наибольшее количество неприятностей.

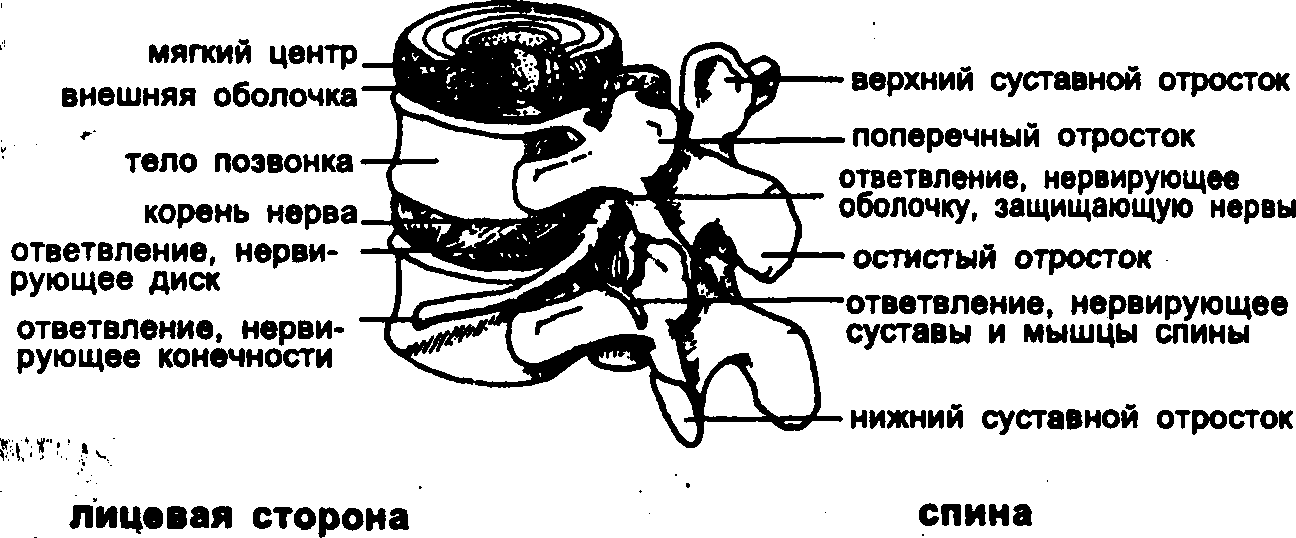


Рис. 2. Сегмент позвоночника состоит из двух позвонков и соединяющего их диска. Корешок нерва, выходящий из промежутка между двумя позвонками, иннервирует внешние оболочки нервных стволов, наружную треть диска, позвоночный сустав и мышцы спины. Верхний диск показан в разрезе, так что видно его ядро.

узнав о том, что количество косточек у разных людей неодина-ком. Копчик — это все, что мы унаследовали несколько мил­лионов лет назад от наших предков-обезьян. И если у вас отме­чается 5 копчиковых костей, вы, наверное, можете считать себя более близким родственником нашего древнего предка, чем те люди, у которых всего 4 косточки.

На протяжении всей этой книги мы будем рассматривать шейный и поясничный отделы позвоночника, изредка обраща­ясь к грудному, который доставляет гораздо меньше неприятно­стей, чем два других. Для наших нужд мы могли бы использо­вать только эти названия отделов, однако неплохо бы запом­нить и их латинские названия: cervical — шейный, thoracic — грудной, lumbar — поясничный. Дело в том, что в медицине принята система обозначения позвонков соответствующей ла­тинской буквой и цифрой. Позвонки отсчитываются сверху вниз, так что вслед за позвонком С7, то есть последним шейным, следует позвонок Т1 — первый грудной, и, соответственно, вслед за последним грудным позвонком, обозначаемым Т12, следуют позвонки поясничные — LI—L5.

Всякий диск и соответствующая пара суставов получают обо­значение от позвонков, расположенных выше и ниже их. Таким образом, диск, расположенный между третьим и четвертым пояс-

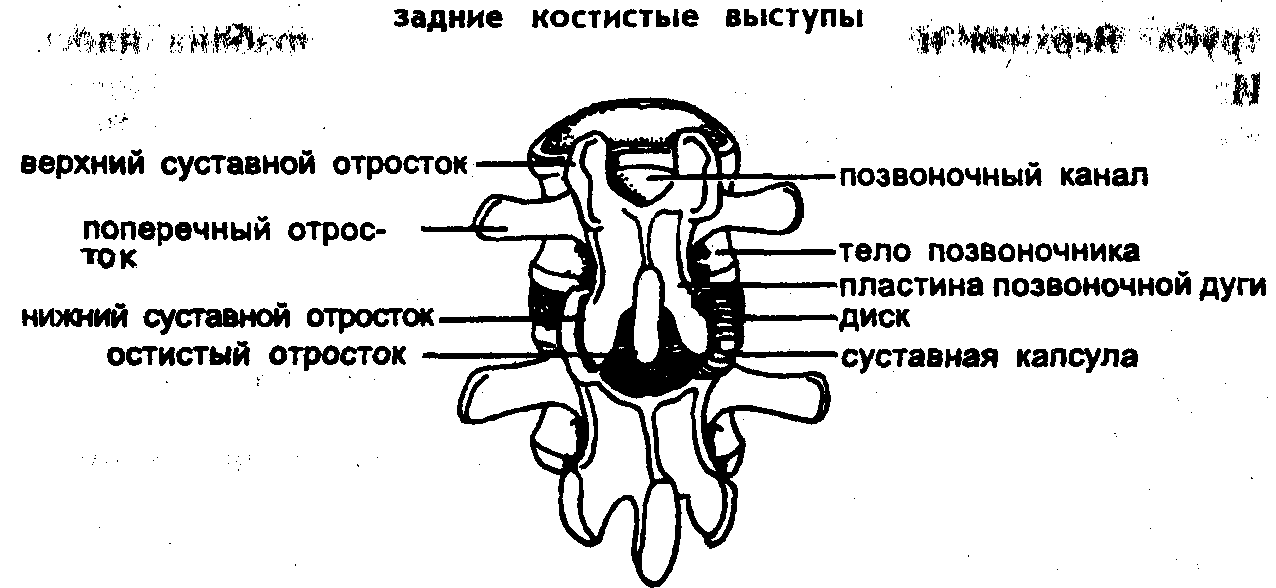


Рис. 3. Сзади позвоночник представляется костным щитом, прикрывающим содержимое позвоночного канала. Дополнительную прочность суставам при­дают прикрывающие их жесткие капсулы. Боковые отростки предназначены для прикрепления мышц.

ничными позвонками, обозначается L3—L4 или сокращенно L3— L4. Подобным же образом диск, расположенный между нижним грудным позвонком и верхним поясничным, называется диском Т12—L1, также как и соответствующие ему суставы. Самый ниж­ний диск позвоночника — это диск L5—S1, то есть диск, расположенный между самым нижним из пяти поясничных позвонков и самым верхним из объединенных крестцовых сегментов. Хотя в анатомии крестца прослеживается его происхождение от пяти отдельных костей, дисков в нем нет.

Вот, собственно, и все, что можно сказать по данному вопро­су. Если вам кажется, что ваш врач говорит «по-докторски», без всякой нужды используя латинские обозначения, помните, что, хотя они могут звучать загадочно, это всего лишь краткий и точный способ описания костей, дисков и нервов вашего по­звоночника. В противном случае вместо того, чтобы сказать: «Источник вашей боли на уровне L4», врачу пришлось бы гово­рить о 23-м позвонке, считая от самого верха, или о четвертом сверху позвонке поясничного отдела.

Теперь давайте подробнее рассмотрим позвоночник и выя­вим потенциально слабые места.

Каждый позвонок выглядит как небольшой сплющенный ба­рабан, к цилиндрической поверхности которого прикреплена труба. Верхняя и нижняя поверхности этого барабана плоские. Из стенок барабана торчит несколько странно выглядящих от­ростков. Три из отростков имеют форму лопаток со слегка за­остренными концами: два из них раскидываются в стороны, как крылья, а третий, с узловатым утолщением на конце, направлен прямо назад. Этот третий отросток и соответствующие ему от­ростки на других позвонках и являются теми самыми узловаты­ми костяшками, которые можно прощупать пальцами, пробе­жавшись вверх-вниз по позвоночнику, собственному или чужо­му. Это единственная часть позвоночника, которую можно прощупать снаружи. Хотя утолщенные кончики находятся, ка­залось бы, под самой кожей, на самом деле они довольно глу­боко спрятаны под ее поверхностью — примерно в 1 см у худо­го человека и в 5 см у человека тучного. А это значит, что от поверхности кожи до центра барабанообразной части позвонка еще дальше — примерно 7,5 см у человека с нормальным весом и 13-15 см у человека тучного. Это непременно нужно иметь в виду на тот случай, если кто-нибудь попытается убедить вас, будто позвоночник находится прямо под кожей и за него можно ухватиться и вертеть его как угодно.

Между барабанообразными секторами позвонков лежат дис­ки. Каждый диск крепко связан сверху и снизу с соседствую­щими позвонками, причем настолько крепко, что ни при каких условиях не может сдвинуться с места, вопреки распространен­ным представлениям. Более того, если по позвоночнику будет нанесен очень сильный удар (скажем, во время автомобильной аварии), то, скорее всего, разрушатся сами кости позвонков, но

ядро \_

оболочка — (конструкция радиальная волокнистая)

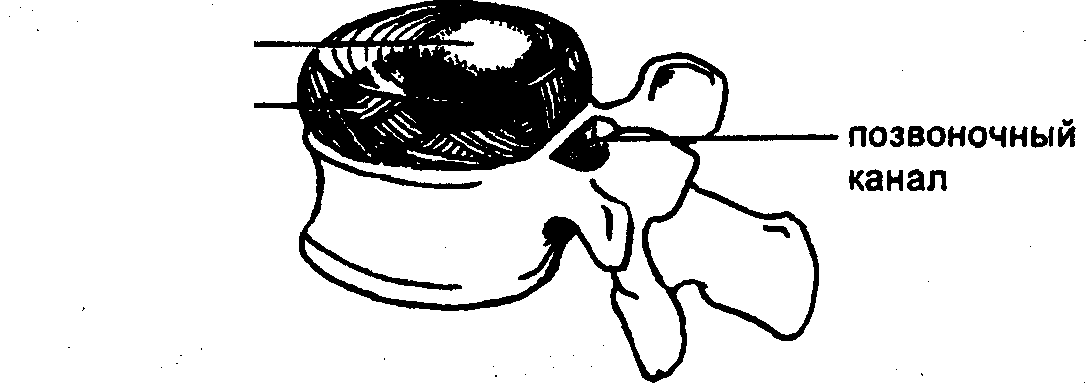


Рис. 4. Внешняя оболочка диска состоит из перекрещивающихся слоев плотных волокон. Его студенистое ядро действует как амортизатор. Верхняя и нижняя плоскости диска жестко крепятся к верхнему и нижнему позвонкам.

диски от них не отскочат. Разделяя и одновременно связывая позвонки, диски помогают удерживать вес вашей головы и верхней части тела, а также воспринимают дополнительные на­грузки, смягчают толчки или резкое надавливание в вертикаль­ном направлении.

Рассматривая диск, можно обнаружить, что у него есть плот­ная эластичная оболочка, состоящая из взаимоперекрещиваю-щихся слоев волокон, похожие на колесный бандаж. Можно даже подумать, что конструкторы современных автомобильных шин почерпнули идею их устройства, рассматривая диски по­звоночника. Заглянув внутрь диска, вы обнаружили бы в нем мягкое вещество желеобразной консистенции. Подобно желе, которое вы едите на десерт, это вещество тоже преимуществен­но состоит из воды.

Влага, содержащаяся в центральной части диска, которую называют ядром, медленно, но непрерывно обменивается. Хи­мические силы притягивают жидкость из окружающих тканей, а сила тяжести выдавливает ее наружу. Такие приливы и отли­вы доставляют в диски питательные вещества, необходимые для функционирования, и выносят продукты обмена веществ. Этому процессу помогают движения тела. Чем больше двигается спи­на, тем лучше питаются диски.

Поскольку именно вода обеспечивает амортизирующие свой­ства диска (как водяной матрац), вы можете представить, что происходит при высыхании диска. Потеря его амортизирующих свойств является одной из главных причин болей в спине.

У каждого позвонка есть две пары остистых частей, направ­ленных к задней части вашего тела. Одна пара вырастает из верхней части позвонка, а другая — из нижней. Нижние отро­стки отгибаются вниз, встречаясь с верхними отростками по­звонка, расположенного ниже. Там, где эти отростки встре­чаются, формируются суставы. Таким образом, каждый позво­нок соединен со своими соседями, образуя два длинных параллельных гребня из соединяющихся суставов по обе сторо­ны позвоночного хребта. Между этими соединяющимися суста­вами наружная стенка каждого позвонка, то есть часть стенки, наиболее близкая к коже спины, перекрывает свою нижнюю соседку, как перекрываются отдельные чешуйки у рыбы. Эти взаимоперекрывающиеся стенки, называемые пластинками по-

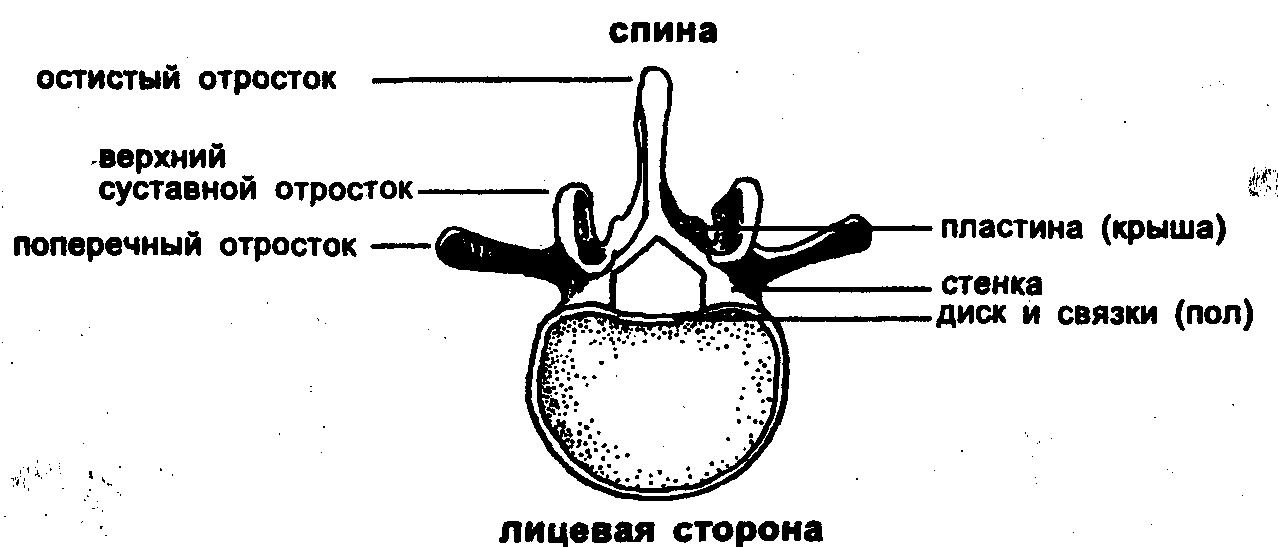


Рис. 5. Позвоночный канал своей пятиугольной формой напоминает домик. Полдомика образуют кость задней поверхности позвонка и прочная связка, покрывающая межпозвоночный диск. Дуги, формирующие межпозвоночные суставы, образуют крышу. К боковым отросткам крепятся мышцы.

звоночных дуг, вместе с суставами и ранее описанными остис­тыми отростками формируют костный щит, прикрывающий со­держимое позвоночного канала.

Отростки, формирующие суставы, покрыты сверху защит­ным слоем хряща — такого же блестящего белого хряща, кото­рый вы видите на суставах костей цыплячьих ножек. Это по­крытие невероятно гладкое, в сотни раз более гладкое, чем по­верхность движущихся частей в двигателе высокого класса. И оно самосмазывающееся. Движение и давление выдавливают с поверхности суставов скользкое маслянистое вещество. Суста­вы получают питание и удаляют продукты обмена веществ че­рез движение. Назначение хрящевого покрытия, конечно, состо­ит в том, чтобы обеспечить свободные, практически не затруд­няемые трением движения суставов, которые, кстати, примерно того же размера, что и суставы пальцев. Каждый сустав плотно упакован в прочную соединительно-тканную капсулу, не позво­ляющую суставу разойтись. Сустав настолько надежно закреп­лен внутри капсулы, что легче вывихнуть плечо, чем позвоноч­ный сустав.

В общем и целом система суставов исключительно эффек­тивна. Однако когда со временем гладкая поверхность суставов изнашивается и грубеет или когда суставы сжимаются под внешним давлением, кости начинают тереться друг о друга, и тогда возникают суставные боли.

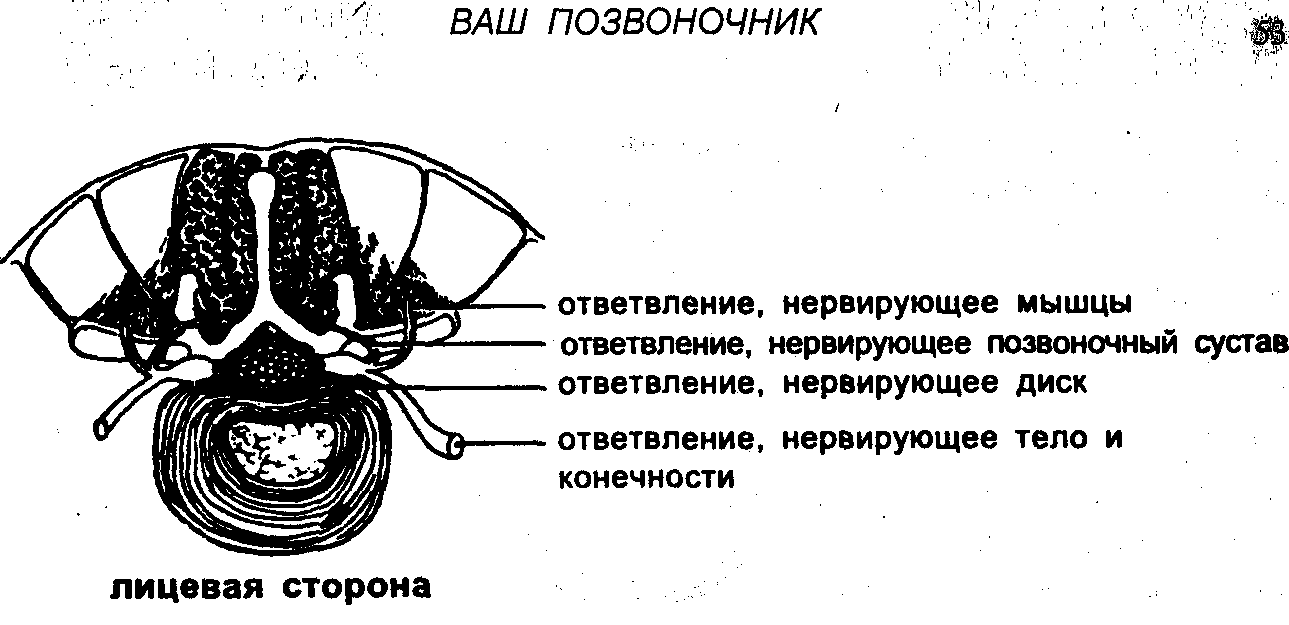


Рис. 6. Ответвления спинномозгового корешка идут к прочной оболочке, за­щищающей нервы, к наружным слоям диска, к суставам позвоночника, к мышцам спины. Покидая позвоночный канал, нервы на пути к нижним ко­нечностям должны пройти совсем рядом с задней поверхностью диска.

Давайте поближе присмотримся к трубообразному устрой­ству, проходящему сзади барабаноподобной части сустава, — к позвоночному каналу, в котором размещен спинной мозг. Боль­шинство людей полагает, что этот канал имеет круглое сечение, то есть похож на водопроводную трубу. На самом деле это тун­нель пятиугольного сечения, напоминающий контур домика, нарисованного детской рукой. Боковые его стороны, похожие на скаты крыши, образуют пластинки, помогающие формирова­нию того самого щита, который мы описывали выше. На рис. 5 все это отчетливо видно. Обратите внимание, как близко распо­ложен полдомика к барабану позвонка и к прилежащему диску: До тех пор, пока диск сохраняет форму, система функциониру­ет прекрасно; если форма перестает сохраняться, возникает еще один источник неприятностей.

Как вы, видимо, догадываетесь, мышцы тоже могут играть какую-то роль в проблемах, связанных со спиной. Однако в от­личие от того, что можно было бы предположить, на спине нет одной длинной мышцы, проходящей с самого верха до копчика. Большая часть мышц спины — это мышцы мелкие, работающие парами или тройками, связывающие по два или три позвонка. Единственная действительно крупная мышца спины — это та, которую так стремятся нарастить тяжелоатлеты. Называется она трапециевидной, и это название соответствует ее форме: в одной точке она прикрепляется у основания черепа, две другие точки расположены по краям лопаток, а четвертая — примерно посере­дине центральной оси спины.

Мышцы спины могут вызывать боль тремя разными способа­ми, но во всех трех случаях речь идет о спазме — судорожном сокращении мышц. Мышечные спазмы, случающиеся со спи­ной, — это, в сущности, те же самые знакомые судороги, кото­рыми иногда поражаются икроножные мышцы. В районе спины спазм может являться реакцией мышц на небольшую изношен­ность наружной оболочки диска. Спинные мышцы входят в состояние спазма и без видимой физической причины, как от­вет на эмоциональный стресс. Кроме того, мышцы, уже находя­щиеся в состоянии спазма, могут вызвать спазм других мышц, и тогда напряжение и боль распространяются по всей спине.

И, конечно, существует тесная связь между болями в спи­не и нервами, расположенными в позвоночнике и рядом с ним. В некоторых случаях сам нерв может быть источником болей, если его раздражает какая-то часть позвоночника, например, диск. Чаще же какой-нибудь нерв или несколько нервов служат попросту «телефонной линией» между нервными окончаниями и мозгом, передавая от первых сообщение о том, что такая-то часть тела подвергается давлению, сжатию, трению или раздра­жается каким-либо иным путем. Так что давайте взглянем на вашу нервную систему и рассмотрим более детально то, как она может влиять на проблемы вашей спины.

Если вы когда-нибудь заглядывали внутрь устаревшей марки телевизора и видели путаницу проводов, напоминающую спа­гетти (такое существовало до создания печатных схем), вы мо­жете приблизительно представить себе сложность нервов, свя­занных со спинным мозгом.

Вдоль всего позвоночного канала есть небольшие просветы между остистыми отростками соседних позвонков. Через эти просветы проходит пара нервов, отходящих вправо и влево от спинного мозга. Эти главные ветви или корешки нервов, как их часто называют, разветвляются на более мелкие нервы. Некото­рые из них нужны для обслуживания самого позвоночника, а другие идут к конечностям и иным частям тела.

Спинной мозг является продолжением головного мозга. Вы­ходит он из отверстия в основании черепа, а затем проходит вдоль всего позвоночного канала. В сечении он слегка меньше вашего мизинца и завернут снаружи в несколько тонких слоев мембраны. Спинной мозг кончается в верхней части пояснично­го отдела, под самыми ребрами. Оттуда и до самого таза канал наполнен лишь корешками нервов, уже вышедшими из спинно­го мозга, но еще не покинувшими позвоночник. Анатомам древ­ности этот пучок нервов казался похожим на конский хвост, и потому он получил соответствующее латинское название cauda equina.

Нервы, относящиеся к спине, разделяются на те же отделы, что и позвоночник, и получают аналогичное обозначение — С1, Т1 и так далее, но с одной оговоркой. Поскольку в шейном отделе имеется восемь нервов и всего семь позвонков, обозначение нервов заканчивается на цифре 8, а позвонков — на цифре 7.

Нервные корешки нижнего шейного отдела, соединяясь, фор­мируют крупные ветви, проходящие под ключицами и поступа­ющие в верхние конечности. Именно поэтому, если у вас какие-то неприятности с шейным отделом позвоночника, боли могут отдаваться в плечо или в руку. Схожим образом нервные ко­решки, выходящие из нижнего поясничного и верхнего крестцо­вого отделов, формируют проходящий по задней поверхности ноги седалищный нерв. Этим объясняются боли, отдающиеся в ноги и являющиеся результатом каких-либо неполадок в ниж­ней части спины.

Поскольку каждый корешок нерва выходит из позвоночного канала поблизости от диска, проходя сквозь узкий просвет, об­разуемый позвонками, расположенными сверху и снизу, и по­скольку размер этого просвета зависит от высоты диска, разде­ляющего данные позвонки, становится понятно, какие могут приключиться неприятности с нервом, если соответствующий диск выпятится в соответствующем месте.

Кроме обслуживания остального организма, центральная не­рвная система обеспечивает жизнедеятельность практически всех элементов спины посредством сети небольших ответвлений от каждого нервного корешка. Эта сеть охватывает наружную часть диска (не проникая в центр), все суставы позвоночника, мышцы, обеспечивающие «подвижность и гибкость спины, а также связки, объединяющие всю структуру в одно целое.

Хотя большинство людей считает спинной мозг чем-то вроде трубопровода между головным мозгом и остальным телом, на самом деле он выполняет ряд функций, приписываемых некогда сугубо головному мозгу. Когда врач проверяет ваш коленный рефлекс, постукивая по колену молоточком, импульсы, вызван­ные этим ударом, распространяются до спинного мозга, но не далее. Именно ваш спинной мозг реагирует на эти импульсы, отдавая соответствующий приказ мышце.

Реагируя на боль в спине, спинной мозг выполняет функцию посредника, обрабатывая сырую информацию, получаемую от нервных окончаний, и передавая ее в более сжатой форме в головной мозг.

Это система, которую можно сравнить с созданием обычной фотографии. В процессе съемки свет проходит сквозь линзы объектива, записывая изображение на пленку. В лаборатории пленку обрабатывает техник, который не знает, что на ней изо­бражено, да и не интересуется этим. Наконец фотография посту­пает к фотографу, который первым устанавливает идентичность любимой тетушки Тилли, улыбающейся нам с крылечка. В слу­чае с болями в спине последовательность событий такова: им­пульсы, поступившие от нервных окончаний, обрабатываются спинным мозгом (так сказать, в фотолаборатории), а уж голов­ной мозг опознает обработанные сообщения как сигнал о боли.

Всякая система связи имеет свои ограничения, и в данной системе спинной мозг не может выяснить, какое из первичных и вторичных нервных ответвлений принесло данное сообщение в главную нервную ветвь. Это одна из причин того, что врач испытывает затруднения с определением места, вызывающего проблемы, поскольку вы не можете точно сказать, где именно ощущается боль. Возможно, вам приходится признаться: «Не знаю, отдает ли она от икры, из-под колена или с задней части бедра». Когда такое случается, это значит, что вы переживаете явление, которое врачи называют иррадиирующей болью.

Есть и другие причины, по которым вам бывает трудно опре­делить источник боли. К примеру, большая трапециевидная мышца в верхней части спины способна перехватывать болевые ощущения из нижней части спины и передавать их в верхнюю часть шеи. Мышцы спины могут также создавать районы вто­ричных болей, реагируя на раздражения, вызванные, скажем, позвоночным суставом. Когда раздражение сустава переводится спинным мозгом в боль, находящиеся по соседству с этим районом мышцы могут отреагировать сокращением. Это защитная реакция, цель которой — обездвижить район раздражения, предотвратив таким образом его дальнейшее распространение. Однако реакция может оказаться столь острой, что вызовет боль сама по себе. Вы можете не опознать это состояние как мышечную судорогу или спазм и решите, что ваша спина «от­ключилась». И если вы разбираетесь в проблемах спины не луч­ше, чем большинство остальных людей, то, возможно, не пове­рите мне, когда я сообщу вам, что источником всех этих неприятностей является всего лишь один небольшой, но чув­ствительный позвоночный суставчик, размером не больше сус­тава большого пальца руки.

Вот каким образом слабая боль в мелком суставе поясничного отдела может подвергнуться многократному усилению:

1. Боль, вызванная обычным старением тканей, возникает в небольшом суставе.

2. Этот начальный болевой импульс передается в главный нерв, а затем — в спинной мозг, где преобразуется в сигнал, свидетельствующий о боли.

3. Данный импульс проходит по нерву, который — так уж случилось — следует далее в ногу. Теперь вдобавок к ощуще­нию боли в спине вы чувствуете и боль в ноге.

4. Мышцы в пораженном месте реагируют, спазматически сокращаясь. Теперь к первым двум видам боли присоединяется и мышечная боль.

5. Поскольку действие разворачивается на одной стороне тела, на которой сокращаются мышцы, ваш позвоночник неестественно искривляется в эту сторону.

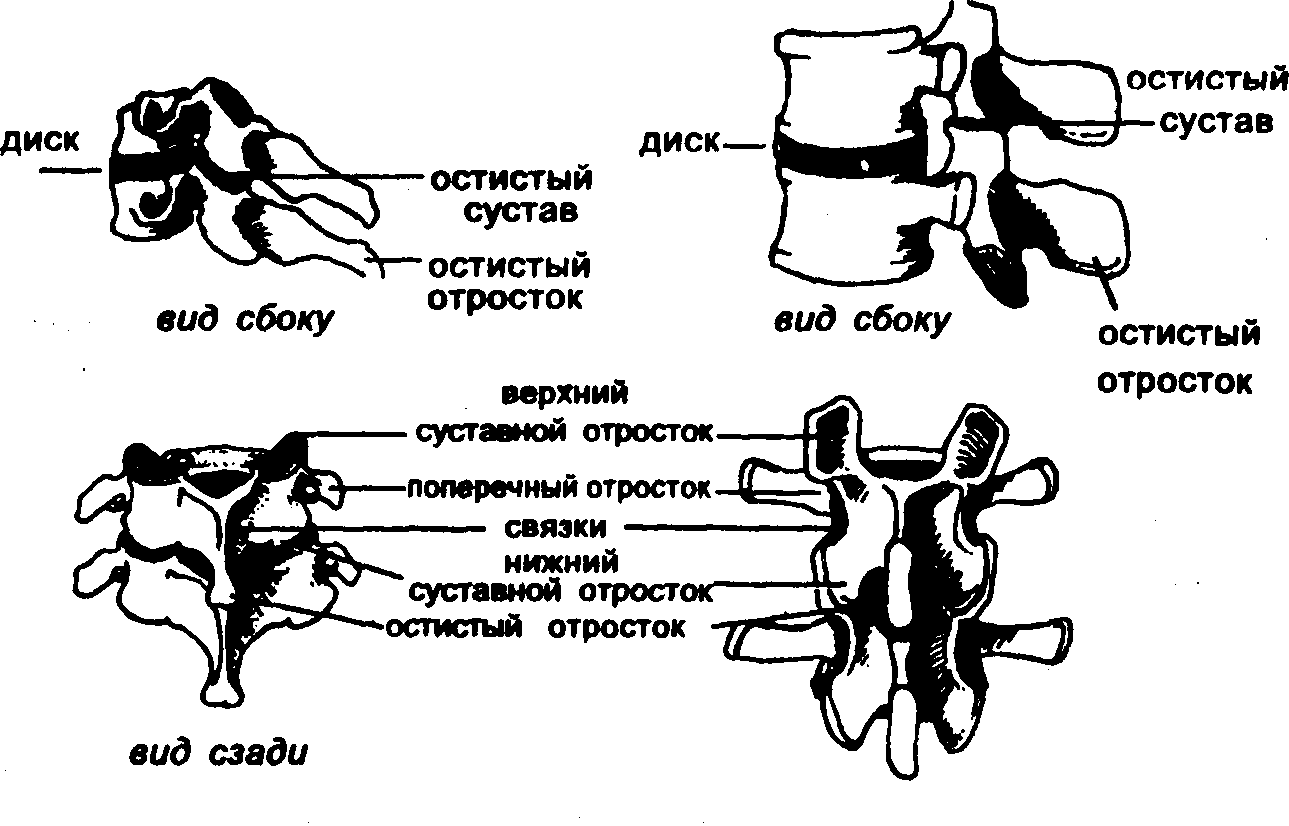
6. Другие мышцы реагируют на случившееся спазматическим сокращением. Вот теперь вы практически не можете пошеве­литься.

Короче говоря, мелкая неприятность в небольшом суставе вызывает боль в спине, боль в ноге, мышечные боли в различ­ных местах спины и потерю возможности двигать одной, а воз­можно, и обеими сторонами тела. Неудивительно, что вашего врача могут ждать сложности с диагностированием. Неудиви­тельна и ваша убежденность в том, что у вас не простое раздра­жение сустава, а нечто гораздо более серьезное. И разве непо­нятно, почему столь многие люди бывают не на шутку напуганы состоянием, источник которого сам по себе не является по­стоянным и тем более серьезным?

Вы можете спросить, относится ли сказанное мной о нижнем отделе спины к шейному ее отделу. В принципе ответ на этот вопрос положительный. В то же время есть различия, связан­ные со сравнительной подвижностью этих отделов и вашей спо­собностью оценивать, что именно происходит в данной части спины.

Шея создана более подвижной, чем нижние отделы спины, и, очевидно, более подвержена неприятностям, проистекающим из взаимного движения позвонков. А поскольку шейный отдел позвоночника расположен ближе к поверхности и слабее защищен слоями жира и мышц, вы всегда более чувствительны к тому, что происходит в этом районе. Конечно, позвоночник и здесь находится на приличном расстоянии от кожи.

шейный позвонок поясничный позвонок



вид сзади

Рис. 7. Сравнительный вид позвонков шейного и поясничного отделов в двух проекциях. Более крупные поясничные позвонки должны выдерживать боль­ший вес, в то время как шейные позвонки должны обеспечивать свободное движение головы. Позвоночные суставы шейного отдела более подвижны, но менее устойчивы по сравнению с суставами поясничного отдела.

Обычно люди очень удивляются, узнав, что расстояние от кожи затылка до центра позвоночного диска примерно равня­ется расстоянию от поверхности кожи горла до центра этого же диска. Ваша шея с готовностью издает хрустящие звуки, обычно сопровождающие нормальные движения всех позво­ночных суставов, но вы будете слышать эти звуки более от­четливо, поскольку данные суставы покрыты более тонким слоем тканей, чем суставы нижней части спины, и к тому же расположены ближе к вашим ушам.

Боли в шее могут вводить в заблуждение точно так же, как боли в пояснице. Если боль в пояснице отдается в ягодицы и ноги, то боль в шее распространяется в плечи и руки. Люди с болями в пояснице считают, что боль возникает в бедрах или ягодицах, а люди с болями в шее зачастую убеждены, что вся проблема заключается в плечах.

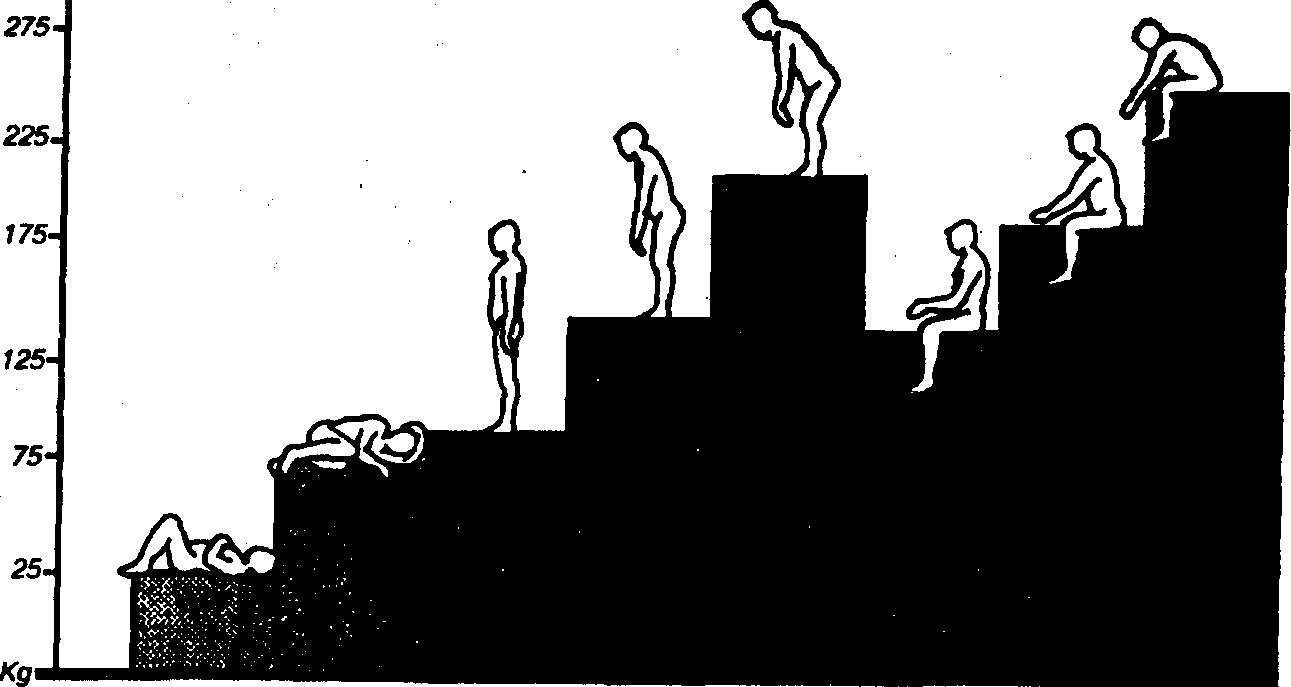
Я обычно проверяю этот эффект наводки, проводя простой тест с человеком, жалующимся на боль в плечах: я прошу его положить ладонь на самое болезненное место. Если человек кладет ладонь поверх плеча, следует подозревать боли шейного отдела. Если рука ложится на боковую поверхность плеча, воз­можно, неприятности заключены в самом плечевом суставе. Этот тест нельзя назвать непогрешимым, но в качестве одного из первых шагов диагностики он прост и достаточно надежен.

Хорошие новости заключаются в том, что боль в шее поло­жительно реагирует на мягкие растягивающие упражнения и улучшение осанки — не хуже, чем боль в нижней части спины. Плохие новости состоят в том, что боль в шейном отделе склон­на быстро возникать вновь, если не производить корректировку осанки. К сожалению, нет никаких удобных приспособлений и хитроумных способов, позволяющих решить эту проблему. Под­держивать правильную осанку в шейном отделе позвоночника вам придется самим.

И наконец, несколько слов о биомеханике спины. Нагрузка, ложащаяся на диски вашего позвоночника, резко меняется в зависимости от положения тела. Даже легкое изменение может привести к значительному увеличению нагрузки. К примеру, если вы сидите выпрямившись, нагрузка на позвоночник уме­ренная, но нагнувшись вперед, вы резко ее увеличиваете. Как это ни удивительно, диски испытывают меньшую нагрузку, когда вы стоите выпрямившись, чем когда вы сидите, чуть склонившись вперед. Однако независимо от вашей позиции вы почувствуете боль, если нагрузка придется на изношенный диск. Осносительные изменения нагрузки при разных положе­ниях тела были зафиксированы шведскими учеными, замеряв­шими их с помощью введения тонких игл непосредственно в диск. Результаты, отображенные на рис. 8, показывают, что если у вас изношенный диск, то положение спины во время выполнения самых обычных дел оказывается критически важ­ным.

Ранее в этой главе я уже указывал, что в своей повседневной жизни мы предъявляем к нашим спинам невероятные требова­ния. Представьте себе четырехкилограммовую коробку, лежащую на столе. Вы тянетесь к ней, приподнимаете ее и держите в вытянутой руке. В этом положении мышцы спины автомати­чески напрягаются. Ваши действия можно сравнить с действием качелей на детской площадке. Вам необходимо обрести до­

Рис. Н. Эта диаграмма показывает, какое относительное давление испытывает третий поясничный диск при разных положениях тела. Минимальное дав­ление — в позе лежа на спине, а максимальное — в положении сидя с наклоном вперед. Как правило, в сидячем положении давление на диски больше, чем в положении стоя.



статочную опору в области спины, чтобы компенсировать вес коробки и приподнять ее.

Обычно качели бывают симметричными, то есть оба их плеча равны по длине. Если сдвинуть опору качелей так, чтобы одно их плечо стало, предположим, в три раза длиннее другого, для уравновешивания качелей нужно посадить на их короткое плечо человека, весящего в три раза больше, чем тот, который сидит на длинном плече. Иными словами, соотношение равно 1:3.

Тот же самый принцип действует и в случае, когда вы дер­жите коробку в вытянутой руке. Однако здесь соотношение совсем иное. Если от центра позвоночника до середины ладо­

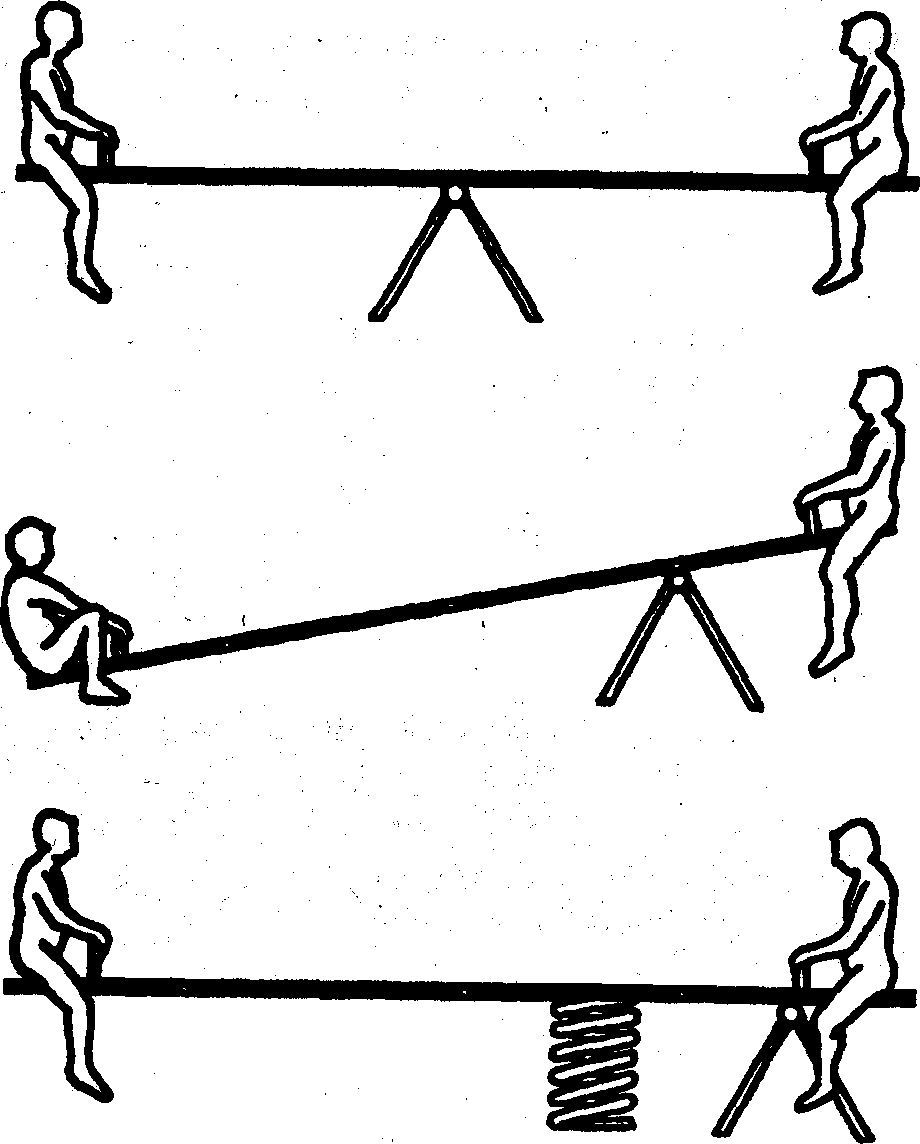


Рис. 9. При одинаковой длине илечей качели уравновешиваются людьми одинакового веса. При изменении соотношения длины плечей равновесие теряется. Дополнительное подпружинивание длинного плеча помогает до­биться равновесия без увеличения груза на коротком плече.

ни расстояние 63 см, а расстояние от центра позвоночника до мышц спины равняется 2,5 см, соотношение будет 25 : I.

Это значит, что для удержания коробки, весящей 4 кг, придет­ся приложить силу в 113 кг. Скорее всего, мышцы вашей спины не смогут обеспечить такое усилие, и уж наверняка вам не удастся сделать это без напряжения. Для того, чтобы выдержать подобную нагрузку, придется ввести в дело мышцы живота.

Каким образом они могут помочь? Давайте вновь вернемся к аналогии с качелями. На этот раз мы сдвинем опору так, чтобы соотношение между плечами было 25 : 1, то есть точно смоделируем ситуацию с подъемом коробки. Но теперь мы подложим под длинное плечо качелей огромную цилиндрическую пружину, расположив ее неподалеку от точки опоры. Пружина возьмет на себя значительную часть нагрузки, и человеку, нахо­дящемуся на коротком конце качелей, не придется развивать давление в 113 кг для того, чтобы удержать равновесие.

Мышцы живота могут выполнять примерно ту же функцию, которую выполнила цилиндрическая пружина. Напрягая эти мышцы во время подъема груза, вы перераспределяете нагрузку, часть которой падает на мышцы спины, а часть — на мышцы живота, причем таким образом, что ни те, ни другие не перена­прягаются. И тут я подхожу к моменту, который буду не раз подчеркивать в следующих главах, посвященных упражнениям, занятиям спортом, выработке осанки: крепкие мышцы спины и живота исключительно важны для предотвращения болей в спи­не. Мышечный баланс в районе талии не только помогает под­держивать хорошую осанку — он перераспределяет нагрузки, которые могли бы в противном случае вызвать перенапряжение спины. Спортсмены, соревнующиеся в поднятии тяжестей, дав­ным-давно используют этот принцип. Не пора ли и вам начать его использовать ради своей собственной спины?

Теперь, когда вы вооружились элементарными знаниями от­носительно устройства и функционирования спины, пора позна­комиться с тем, что может произойти, если некоторые части спины выйдут из строя ввиду изношенности или процесса ста­рения. Но перед тем, как мы начнем подробный разбор причин болей в спине, давайте посвятим небольшую главу рассмотре­нию основных типов болей и выяснению того, какой из них совпадает с вашими ощущениями.

Глава • 4

К какому типу относитесь вы?

Предположим, мы с вами никогда не были знакомы, и вот на вечеринке вы подходите ко мне и говорите: «Здравствуйте, я такой-то. Мне известно, что вы специалист по позвоночнику. У меня боли в районе поясницы. Как вам кажется, что со мной?»

В лучших традициях медицины (и с целью сокращения су­дебных издержек при обвинении в преступной небрежности) я вообще-то обязан ответить: «Простите, но я не рискну делать какие-либо предположения, не ознакомившись с историей вашей болезни, не изучив симптомы и не проведя осмотр у себя в кабинете».

В то же время меня так и подмывает сказать: «Могу поста­вить девять против одного, что у вас либо неприятности с дис­ком, либо износился мелкий сустав».

Откуда у меня такая уверенность? Ну, полной уверенности, конечно, нет. Однако на основе всей имеющейся у меня инфор­мации я мог бы спокойно заключить такое пари. Во-первых, я предполагаю, что в последнее время у вас не было никаких серьезных травм спины. Если бы такие травмы были, вы бы не спрашивали у меня: «Что со мной?», а сами знали бы ответ. Во-вторых, я допускаю, что проблемы, связанные со спиной, не являются частью симптоматики некоего общего заболевания. Если бы это было так, имелись бы и иные симптомы, и тогда вы не описывали бы свое состояние как простые боли в спине.

Используя дедуктивный метод и просчитывая шансы, я могу сделать заключение, что у вас, видимо, отмечается один из двух распространенных типов болей в спине — состояния, которые я называю тип 1 и тип 2. Текущие данные говорят о том, что эти два типа механических болей связаны с проблемами дисков или мелких суставов. Вместе взятые, они составляют примерно 90% всех историй болезни, связанных с болями позвоночника. Кста­ти, термин «механический» в данном контексте значит, что боль зарождается в структурных элементах позвоночника, а не возникает в результате инфекции, заболевания или опухоли. Боль эта отчетливо связана с движениями тела, с его положением. Другие распространенные типы — 3 и 4 — характеризуются болями преимущественно в ногах, то есть боль в ногах доку­чает больше, чем боль в спине. Эти два последних типа вместе взятые составляют только 10% историй болезни. Не забудьте, что вы сами сказали: «боль в спине».

Итак, вы видите, что мой мгновенный диагноз не является стопроцентно верным (дедуктивные рассуждения редко бывают безошибочными), но с точки зрения статистики у меня очень хорошие шансы выиграть пари. Опытный врач делает оценоч­ные суждения такого рода ежедневно. Он начинает ставить ди­агноз с общего предположения, что состояние пациента не представляет собой ничего необычного, о чем говорят очевид­ные симптомы. При дальнейшем уточнении диагноза он страху­ет себя и пациента от ошибок, обращаясь к наблюдениям и тестам, которые либо исключат, либо подтвердят наличие неко­торых менее распространенных болезненных состояний. И ко­нечно же, если есть какие-то признаки необычного состояния, доктор предпримет все меры, чтобы проверить это предположе­ние. Однако еще в студенческие годы он накрепко усвоил, что «обычно случаются обычные вещи». Возможно, он слышал и такое выражение: «Услышав стук копыт, вспомни о лошадях, а не о зебрах».

Большинство из нас следует подобному принципу в своей повседневной жизни, даже не сознавая этого. К примеру, вы принимаете гостя и позволили ему воспользоваться вашим ав­томобилем. Он выходит из дома с ключами, а через две минуты возвращается и говорит, что автомобиль не заводится. Вы склонны предположить, что дело в какой-то мелочи: возможно, кончился бензин, или сел аккумулятор, или отказал карбюра­тор. Вряд ли вам придет в голову, что развалился блок цилин­дров или заклинило клапаны. Такое с автомобилями тоже слу­чается, но в первую минуту вы не предполагаете, что случилось нечто серьезное.

Все мы способны рассуждать здраво, когда речь идет о на­ших автомобилях. Однако когда дело доходит до спины, здра­вый смысл почему-то испаряется. Вместо того чтобы предполо­жить, что их неприятности заурядны, несерьезны и временны, люди позволяют своей боли убедить их в том, что речь идет о каком-то страшном заболевании.

Если у вас есть подобного рода страхи относительно вашего состояния, мне хотелось бы, чтобы вы взглянули на вещи по-новому: пока не доказано обратное, следует предполагать, что у вас одна из самых обычных форм болей в спине. Я предлагаю вам установить самостоятельно, относится ли ваша проблема к типу 1, типу 2, типу 3 или типу 4.

Позже вам предоставится возможность позволить врачу ис­следовать более редкие варианты, если у него появятся на то основания. В любом случае не будет хуже, если вы проверите свое состояние, следуя моим указаниям. Точнее, приведенные мною упражнения помогут вам лучше подготовиться к вопро­сам врача, и таким образом вы сбережете время и избежите недоразумений, которые способны затруднить постановку диаг­ноза и оттянуть начало лечения.

Не знаю даже, стоит ли говорить, что я не жду от вас само­проверки в период обострения. Если вы не можете шевельнуть­ся от мышечных спазмов или эмоционально подавлены болями, отложите пока книгу в сторону и вернитесь к ней, когда ваше состояние заметно улучшится. Мои вопросы и тесты предназна­чены для использования в тот период, когда боли еще отмеча­ются, но уже более или менее терпимы, или в период, когда вы спокойно ждете следующего острого приступа.

Давайте для начала убедимся в том, что боль сосредоточена в спине, а не в бедре — именно ее чаще всего путают с болями в спине. Проведите два следующих теста.

Лежа на спине, подтяните колени к груди. Если при этом возникнет боль в паху, возможно, у вас что-то не в порядке с бедром.

3—1938

Теперь, не разгибая коленей, постарайтесь развести ноги в стороны. Если вам больно делать это осторожное вращательное движение, речь опять же может идти о бедре. В данном случае разворот ноги должен вызывать типичную боль в паху и, возможно, отдаваться по передней поверхности бедра к колену. Больное бедро редко вызывает боли, отдающиеся в ягодицы; наиболее распространенные виды заболеваний спины — наоборот.

Пока нет проблем? Тогда пойдем дальше и исключим травму как причину болей в спине. Если вы не можете припомнить никаких травм в последнее время, значит, ваши неприятности со спиной не связаны со случайными ее повреждениями. Всякая травма, настолько серьезная, что вызывает ощутимые боли в течение нескольких недель или месяцев, прекрасно запоминает­ся: возможно, это было столкновение автомобилей, падение на землю или какой-то серьезный инцидент вроде того ранения, которое в течение многих лет вызывало у Джона Кеннеди боли в спине.

Травму мы исключили, а что с болезнями? Видимо, нам уда­стся исключить и этот фактор, если на все четыре вопроса вы ответите положительно:

1. Становится ли вашей спине лучше после хорошего отдыха?

2. Проходят ли полностью приступы острой боли в течение примерно двух недель? (Не забудьте, что следующий приступ может наступить вскоре после окончания первого.)

3. Отсутствуют ли во время приступа такие дополнительные симптомы, как жар, потеря веса, сыпь, боли в других суставах (в особенности в пальцах, бедрах и коленях), постоянная одере­венелость спины по утрам, даже после исчезновения боли?

4. Усиливается ли боль в результате каких-либо конкретных действий, таких, как продолжительное нахождение в сидячей позиции, наклон в какую-то сторону? Уменьшается ли она, если вы находите удобную позицию для отдыха? Иными словами, связаны ли ваши боли с действиями и положением тела?

Даже если вы ответили «нет» на один или два из заданных вопросов, это еще не значит, что боли в спине связаны с какой-то болезнью. Шансы на то, что это самая обычная боль, все еще очень велики.

Если вы прошли все эти тесты, можно с достаточной уверен­ностью предположить, что у вас один из четырех типов болей в спине или, в крайнем случае, какое-то их сочетание. Кстати, первые два типа наши деды обычно называли «люмбаго»: это устаревший термин, означающий боли в пояснице.

Для того, чтобы выяснить, каким типом болей вы страдаете, изучите нижеприведенные описания. Почитайте все четыре опи­сания, поскольку их симптомы и характеристики частично взаи­моперекрываются. В общем-то, на острой стадии бывает невоз­можно отличить один тип боли от другого. Имейте также в виду, что здесь приведены типичные описания, которые могут не впол­не совпадать с конкретным случаем болей в спине. Необычные отклонения могут вызывать нетипичные симптомы. Кроме того, у некоторых людей отмечается одновременно более одного типа болей, а у других симптомы варьируются со временем, поскольку разные типы болей посещают их последовательно.

Подумайте, какое из этих описаний более всего совпадает с вашим типом болей.

Тип 1

Ваши неприятности могут начаться с того, что вы что-то подняли, или резко повернулись, или перенапряглись, совершая какое-то обычное действие, скажем, поднимая шланг для поли­ва либо доставая из неудобного места мяч для гольфа. А может быть, вы вообще не вспомните ничего подобного. Часто боль начинается с тянущих ощущений в спине и медленно нарастает. К концу первого дня в спине отмечаются сильные боли; на второй день дело обстоит еще хуже. Боли ощущаются преимуще­ственно в нижней части спины или в ягодицах, но могут, как это часто бывает, отдаваться в ноги. Симптомы нарастают в сидячем положении или при наклонах вперед и ослабевают при откидывании назад. Единожды установившись, боли в спине могут длиться неделями и даже месяцами.

Иногда тип 1 возникает резко и остается кратким эпизодом, что более обычно для типа 2. Но и при этом отмечается ухуд­шение состояния при наклонах вперед и преобладание боли в нижней части спины.

Если попросить вас положить руки на самое болезненное место, вы, вернее всего, укажете на поясницу чуть выше ягодиц. Слегка нажав там, вы легко можете прощупать два остис­тых отростка, расположенных выше тазовой кости. Наличие этих отростков, конечно, нормально — они расположены в верхней части крестцовых суставов. Боль исходит не из этих точек, но мышечный спазм приводит к тому, что вы чувствуете ее именно там. Некоторое время назад на крестцовые суставы возлагали вину за многие боли в спине, но это было до того, как врачи подробнее изучили функционирование этих суставов и источники болей типа 1.

Тип 2

Тип 2 во многом похож на тип 1. Боль и в этом случае доминирует в нижней части спины или в ягодицах. Отмечаются и боли в ногах, но жалобы на них вторичны. Приступ может наступить практически мгновенно или с быстрым нарастанием интенсивности. Боль наносит удар при прогибе назад, напри­мер, если вы откидываетесь, чтобы взглянуть на потолок. При повторении таких движений боль усиливается. Симптоматика может ослабляться при наклонах вперед.

В состоянии покоя или, по крайней мере, в отсутствие на­грузки острые боли исчезают через 4-14 дней. Такое быстрое выздоровление можно было бы только поприветствовать, но иногда оно может и обескуражить. Многие пациенты типа 2 не знают, что делать, когда визит к доктору уже назначен, а с утра выясняется, что боли исчезли. Если с вами случилось такое, не теряйтесь. В любом случае отправляйтесь к врачу и расскажите ему о том, в какой последовательности развивались события. Хороший специалист ничуть не удивится тому, что боли при­шли и ушли, и эта информация окажется исключительно цен­ной для постановки точного диагноза.

Подобный приступ может никогда не повториться. Но если он повторяется, то чаще всего 2-3 раза в год.

Менее распространен хронический вариант типа 2, разви­вающийся медленно, в течение нескольких дней, и длящийся в течение нескольких недель или месяцев, что более типично для типа 1. Однако и в этом случае сохраняются основные черты типа 2: боль острее всего ощущается в спине и отягощается от повторных прогибов назад.

Комбинация 1+2

До сих пор мы имели дело с типами 1 и 2 как с отдельными состояниями, каковыми они и являются. В то же время причи­ны этих двух типов болей в спине тесно взаимосвязаны, как вы убедитесь, прочитав следующую главу. Именно ввиду этой тес­ной взаимосвязи можно получить комбинацию типа 1 и типа 2. Для того, чтобы проверить такую возможность, припомните историю своей болезни.

Не бывает ли у вас так, что острые кратковременные присту­пы перемежаются приступами менее острыми, но длительными? Возможно, вы замечали, что не все приступы начинаются оди­наково или продолжаются одно и то же время.

Усиливается ли боль, когда вы наклоняетесь вперед и откиды­ваетесь назад? Не является ли вообще самым болезненным мо­ментом распрямление из наклонной позиции? Если это так, воз­можно, у вас одновременно два разных типа болей. Подобное сочетание не обязательно является более тягостным, чем боли одного типа, однако диагностировать и лечить его труднее.

Отрицательный тест на типы 1 и 2

Большинство читателей выявит у себя симптомы типа 1 или типа 2, поскольку, как было сказано, к ним относятся 90% всех болей в спине. Читатели, которые чувствуют, что их состояние не подходит под вышеприведенное описание, могут соблазнить­ся перелистнуть страничку и сразу же обратиться к изучению типа 3 или типа 4. Вместо этого я предлагаю всем читателям провести простой тест, поскольку он многое скажет обо всех четырех типах боли.

Данный тест является отрицательным для типа 1 и типа 2, то есть он не вызовет боли, если ваша проблема относится к этим двум типам. Отрицательным он является и для людей с болями типа 4. Таким образом, он будет положительным для тех, чьи проблемы связаны с типом 3 — с защемлением нерва. Понятно, что и тем, кто предполагает у себя боли типа 3, нуж­но пройти этот тест.

Если боли в ногах сильнее, чем боли в спине, следует пред­положить, что речь идет о прямом давлении на корешок нерва. Это характерно для случаев типа 3 и 4. Важно понимать, что нерв нельзя подвергать давлению без того, чтобы он не потерял способность функционировать. Когда мы говорим об этих двух типах боли в спине, то обращаем внимание на симптомы, пока­зывающие главным образом то, что какой-то нерв раздражен; функционирование нерва может быть нарушено, а может и ос­таваться прежним. Если нарушена проводимость нерва, значит, речь идет о гораздо большем давлении, чем то, которое вызыва­ет лишь раздражение. Именно острое болезненное раздражение нерва отличает тип 3 от остальных распространенных типов болей в спине. Следующий тест, состоящий из двух частей, предназначен специально для того, чтобы выяснить, имеет ли место острое раздражение какого-либо позвоночного нерва.

1. Лежа на спине, попытайтесь приподнять одну ногу с вып­рямленным коленом. Если вы не можете сделать этого самосто­ятельно, попросите кого-нибудь осторожно помочь вам. Вызы­вает ли подобное действие типичную боль в ноге? Если у вас боль типа 3, то при подъеме ноги она будет ощущаться на зад­ней поверхности бедра, под коленом, а иногда распространять­ся до кончиков пальцев ноги. Вы можете почувствовать и боль в спине, однако незначительную. Здесь главное — типичная боль в ноге или ее отсутствие. Все, о чем говорит боль в спине, так это о присутствии причин, вызывающих боли типа 1 или типа 2, которые вы, несомненно, уже выявили.

2. Теперь заметьте, на какой угол вы можете поднять ногу (самостоятельно или с чьей-то помощью). Не ждите, что у вас получится поднять ее на 90° — для этого нужно постоянно де­лать соответствующие упражнения. Но удастся ли поднять ногу на 60°, не ощутив боли? Если так, то, вероятнее всего, у вас все-таки, боли типа 1 или типа 2, а не типа 3.

Тип 3

Многие считают, что защемление нерва — это состояние, коренным образом отличающееся от всех остальных типов бо­лей в спине. На самом деле тип 3 можно было бы назвать типом 1 плюс, то есть выступающий диск плюс защемленный нерв. Ведь именно деформированный диск сдавливает или за­щемляет нерв. Зная это, вы не удивитесь, что симптомы болей типа 3 соответствуют всем симптомам типа 1 плюс кое-что свое. Тип 3, как и тип 1, развивается в течение одного-двух дней. Боль растет и удерживается несколько недель. Когда вы наклоняетесь вперед, она усиливается.

Фирменным знаком типа 3 является преобладание боли в ногах. Сильная боль может отдаваться в бедро, икру, а во мно­гих случаях и в ступню вплоть до кончиков пальцев. Как пра­вило, пациенты третьего типа говорят мне: «Собственно, дело не столько в спине, сколько в ноге».

Когда установлен диагноз защемления нерва, нужно выяснить, является ли давление настолько сильным, чтобы нарушить функции нерва. При болях типа 3 важно сделать пробы на силу, рефлексы и чувствительность. Отрицательные результаты (то есть результаты, показывающие, что все эти реакции в норме) говорят в пользу диагноза болей типа 1 или типа 2 либо же типа 3, ограничивающегося только раздражением нерва. Тип 4, который мы рассмотрим позже, тоже редко вызывает устойчивую потерю функции нерва. К этим четырем группам относится подавляющее большинство случаев, и лишь изредка упомянутые выше тесты дают положительную реакцию. Если вы подозреваете у себя боли третьего типа, рекомендую вам прове­сти эти тесты и убедиться в способности нервов проводить сиг­налы. Возможно, и пациенты с болями типа 1 или типа 2, а также с болями в ногах типа 4 тоже пожелают провести эти тесты, поскольку отрицательные результаты подтверждают до­стоверность первичного диагноза.

Решившись провести тесты, постарайтесь оценить их резуль­таты объективно. Ни в коем случае не преувеличивайте полу­ченные результаты. Я понимаю, что невозможно отнестись к собственному состоянию совершенно бесстрастно, но попытай­тесь вести записи результатов так, будто вы исследуете кого-то другого — скажем, друга, чье недомогание вызывает у вас оза­боченность, но не приступ паники или депрессии.

Тест мышечной силы

Это наиболее точный, а потому наиболее значимый тест, с помощью которого можно выявить утрату нервом его функций. При болях типов 1 и 2, болях в ногах типа 4 и при обычном раздражении нерва в случае болей типа 3 мышечная сила должна оставаться в норме. При некоторых обстоятельствах по­пытка использовать эту силу может вызывать боль, однако сама сила остается. Иными словами, не пугайтесь, если боль сдержи­вает или ограничивает ваши движения: этого следует ожидать. Но совсем другое дело, если выяснится, что ваши мышцы про­сто неспособны развивать нормальную силу в ходе следующих двух тестов:

1. Можете ли вы без труда встать на цыпочки и вновь опу­ститься на полную ступню? Если вы человек средних лет или моложе, то в норме вы должны быть способны достаточно вы­соко оторвать пятки от земли и вновь опуститься на них, сде­лав это десять раз подряд, а затем проделать то же самое пооче­редно на левой и правой ноге.

2. Можете ли вы походить на пятках? Слегка расставив ноги, оторвите носки ног как можно выше от пола и попробуйте пройтись так, чтобы весь ваш вес приходился на пятки. По­ходка получается не самая элегантная и в лучшие времена, но в норме вы должны суметь проделать это без всякого труда, даже если при этом усилится уже существующая боль в спине.

Если вы благополучно выполнили оба мышечных теста, по­теря нормальных функций нерва очень маловероятна.

Проверьте коленный и ахичлесов рефлексы

Это второй по важности тест из этой серии. Значимость его зависит не от того, сильные или слабые у вас рефлексы, а ско­рее, от того, выявятся ли в ходе теста какие-то их существен­ные изменения или от того, будет ли выявлена разница в реф­лексах левой и правой ноги. Гораздо проще проводить этот тест с чьей-либо помощью.

Если в прошлом у вас были сильно выраженные рефлексы, затем начались проблемы со спиной, а теперь в ходе теста вы­яснится, что ваши рефлексы ослабли, это может говорить о многом. Если на одной ноге рефлексы просматриваются гораздо яснее, чем на другой, непременно сообщите об этом врачу во время визита к нему. Однако здесь, как и в случае с предыду­щим тестом, важнее всего полученные результаты: нормальные реакции говорят о том, что у вас нет расстройств типа 3 с потерей функции нервов.

1. Проверьте коленные рефлексы (это делать проще). Возьмите небольшой тяжелый предмет, который послужит вам молоточком. Тяжелая книга в 2 сантиметра толщиной вполне подойдет, если использовать в качестве молотка ее корешок. Сядьте на стул нормальной высоты и положите ногу на ногу так, чтобы нога, лежащая сверху, свободно свисала. Теперь своим импровизированным молоточком стукните по мягкому месту под самой коленной чашечкой. Возможно, это придется проделать два-три раза, но наконец нога помимо вашей воли резко дернется вверх. Если отмечается эта хорошо известная реакция, значит, коленный рефлекс в порядке. Теперь поменяйте ноги местами и то же самое проделайте с другим коленом. Сравните реакцию в первом и во втором случаях. Если в прошлом у вас уже проверяли коленные рефлексы, попытайтесь вспомнить и сравнить уровень реакции в прошлом и теперь. Если обе ноги реагируют примерно одинаково и если рефлексы не изменились по сравнению с прошлым, которое мы условимся считать нормой, вероятность того, что у вас поврежден нерв, очень мала.

2. Проверьте рефлексы ахиллесова сухожилия. Сидя, разуй­тесь и положите икру одной ноги на колено другой так, чтобы лодыжка и ступня свободно висели в воздухе. Теперь стукните по задней части ступни прямо над пяткой — по сухожилию, которое называют ахиллесовым. Если удар проведен правильно, ступня должна дернуться вниз. Проделайте этот тест на обеих ногах. Если у вас есть помощник, встаньте на колени на стул так, чтобы ступни висели в воздухе, и попросите помощника слегка стукнуть поочередно по обоим ахиллесовым сухожилиям. Сравните реакцию на обеих ногах. Если реакция одинакова, то опять же очень маловероятно повреждение нерва.

Тест на чувствительность ног

Это наименее надежный из трех тестов данной серии, ввиду субъективности ощущений. В то время как тесты на силу мышц и рефлексы дают результаты, которые можно пронаблюдать и оценить со стороны, тест на чувствительность полагается цели­ком на вашу собственную оценку.

Цель теста состоит в том, чтобы выяснить, имеет ли место потеря чувствительности в каких-то частях ваших ног. Потерю чувствительности не следует путать с чувством онемения или покалывания в одной или обеих ногах. Мы в данном случае определяем способность ощущать боль при уколе кожи.

Для проведения этого теста полностью обнажите свою ногу. Возьмите английскую булавку. Сядьте в удобное для вас поло­жение, наклонитесь и нанесите легкие быстрые уколы последо­вательно в три района: во-первых, на верхней поверхности сто­пы, где-нибудь между большим и вторым пальцем; во-вторых, на поверхности ступни, чуть ниже мизинца; в-третьих, на внут­ренней поверхности икры. Повторите этот тест с другой ногой.

Если вы чувствуете нормальную боль от уколов во всех трех районах, очень маловероятно, что у вас нарушена способность нерва проводить импульсы. Из этого следует, что ваши боли в спине относятся к типам 1, 2, 4 либо к типу 3, ограничивающе­муся лишь раздражением корешка нерва.

Тип 4

Боль типа 4, в основном отдающаяся в ноги, часто опреде­ляется как тупая. Это не острая «седалищная» боль, которая так характерна для типа 3. Возможно, при описании состояния ног вы употребите такие слова, как «онемевшие», «мертвые», «резиновые» или «деревянные». Симптомы обостряются в связи с активностью — обычно для этого достаточно 10-15 минут ходьбы — и быстро исчезают в состоянии покоя. Однако часто облегчение наступает только тогда, когда вы находитесь в по­ложении наклона вперед, например, сидите ссутулившись в кресле или на скамье, стоите, наклонившись вперед, или сидите на корточках. Многие люди с болями типа 4 обнаруживают, что им гораздо легче подолгу расхаживать по универсаму, чем совершить короткую прогулку по дорожке, поскольку в первом случае они опираются на тележку для покупок и слегка накло­няются вперед.

Боли типа 4 чаще встречаются у пациентов старшего возра­ста. Хотя каждый приступ быстро развивается и продолжается всего несколько минут, состояние это является хроническим, длится годами и со временем может становиться все тяжелей.

Вы можете одновременно ощущать боли типа 1 или типа 2, а то и вообще не чувствовать болей в спине. Способность нервов передавать импульсы в ноги остается в норме в состоя­нии покоя, но нарушается при физических нагрузках.

Если вы внимательно ознакомились с характерными симпто­мами, добросовестно провели указанные тесты и по возможности объективно оценили их, вам будет легче установить, к како­му типу относятся ваши боли. Прошу иметь в виду, что цифры 1, 2, 3, и 4 значат не более того, что они значат: это перечисле­ние распространенных типов болей, а не их ранжирование от «самых легких» до «самых тяжелых».

Возможно, ваш рассказ об ощущениях жертвы острого за­щемления нерва — наиболее редкого из всех четырех типов — оживит вечеринку и развлечет ваших гостей. Однако боль типа 3 не обязательно переживается тяжелее остальных, просто она другая и может потребовать других методов лечения. Хотя не существует «хорошей» боли в спине, каждый из типов имеет свои преимущества — если позволительно называть их таковы­ми — и свои недостатки.

Тип I: конечно, болезненному диску не хватает драматично­сти ущемленного нерва, зато такую боль легче контролировать. Чтобы сделать себя более интересным человеком, вы можете даже позволить друзьям говорить о вашем «смещенном» диске, хотя сами-то вы знаете, что диски никуда не смещаются. Кста­ти, они и не «разваливаются», как вы узнаете из следующей главы. Сильный недостаток болей типа 1 — это то, что боли острые могут перейти в тупые, подолгу тянущиеся. Но — про­должайте читать книгу. Помощь уже в пути.

Тип 2: возможно, зудящие мелкие суставы не вызовут особо­го сострадания, хотя боль от них иногда бывает пронзительной. С болями такого типа вы, по крайней мере, способны находить­ся в шумной компании и имеете возможность обмениваться экзотическими историями на заданную тему. Не следует также недооценивать то преимущество, что боль полностью исчезает в промежутках между приступами.

Тип 3: как я указал в главе 1, большинство страдальцев пола­гают, что у них боли именно этого типа, и в большинстве случаев они ошибаются. Третий тип — люди избранные. С другой стороны, хотя я не собираюсь недооценивать вашу боль, снова замечу, что защемленный нерв частенько болит не так сильно, как можно было бы предположить, и что изношенный диск или загрубевший сустав подчас бывают куда более болезненными. В то же время вам больше других нужна профессиональная по­мощь, чтобы держать заболевание под постоянным контролем.

Тип 4: если вы страдаете от болей такого типа, вероятно, вы постарше других и можете подойти к проблеме с присущим зрелому возрасту спокойствием. По крайней мере, вам удобно отдыхать, а мало-помалу вы ознакомитесь с приемами, которые сделают вполне терпимыми и физические нагрузки.

Какой бы тип боли вы у себя ни выявили (даже если вы подозреваете, что у вас отмечаются одновременно два, три, а то и все четыре типа болей), утешьтесь тем фактом, что продуман­ные осторожные упражнения и краткие периоды отдыха при болях в спине способны творить чудеса и что благодаря есте­ственным процессам все боли в спине со временем становятся менее острыми. Возможно, последнее утверждение вы сможете полностью оценить, лишь прочитав следующую главу, посвя­щенную вероятным причинам распространенных болей в спине.

Глава • **5**

Причины ваших болей

Теперь, когда вы уже выяснили, к какому из четырех типов относитесь, вам, видимо, хочется узнать побольше о причинах возникновения такого состояния. Я убедился, что люди, пони­мающие причину своей боли и сознающие, что в ней нет какой-то неразрешимой загадки, справляются со своими проблемами более успешно. Они способны так или иначе контролировать эту боль, немедленно получать хоть какое-то облегчение.

В данной главе рассматриваются современные представления о причинах болей в спине. Впрочем, какие бы успехи ни делала наука, все это лишь теория, лишь наши предположения об ис­точниках боли. Наверняка мы знаем только то, что спина может болеть и что боли эти, как вы видели, можно классифицировать по четырем типам. За исключением тех немногих случаев, ког­да необходимо хирургическое вмешательство, наше лечение и ваше отношение к проблеме должны базироваться именно на оценке типа болей, а не на наличии физических отклонений. В тех случаях, когда мы уверены во взаимосвязи этих двух яв­лений (к примеру, в случаях оперативного вмешательства), мы можем обращаться и к первому и ко второму. Если есть какая-то неуверенность в существовании такой взаимосвязи, то при лечении следует опираться на тип боли, а не на рентгенограм­му, на данные тестов или на существующие теории.

Конечно, мы работаем над углублением наших знаний, и уже многое в этом направлении удалось сделать. Многое выяснено относительно источников каждого из четырех типов болей, и рассмотрением этих источников мы сейчас и займемся.

Давайте начнем с неприятностей, связанных с дисками (кста­ти, с этого частенько начинает ваша спина). Как вы помните из главы 3, диски позвоночника содержат желеподобное вещество, состоящее в основном из воды. Жидкость эта постоянно обновляется благодаря системе кровообращения. При помощи химических реакций «желе» внутри диска всасывает влагу из близлежащих мелких кровеносных сосудов. В то же время в течение дня вес вашего тела выжимает часть этой жидкости из диска, возвращая ее в систему кровообращения. Подобный циклический процесс приводит к тому, что к концу дня вы становитесь чуть ниже ростом. Однако в течение ночи, пока вы спите, потеря роста восстанавливается. Если вы молоды, высоки ростом и диски у вас здоровые, то в течение суток вы теряете и восстанавливаете примерно 1 сантиметр роста. Возможно, вам доводилось заметить, что, задержавшись допоздна на работе и отправляясь вечером домой, вы вынуждены слегка поворачивать зеркальце заднего вида в автомобиле — и все потому, что вы стали чуть ниже, чем были утром, когда отправлялись на работу.

Пожалуй, наиболее ярко этот феномен был продемонстриро­ван в 1974 году, когда три американских астронавта вернулись на Землю, проведя 84 дня на борту орбитальной космической станции «Скайлэб». К изумлению членов их семей и врачей НАСА, космические путешественники оказались почти на 5 сан­тиметров выше, чем в момент старта. За эта 12 недель на орбите их система кровообращения продолжала поставлять влагу в по­звоночные диски, однако никакой гравитации, способной выда­вить эту влагу обратно, не было, так что диски продолжали рас­пухать, делая позвоночники длиннее, а самих мужчин — выше. Как только они вернулись на землю, гравитация взяла свое и в течение нескольких часов рост астронавтов вернулся к норме. Однако после этого полета при проектировании космических скафандров стали учитывать вытягивание позвоночника.

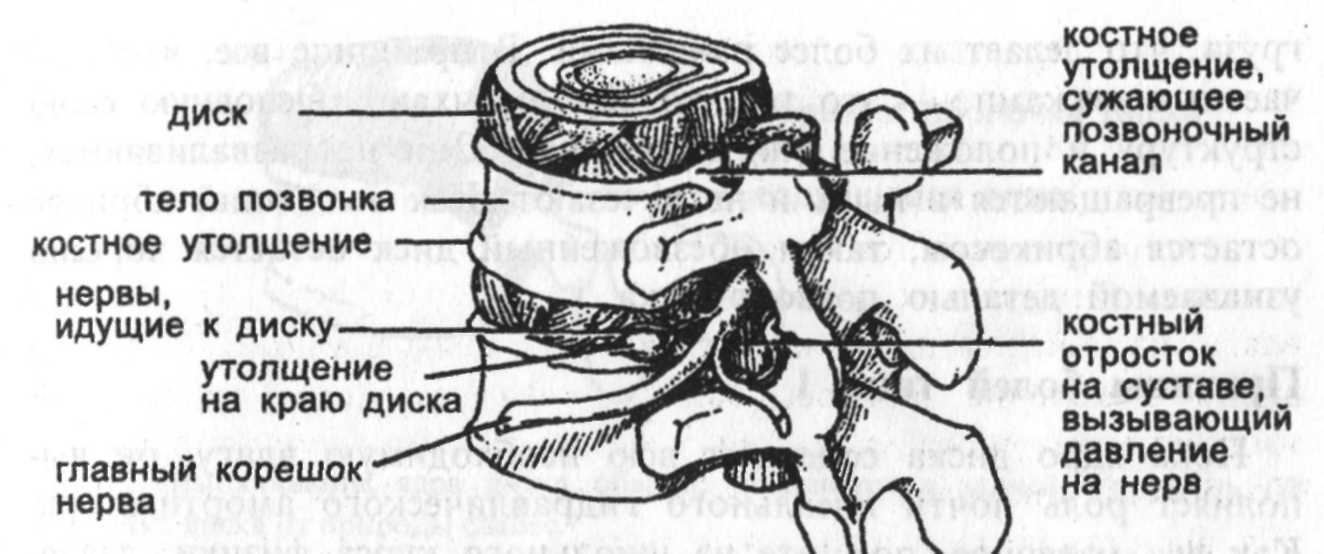
Все мы, исключая тех, кому доведется работать в космосе, должны смириться с тем, что в течение всей нашей жизни, на­чиная с юных лет, диски будут терять часть своей влаги. Вслед­ствие строения центра диска баланс влаги в нем постепенно меняется, и некоторые люди обнаруживают, что в течение жиз­ни потеряли в росте 2,5 сантиметра, а то и больше.

Рис. 10. Неожиданное выпячивание оболочки диска бывает причиной болей типа I. Боль вызывается самим диском, а не давлением на нерв.

Всякий раз, когда я описываю этот процесс группе пациен­тов, кто-нибудь обязательно спрашивает, почему врачи ничего не делают для того, чтобы восполнить потерянную влагу, тем самым поддержав изначальную толщину диска. Я отвечаю, что речь идет о естественном процессе, а не о симптомах какого-то заболевания. Как мы вскоре убедимся, процесс высыхания дис­ка может доставить некоторым людям неприятности, но в боль­шинстве случаев отмечается полезный эффект стабилизации позвоночника. Это одна из причин того, что в процессе старе­ния недуги, связанные со спиной, зачастую исчезают.

Людям хочется также знать, почему природа устроила диски подобным образом, вынуждая их терять влагу. Я отвечаю, что диски в этом отношении не являются чем-то исключительным. Многие части организма в процессе старения теряют влагу. Наиболее очевидный пример — ваша кожа. Несложно временно омолодить кожу с помощью увлажнителя, но никаким образом не удается сделать то же самое с позвоночными дисками. Даже особая диета не изменяет ход этого естественного процесса.

По мере высыхания центра диск сплющивается как высох­ший абрикос; теперь у него уже нет той пухленькой формы, что была раньше. Некоторые диски позвоночника, испытывающие сильные физические нагрузки, сплющиваются раньше других. То, каким образом устроен, изогнут и расположен позвоночник, вынуждает некоторые диски и позвонки нести большую часть



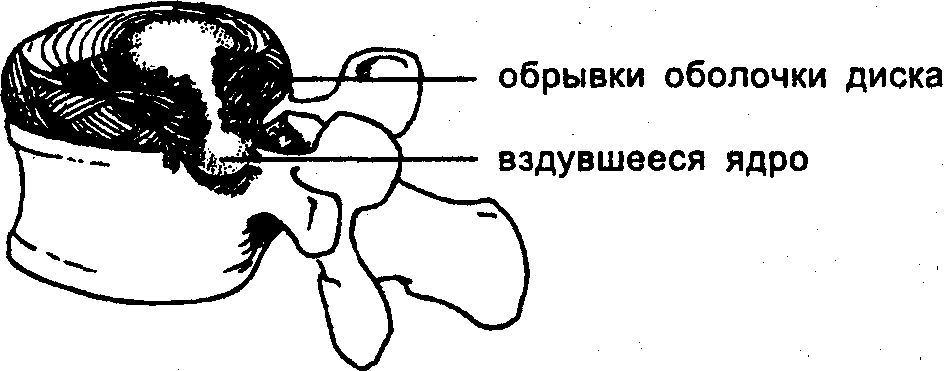
груза, что делает их более ранимыми. В принципе все, что слу­чается с дисками, — это то, что они высыхают. Основную свою структуру и положение они сохраняют. Они не разваливаются, не превращаются в пыль и не исчезают. Как высохший абрикос остается абрикосом, так и обезвоженный диск остается хорошо узнаваемой деталью позвоночника.

Причины болей типа 1

Пока ядро диска содержит всю необходимую влагу, он вы­полняет роль почти идеального гидравлического амортизатора. Как вы, наверное, помните из школьного курса физики, давле­ние, приложенное к жидкости, находящейся в замкнутом про­странстве, распространяется равномерно во всех направле­ниях. Таким образом, давление на диск веса вашего тела или какого-то дополнительного груза равномерно распространяется по всей оболочке диска, нейтрализуя оказываемое воздействие. По мере того как центр диска высыхает, идеальная система начинает давать сбои. Диски начинают сплющиваться, и от этого с возрастом рост человека уменьшается. Наружная обо­лочка, называемая аннулус, раздувается сверх нормальных размеров. Диски, в общем-то, и должны слегка раздуваться — в этом и состоит идея гидроамортизатора, но есть какой-то предел. Наступает момент, когда распределение давления внутри диска нарушается, направляясь в несколько точек его оболочки.

Сама оболочка тоже подсыхает. На ней образуются трещины вроде тех, которые появляются на старом башмаке, и стенка диска теряет способность удерживать желеобразный центр. Те­перь все готово для появления боли № I.

Толчком для этого могут послужить какие-то драматические события, но чаще всего дело обходится и без них. Наружная оболочка дает слабину, и появляется вспучивание, а затем тре­щина или разрыв. При этом наружная часть диска ощущает боль. Тот же самый нерв, который обеспечивает работу мышц спины и мелких суставов, а кроме того, обеспечивает связь с нижней конечностью, начинает передавать болевые ощущения в оболочку. Такой тип связи диска с нервной системой схож с явлениями, происходящими на поверхности глаза. При этом может возникать сильная боль.



Рас. П. Выпячивание ядра диска обычно появляется в задней его части, где оболочка диска от природы слабее.

Иногда такое вспучивание происходит медленно, и тогда у нервных волокон есть возможность приспособиться к измене­нию ситуации. В этом случае испытываемый дискомфорт будет не большим, чем, скажем, при постепенном вспухании живота во время излишне обильного обеда. Однако если вспучивание или разрыв оболочки происходят резко, вы ощущаете острую боль. По мере того как вспучивание растет, боль увеличивается, и именно таков обычный ход развития боли типа 1. Вы уже знаете, как быстро может распространяться боль из-за связей, формируемых локальным нервом спины: боль в диске отдается болью в ноге, затем наступает спазм мышц спины, затем ис­кривление позвоночника в одну сторону (что вызывает допол­нительный мышечный спазм), и в конце концов фактическая неподвижность.

Само место расположения вспучивания диска объясняет то, почему боли первого типа усиливаются, когда вы сидите или на­клоняетесь вперед. Выступающий диск расположен на оси враще­ния, вокруг которой разворачивается ваш позвоночник. В обычной сидящей позе и при любых наклонах вперед это место сдавливает­ся. Ранее я сравнил диск с прокладкой в кране, форма которой под давлением меняется. Наклон вперед можно сравнить со сдавливанием этой прокладки при излишнем зажиме крана.

Причины болей типа 2

Потеря диском небольшой части его толщины (0,5 см, а то и меньше) кажется не особенно существенной, но даже такая вро­де бы незначительная потеря может определять разницу между состоянием комфорта и страданиями от боли. Кроме выполне­

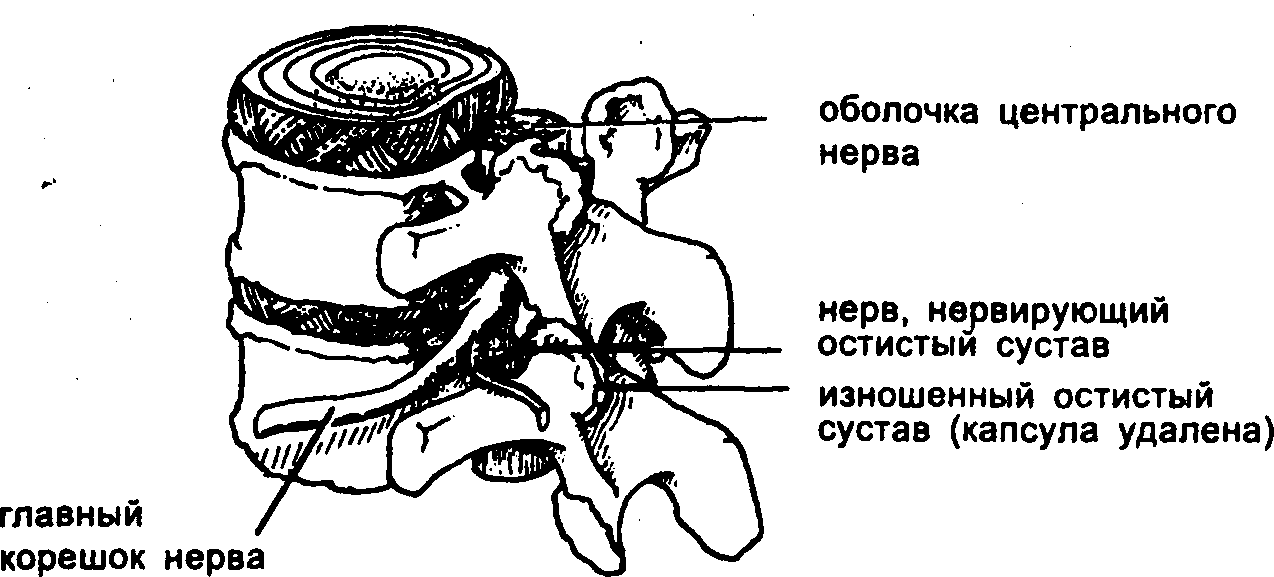


Рис. 12. Боли типа 2 являются результатом изношенности мелких суставов позвоночника. Болевой сигнал передается в главный корешок нерва, не испытывающий прямого раздражения.

ния роли амортизатора, диск должен обеспечить нужное рассто­яние между позвонками, находящимися сверху и снизу него. Уменьшение расстояния между позвонками вызывает износ мелких суставов. Если расстояние между позвонками уменьша­ется, нормальное расположение суставов смещается. Представьте себе электромотор с разбалансированным ротором. Во время работы такого мотора колебания ротора начнут вызывать износ частей, взаимодействующих с мотором. Точно так же позвоноч­ный сустав может пасть жертвой расплющенного диска. Как мы знаем из главы 3, диски позвоночника выполняют роль буфера между другими частями позвоночного столба, но не между костями позвоночного сустава. По мере сплющивания диска два соседних позвонка сближаются и «несбуферированные» кости сустава начинают тереться друг о друга. Довольно неприятное явление, но это не заболевание, а просто местная проблема механического характера.

Спинная боль типа 2 развивается по тому же неблагоприят­ному сценарию, который мы видели в случае типа 1: местная боль — боль в ноге — спазм спинных мышц. Тем временем сустав, с которого начали развиваться события, воспаляется, что является реакцией организма на ограничение движения и попыткой начать восстанавливать ткани. Однако воспалитель­ный процесс вызывает боль.

На этом этапе вы можете стать жертвой пугающей игры «Го­ворим по-докторски». Как вам теперь известно, воспаление су­става называется артритом. Для такого типа воспаления, вызван­ного износом сустава, точным термином является остеоартрит. Иметь воспалившийся сустав уже само по себе нехорошо, но когда речь идет о «позвоночном остеоартрите», это звучит как смертный приговор. Разве вы не чувствуете, услышав это, как ваш позвоночник превращается во что-то вроде мела? Тем не менее, как ни печально, некоторые врачи пользуются данным термином, не разъясняя, что он означает. Если кто-нибудь пыта­ется разыграть с вами эту игру, напомните себе о том, что у вас нет никакой болезни. Нет никакой ужасной инфекции, прогрызающей ваш позвоночник. Когда раздражение прекратится (а оно прекратится), воспаление пройдет и боль ослабнет.

Теперь, когда вы ясно представляете картину развития боли типа 2, вам понятно, почему она ослабевает при наклоне впе­ред. Такой наклон снимает давление с костей, расположенных на задней поверхности позвоночного столба, и источник раз­дражения временно исчезает. И напротив, всякий раз, когда вы прогибаете спину назад — из-за неправильной осанки, во время беременности, из-за выступающего живота при ожирении, дав­ление увеличивается и боль усиливается. Часто эти сопутствую­щие состояния ошибочно считают истинными причинами болей в поясничном отделе. Толстые люди иногда принимаются ху­деть, веря в то, что боли в спине пройдут, когда они сбросят вес. Их ожидает неизбежное разочарование, поскольку потеря веса, хотя и является фактором, частично снижающим нагрузку на позвоночник, никак не может решить проблему высохшего диска или изношенного сустава.

При болях типа 1 и 2 очень важную роль играет осанка. Если вы скептически относитесь к данному утверждению, проделайте несложный опыт. В качестве примера возьмем ваш лучезапяст-ный сустав. Для начала сожмите правую руку в кулак и выб­росьте ее вперед так, чтобы костяшки пальцев торчали наружу. Левой ладонью хорошенько шлепните спереди по сжатому кула­ку. Как видите, данное действие оказывает давление, но никако­го дискомфорта ваше правое запястье не испытывает. Теперь раскройте кулак, полностью распрямите и растопырьте пальцы и к тому же по возможности выгните их вверх примерно так, как делает дорожный полицейский, требуя остановиться. Шлепните по кончикам пальцев, направив движение к себе вдоль оси руки. Вы немедленно почувствуете боль в запястье. Разница между этими двумя ситуациями иллюстрирует разницу между ситуаци­ями, когда внешняя сила приложена к позвоночнику, находяще­муся в нейтральной позиции, и к позвоночнику уже полностью нагруженному. В первом случае, когда вы сжимали руку в кулак, сустав запястья был «нейтрален» и имел достаточно «слабины», чтобы амортизировать толчок. Во втором случае, когда пальцы были полностью напряжены, запястный сустав находился в крайнем возможном положении и никакой «слабины» уже не было. Результатом стала испытанная вами боль. Для позвоночни­ка человека с плохой осанкой иногда бывает достаточно, чтобы человек ступил с тротуара на мостовую.

К сожалению, не существует закона, который регулировал бы порядок появления болей типа 1 и типа 2. Так что если вы являетесь обладателем болей обоих типов, больно вам будет и при наклонах вперед, и при откидывании назад — либо одно­временно, либо попеременно, как уж сложатся дела. По правде говоря, я часто удивляюсь тому, что такие вещи случаются не слишком часто. В конце концов, то же самое высыхание, вызы­вающее вспучивание одной из сторон диска, ведет к потере его высоты и к изнашиванию позвоночных суставов. Пожалуйста, вот вам комбинация 1+2! Тем не менее у большинства людей отчетливо преобладает один из типов, и именно он и предопре­деляет тактику лечения.

Причины болей типа 3

Изношенный диск, как будто ему мало неприятностей типа 1 и типа 2, может стать еще и причиной болей типа 3 — защемления нервов. Когда центр диска теряет влагу и кости смещаются, внешняя его оболочка выпячивается наружу и может поэтому стать прямой или косвенной причиной давления, ока­зываемого на нерв.

Перед тем как начать разъяснять подробности процесса, мне хотелось бы вставить словечко относительно терминологии, на случай, если кто-нибудь начнет вовлекать вас в игру «Говорим по-докторски». В этой книге я использую выражения «вспучив­шийся диск» и «выступающий диск» как равноценные термины.

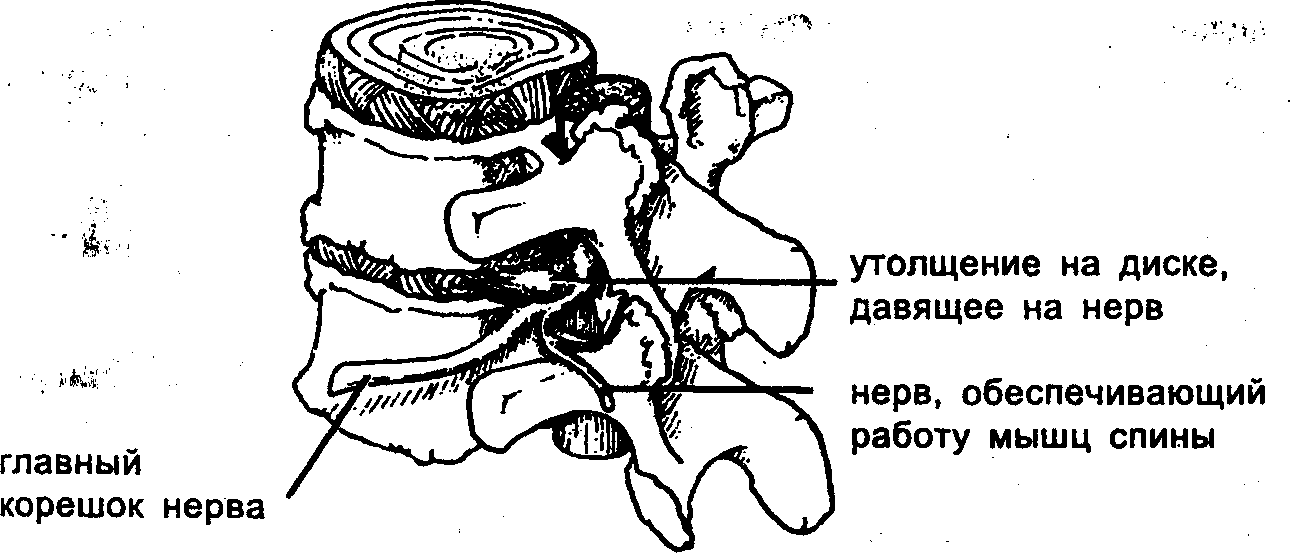


Рис. 13. Диск, вспучившийся в задней части и защемляющий корешок нерва — вот вероятная причина болей типа 3. Поскольку корешок нерва испытывает прямое воздействие, боль острее ощущается в ноге, чем в спине.

Я выбрал их потому, что они вполне понятны и не нуждаются ни в каких дополнительных пояснениях. Однако может слу­читься, что ваш врач для описания того же самого явления воспользуется каким-нибудь другим термином. Он может сооб­щить о грыже диска, о его прободении, разрыве, выпадении, трещине, раздувании... Все это одно и то же. Вам могут ска­зать, что диск секвестрировался, то есть диск настолько разду­ло, что какая-то его частичка оторвалась. Это просто еще одна стадия того же самого процесса.

Как мы уже знаем, одна из сторон каждого диска располага­ется очень близко к тому месту, где главная нервная ветвь по­кидает позвоночный канал. Если эта сторона диска начнет хоть немножко выступать, она с легкостью может коснуться нерва. Любой незначительный контакт в форме касания, потирания или сжатия способен вызвать острую боль. Таким образом, диск может оказать прямое давление на нервный корешок. (Непрямое воздействие диска на нерв имеет место при болях типа 4, и этот вопрос мы рассмотрим в следующем разделе.)

Когда нерв зажимается диском, проблема становится вдвой­не сложной. Кроме физического давления, испытываемого нервом, он подвергается и химическому раздражению, вступая в контакт с ядром диска. В центре диска содержится вещество, которое, как ни странно, весь остальной организм отказывается

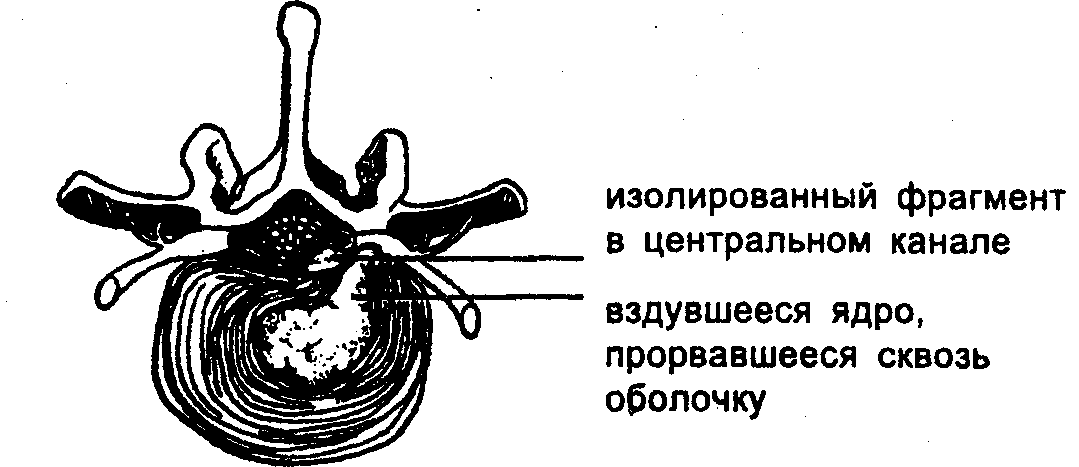


Рис. 14. Когда прорывается наружная оболочка диска, его ядро выступает наружу, соприкасаясь с корешком нерва. В редких случаях от ядра может оторваться небольшой фрагмент, который попадает в позвоночный капал.

принимать за свое и потому пытается с ним бороться. Такая попытка вызывает сильное воспаление и пронзительную боль. Поскольку раздражается в основном нерв, а не диск или сустав, и поскольку эти симптомы проявляются по пути следования нерва, основным источником боли становится не спина, а нога.

Тот самый отрыв частицы диска, о котором говорилось двумя абзацами выше, достаточно редко встречается у людей с защем­ленным нервом, а они, в свою очередь, составляют явное мень­шинство тех, кто страдает от болей в спине. Тем не менее мне доводилось встречать много случаев разрыва диска, и диагности­рование их бывает сложной задачей. Когда этот маленький кусо­чек диска отрывается и втягивается в канал нерва, врача могут привести в замешательство наблюдаемые им проявления. Сам диск, освободившись от давления, вызвавшего его вздутие, те­перь почти не вызывает боли. Отделившийся фрагмент диска, не будучи связанным с организмом нервами, вообще ничего не чув­ствует. А вот нерв, получая раздражение от оторвавшегося кусоч­ка, может демонстрировать странный набор симптомов. Если кусочек диска примостился в нервном канале, например под су­ставом, боль будет усиливаться при отклонении назад (симптом типа 2) и в то же время будет несомненным наличие раздраже­ния нерва и боль в ноге, характерная для типа 3. Когда дело доходит до диагностики, секвестрированные диски представляют известную трудность. Кроме того, это как раз те самые редкие случаи болей в спине, при которых может потребоваться хирургическое вмешательство. Самый простой способ прекратить странствия кусочка диска, вызывающие кучу неприятностей, — это хирургическое его удаление.

Хотя я уже подчеркивал, что ущемление нерва не обязатель­но вызывает более сильную боль, чем боли типа 1 и 2, можно наверняка сказать, что боли в ноге типа 3 бывают очень остры­ми. Особенно живо я помню несчастного мужчину, клерка лет сорока, который клялся, что единственное терпимое для него положение — на четвереньках.

Этот человек был уже госпитализирован, когда я впервые увидел его. Он почти все время упорно стоял на четвереньках. Он пребывал на четвереньках в постели. Он принимал пищу, стоя на четвереньках. Он отправлялся в ванную и возвращался оттуда на четвереньках. Весь медицинский персонал отделения считал его каким-то эксцентриком. Однако, как ни странно, при исследовании выявились признаки, которые нельзя было игнорировать и которые этот человек при всем желании не мог бы симулировать. Можно было сделать единственное заключе­ние: подобно многим людям с болями типа 3, этот страдалец обнаружил, что боль ослабевает, когда он прогибает спину. А поскольку боль в ноге была исключительно острой, большую часть времени он стоял на четвереньках, позволяя силе тяготе­ния изгибать за него его спину. И действительно, мы обнару­жили, что у этого мужчины был вспученный диск, оказываю­щий давление на нерв, — состояние, которое можно снять хи­рургическим путем. Мы прооперировали его и избавили от боли типа 3.

Когда имеет место раздражение нерва, боль вспыхивает вдоль всего нервного ствола и всех его ответвлений. Создается впечатление, что боль частично исходит из других частей тела, обслуживаемых данным нервным стволом, например, из бедер или икр. Все четыре типа распространенных болей в спине дают симптомы, связанные с ногами, но лишь тип 3 с его сме­сью острого воспаления и прямого давления на нервный коре­шок может вызывать столь пронзительную и неожиданную боль в ноге. Это единственное состояние, которое действительно можно определить как «седалищное». О тестах, позволяющих определить наличие прямого раздражения нерва, говорилось в начале главы 4.

Причины болей типа 4

Четвертый тип распространенных болей в спине и ногах тоже является результатом сплющивания диска, вызванного его высы­ханием, старением и повседневным функционированием. По мере того как диск становится все более плоским, раздуваясь в ширину, соседние позвонки значительно сближаются. Как мы видели ранее, корешки нервов выходят из позвоночного канала через просветы между парами позвонков. Места их выходов яв­ляются не какими-то отверстиями, а просто просветами. Когда эти просветы сужаются, может произойти защемление проходя­щих через них нервов. Защемляют их, конечно, кости, но непри­ятности начинаются с диска, поскольку он перестает удерживать кости на нужном расстоянии друг от друга. Такое сужение спин­ного канала часто называют спинальным стенозом — еще одно из словечек на «докторском», которое звучит очень страшно, хотя таковым не является. «Стенозный» означает попросту «уз­кий», и если вам сообщают, что у вас узкий позвоночный канал, пугать это должно не больше, чем если вам скажут, что у вас тонкие волосы. Кроме того, проблему представляет не сам тес­ный канал, а отсутствие в нем места для нервов.

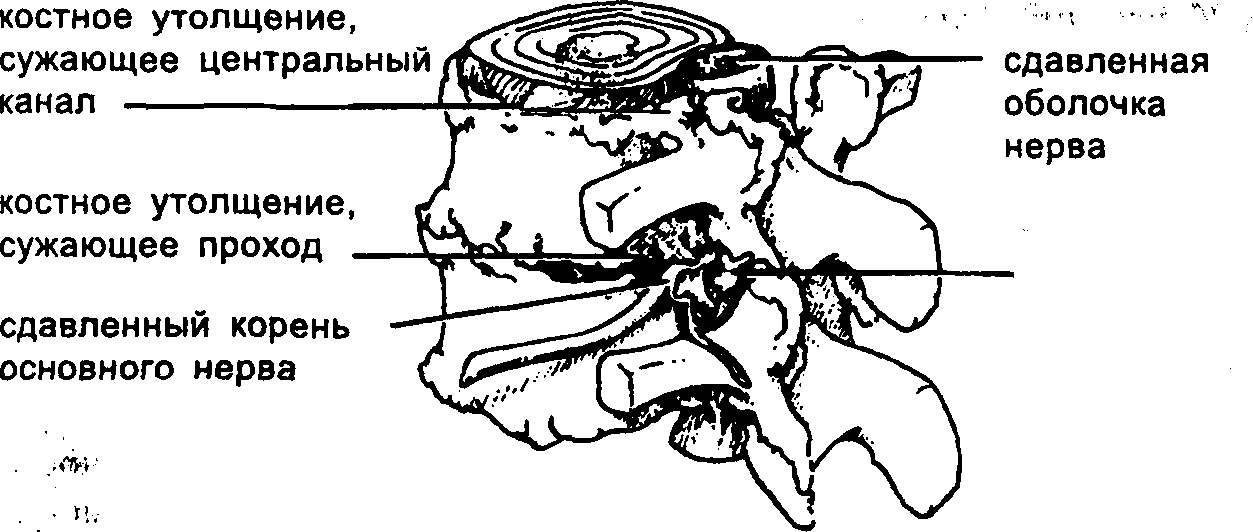
Нервы, как и прочие части вашего организма, нуждаются й нормальном кровоснабжении. По мере старения позвоночника с его костями происходят изменения, начинающие нарушать нор­мальное кровоснабжение Костные разрастания, называемые ос­теофитами, появляются на задней стороне барабанообразных тел позвонков и постепенно проникают в позвоночный канал. Дру­гие наросты развиваются на сторонах изношенных позвоночных суставов, перекрывая и без того небольшие просветы, через кото­рые проходят нервы. Нервы эти начинают потихоньку зажимать­ся. Обычно в состоянии покоя нервы и в этом случае получают достаточное питание. Однако когда они активизируются, посы­лая, например, сообщения в ноги во время ходьбы, им необходи­мо дополнительное питание, которого они не могут получить.

Вот тогда и начинаются боли в ногах. Ощущение затекших или «резиновых» ног схоже с тем, которое наблюдается при недостаточном кровоснабжении самих мышц. Часто подобное состояние облегчается при наклонах вперед, поскольку в этом положении выходные каналы нервов приоткрываются, сам ка­нал расширяется и нервы получают возможность подкормиться.

—изношенные остистые суставы, сужающие канал и проход

Рис. 15. Давление костных разрастаний на центральный пучок нервов вызы­вает боли типа 3. Боль, отдающаяся в ноги, связана с движением, при кото­ром возникает давление, мешающее нормальному кровоснабжению нервов.

Как же определить, является ли защемление нерва (при пред­положении, что таковое существует) результатом прямого кон­такта диска с нервом или результатом сближения двух соседних позвонков? Возможно, на этот вопрос и не удастся дать точный ответ. Многое здесь может сказать ваш возраст. Если вы моло­же 60 лет, то, скорее всего, защемление нерва произошло из-за прямого контакта данного нерва с диском. Если же вы старше 60 лет, то растет вероятность того, что нерв зажат между двумя соседними позвонками: людей постарше обычно не беспокоят недавно выпятившиеся диски. Различны и типы болей. Боль типа 3 бывает внезапной, усиливающейся при сгибании. Боль типа 4 характеризуется «омертвением» ног, возникающим при активных движениях и исчезающим в состоянии покоя и при наклоне вперед. Могут одновременно наблюдаться оба типа болей. Однажды я оперировал пациента по поводу оторвавшегося кусочка диска, вызывавшего симптомы типа 3. Через несколько месяцев после операции пациент позвонил мне и спросил, почему он не только избавился от острых болей, но и может теперь ходить, не ощущая этого ужасного тянущего ощущения в обеих ногах. Удалив часть кости с крыши позвоночного канала, чтобы обнаружить оторвавшийся кусочек, я заодно устранил проблему сжатия корешков нервов, вызывавших боли типа 4, о которых пациент в свое время даже не упомянул.



,

Когда нервные импульсы блокируются в какой-либо одной точке, помехи распространяются по всей протяженности нерва. Правильное функционирование такого нерва нарушается, и последствия этого ощущаются в дальних уголках нервной системы. Вы теряете контроль над частью мышц. Реакции, которые мы называем рефлексами, блокируются, данный нерв перестает передавать осязательные ощущения. Вот почему в предыдущей главе сказано, что если вы прошли мышечный тест (вставая на цыпочки и ходя на пятках), рефлекторный тест (коленный и ахиллесова сухожилия) и тест на чувствительность (нанося уколы в ступни и икры), значит, вряд ли у вас могут быть боли типа 3 с потерей нервной проводимости.

Прежде чем вы в ужасе уроните эту книгу, убедившись, что у вас боли типа 3, которые вскоре парализуют вашу нервную систему, я хочу успеть сделать несколько важных замечаний. Тип 3 — прямое давление на нерв вспученным диском — не только редко встречается, но обычно ограничивается столь не­значительным давлением, что боль от раздражения нерва, как правило, не влияет на функционирование этого нерва. Проще говоря, не теряется ни мышечная сила, ни рефлексы, ни чув­ствительность. Наконец, даже в тех редких случаях, когда дав­ление на нерв происходит достаточно долго и с достаточной интенсивностью, чтобы нарушить прохождение нервных им­пульсов, функциональные способности снижаются только у одного нерва, обеспечивающего в самом худшем случае работу двух-трех мышц или чувствительность небольшого района кожи. Понятно, что последствия этого серьезны и могут отразиться на двигательных возможностях ног, но ни о каком общем параличе не может быть и речи.

Если вы прочли мои объяснения со скептической улыбкой, возможно, теперь вы говорите себе: «Что же, он довольно лов­ко все это преподносит. Но с чего он взял, что защемленный нерв подействует именно на нижние части ног? Разве у меня нет других нервных ответвлений, идущих в другие части ног да и в остальные части тела? Разве не может мой защемленный нерв (если предположить, что у меня такой есть) оказаться нервом, идущим, скажем, к колену или к бедру, а то и вовсе к пупку?»

Ответ на ваш вопрос таков: да, это возможно, но очень маловероятно. Я опять исхожу из принципа, что обычно проис­ходят самые обычные вещи.

Уже в начале этой главы я указывал на то, что по мере по­степенного старения и изнашивания позвоночника его наиболее нагруженные места становятся все более подверженными раз­личным неприятностям. Все диски со временем теряют влагу и сплющиваются, но неприятности доставляют те диски, которые находятся под сильным механическим давлением.

Специалистам-остеопатам по опыту известно, что в связи с существованием фактора нагрузки три диска вашего позвоноч­ника дают гораздо больше неприятностей, чем все остальные, вместе взятые. Один из них находится в шейном отделе — это диск С5—6. Неприятности, связанные с ним, похожи на те, кото­рые проявляются в поясничном отделе, однако шейные случа­ются примерно в два раза реже. По статистике, особенно много хлопот доставляют два диска в самом низу вашей спины — L4—5 и L5—S1. Они могут защемить нервы, идущие в нижние конечности, и именно потому проводятся тесты, описанные в главе 4. Эти два места позвоночника дают более 80% случаев защемления корней нервов, связанных с поясничными болями. А если в счет включить и еще один вышележащий диск L3—4 (способный травмировать нерв, обеспечивающий коленный рефлекс и чувствительность внутренней поверхности икры), то выяснится, что речь идет об источниках более чем 90% заболе­ваний, связанных со сжатием нервных корешков дисками пояс­ничного отдела. Иными словами, если у вас есть проблемы с дисками в поясничном отделе и при этом пострадала нервная система, можно быть более чем на 90% уверенным в том, что симптомы появятся в нижних частях ног.

Теперь, когда вы уже знаете, каким образом обычно развива­ются сценарии всех четырех типов распространенных болей в спине, посмотрим, как вы справитесь с необыкновенным пациен­том, которого когда-то пришлось диагностировать и лечить мне.

Сцена I. Новый пациент, женщина, которую я буду называть Френсис, явилась ко мне со знакомой историей. У нее затяжные боли в районе поясницы. Боль уже не такая острая, как была поначалу, но длится несколько недель. Отдается боль и в пра­вую ягодицу, а также по задней поверхности бедра. Задавая вопросы и проводя осмотр, я установил, что мышцы во всей ноге действуют как обычно, коленный и ахиллесов рефлексы в норме, не потеряна чувствительность ни на ступне, ни на икре. При наклонах вперед боль в спине усиливается.

Что же такое у Френсис? Если вы помните содержание гла­вы 4, то без труда диагностируете ее проблему как боли типа 1, вызванные выступающим диском.

Я и установил такой диагноз, предписал соответствующее лечение, и боли в спине у Френсис ослабли.

Сцена II. Шестью месяцами позже Френсис вновь приходит ко мне в кабинет по поводу нового приступа болей в спине. Она сообщает, что старые боли появились вновь, а затем вдруг исчезли, но зато появился новый тип боли — в правой икре. По ряду симптомов это было похоже на ту же самую старую проблему, но вскоре я выявил и разницу. Теперь боль отмечалась по всей длине правой ноги вплоть до кончиков пальцев. Исчез рефлекс в правом ахиллесовом сухожилии, исчезла и чувствительность к уколам на внешней стороне стопы.

Что же произошло? Вот пациент, у которого исчезла боль типа 1. Теперь все указывает на тип 3. Дополнительные тесты подтвердили мое подозрение: боли типа 1 резко прекратились, потому что выступавшая часть диска оторвалась и прекратила давить на сам диск. Этим могло бы объясняться внезапное пре­кращение болей. Но как объяснить тут же возникшие боли типа 3? Видимо, оторвавшийся фрагмент диска застрял около нерва, вызвав симптомы типа 3 и соответствующие последствия.

Какое же принять решение? Поскольку корректирующие упражнения не приносили Френсис облегчения и состояние ее ухудшалось, она вошла в ту небольшую группу пациентов, ко­торые действительно нуждаются в хирургической операции. В операционной я извлек из позвоночника Френсис оторвавшийся кусочек диска. Проблема была решена, и состояние ее стало быстро улучшаться.

Сцена III. Прошло еще восемнадцать месяцев. Угадайте, кто опять появился у меня в кабинете с жалобами на ужасные боли в спине? Еще один вспученный диск? Еще один блуждающий фрагмент? Ничего подобного. Френсис продемонстрировала мне абсолютно новый набор симптомов и реакций. К этому времени я уже знал ее достаточно хорошо и был уверен, что она не симулирует и ничего не преувеличивает. Я вновь взялся подробно исследовать ее состояние. Теперь боль из спины отдава­лась в ягодицы и в ноги. Никаких симптомов типа 3. Исключил я также и повторения типа 1, поскольку наклон вперед не был для нее особенно .болезненным. Пожалуй, при нем боль даже ослабевала. А вот и подсказка: больнее всего ей прогибаться в спине назад. Френсис, избавившаяся от болей типа 1 и типа 3, явилась совершенно несомненным случаем болей типа 2!

В это трудно поверить, правда? Однако понять это все-таки можно, зная механизм распространенных типов болей в спине. Тот же самый диск, который вызывал боли типа 1, когда его вспучило, и боли типа 3 в период «странствующего фрагмен­та», теперь косвенным образом был виноват в болях типа 2. Сплющившись, этот диск позволил косточкам позвоночных су­ставов слишком сблизиться, и они начали тереться друг о дру­га, вызывая боль.

К счастью, ко времени этого визита Френсис была достаточ­но хорошо знакома с анатомией спины и потому охотно приня­ла мои объяснения и стала выполнять предписанные мной уп­ражнения на растяжку, на укрепление мышц и на выработку правильной осанки. Состояние Френсис быстро улучшалось, и, насколько мне известно, сейчас она живет нормально без ка­ких-нибудь серьезных проблем со спиной — старых или новых. Если бы дела обстояли по-иному, я, вероятно, узнал бы об этом первым.

Сцена IV. Она еще не произошла, но давайте заглянем в будущее. Двадцать лет спустя Френсис вновь приходит и рас­сказывает странную историю. Со спиной все в порядке, хотя иногда она побаливает, но вот ноги всерьез беспокоят Френсис. Стоит ей погулять четверть часа, и она чувствует, будто ноги у нее набиты булавками. Дела обстоят так плохо, что ей прихо­дится останавливаться и искать местечко, где она могла бы присесть. При наклоне/вперед (положение, в котором она чув­ствует себя не слишком уверенно) через несколько минут симп­томы в ногах исчезают. Френсис готова опять отправиться в поход и повторить весь цикл заново.

Что-нибудь новенькое? Вряд ли. Это типичная симптоматика болей типа 4, результат сужения позвоночного канала и просве­та, через который проходит нерв, — и все по вине старого нашего знакомого, сплющившегося диска. Серия событий, вызвавшая у Френсис боли типа 2, плюс возникшие за это время костные разрастания привели к появлению постоянного давле­ния на корешки нервов, а следовательно, к потере в них нор­мального кровообращения.

Возможно, помочь Френсис будет просто — с помощью но­вого набора упражнений, или сложно — проведя хирургическую операцию. Однако диагностировать проблему и найти ее решение не так трудно.

Какими бы хитроумными ни были истории болезни, подоб­ные описанной выше, они не могут служить доказательством того, что спина остается для медицины загадкой. Я убежден в том, что всякий связанный с нею недуг, сколь бы сложным и загадочным он ни казался, может быть правильно диагностиро­ван и излечен. Любой специалист способен это сделать при наличии опыта, настойчивости и сотрудничества со стороны пациента.

Поверьте, я не собираюсь утверждать, будто медицинский мир знает все, что стоит знать о спине, а в особенности о том, что ей докучает. Безусловно, не установлен еще ряд важных фактов и ряд вопросов остается без ответа. К примеру, что же такое в дисках заставляет их терять влагу? Полного ответа на этот вопрос не знает никто. А почему болят изношенные суставы? Никому не известно. Какие механизмы боли начинают дей­ствовать при прикосновении диска к нерву? Эксперименты по­казывают, что одного давления для такого уровня боли недоста­точно, а химизм процесса понятен не до конца, так что исчерпывающего объяснения пока нет. А как там насчет взаи­моотношения изнашивания и механических нагрузок? Является ли оно результатом повышенной активности или просто ситуа­ции повышенных нагрузок делают его более явным? Перевеши­вает ли польза от повышенной двигательной активности вред раннего изнашивания, вызываемый той же самой активностью? Мы полагаем, что это так, но окончательного ответа не знает никто.

Лично я считаю (и уже говорил об этом), что признаки изна­шивания частей позвоночника — это часть нормального про­цесса старения. Несколько лет назад громко обсуждался тот факт, что вскоре после того как тракторы начали снабжаться фарами, многие фермеры стали страдать от «нового» недомогания, прозванного «тракторная спина». На самом деле это была старая добрая боль в спине, возникающая, правда, в новых обстоятельствах. Установка фар сделала возможным пахоту и днем и ночью, то есть в два раза дольше, чем раньше. Однако, по моему мнению, само по себе пребывание на сиденье тракто­ра ни у кого и никогда не вызывало серьезных проблем со спиной, и говорить об этом так же безответственно, как говорить, что именно фары заставляют спину болеть. Попросту очень длинный рабочий день стал создавать очень продолжительное напряжение, в связи с которым нормальное изнашивание позвоночника стало болезненным процессом.

Несомненно, некоторые виды деятельности гораздо чаще вы­зывают появление недугов, связанных со спиной. Научные ис­следования показали, что чаще обычного боли в спине появля­ются у шахтеров, литейщиков, медсестер, портовых грузчиков и операторов, работающих на тяжелом оборудовании. Послед­няя группа исследовалась особенно внимательно в связи с пред­положением о существовании прямой связи между воздей­ствием вибрации и степенью старения дисков. Проблема состо­ит в том, что ученые попытались поставить телегу впереди лошади: где тут причина, а где тут следствие? Действительно ли повышенный уровень болей в спине отражает процесс уско­ренного старения позвоночника, вызванного очень тяжелой ра­ботой, или же работа, требующая высоких физических нагрузок в неудобных положениях, лишь усиливает заурядные спинные боли?

Один из моих пациентов, который мог бы возложить вину за износ позвоночника на свою тяжелую работу, был кузнецом. Да, у нас еще есть кузнецы, вручную машущие молотом. Этому кузнецу было тридцать два года, и он подковывал лошадей с десятилетнего возраста. Став взрослым, он занимался своей тя­желой работой по двенадцать часов в день. Всякий раз, приби­вая подкову, он должен был сгибаться в пояснице, а затем, находясь в неподвижном положении, удерживать вес ноги ло­шади и махать тяжелым молотом. Неудивительно, что у него болела спина. Он не погрешил бы против истины, заявив, что износил ее в'; результате тяжкого труда. Немногие из нас могут сделать такое заявление, независимо от того, чем мы зарабаты­ваем себе на жизнь и сколь прилежно трудимся.

В этой истории достойно восхищения то, что кузнец этот, несмотря на свой в полном смысле слова износившийся позво­ночник, продолжает заниматься тем, чем ему хотелось зани­маться, в том числе и своей работой. Изношенность дисков и суставов не лишила его возможности выполнять свое дело — просто работать стало труднее. Как и все люди, страдающие от болей в спине, он может рассчитывать на то, что со временем его состояние облегчится. А пока ему пришлось наполовину сократить свой рабочий день. Я разработал для него программу, позволяющую контролировать его боли и помогающую ему изменить образ жизни в той области, где она не связана с работой, чтобы дать спине побольше отдыха в промежутках между необходимыми занятиями.

Пример с кузнецом заставляет задуматься о двух важных вещах (которым, собственно говоря, эта книга и посвящена).

Во-первых, больная спина со временем самовосстанавливает­ся. Как я уже говорил, невозможно предсказать, что произойдет с конкретным индивидуумом в процессе его старения, однако статистика говорит, что боли в спине наиболее распространены среди лиц среднего возраста. Обретая стабильность, спина беспо­коит меньше. Диск разрушается до определенного предела, а по­том стабилизируется в каком-то состоянии. По мере того как вы стареете, позвоночник укорачивается и вы становитесь меньше ростом. В то же время кости спины обзаводятся наростами — остеофитами, которые окружают диск, помогая стабилизировать его положение. Говоря иными словами, в отличие от общеприня­того мнения, мы утверждаем, что костные разрастания не всегда приносят вред. Скорее, они даже частично помогают решить проблему. Наросты на костях доставляют неприятности лишь при болях типа 4, то есть получается, что слишком много хоро­шего — это уже чересчур. Другой аспект того же восстанови­тельного процесса — способность ваших суставов видоизменяться в соответствии с новым положением вещей, избавляясь от излишнего давления и освобождая путь для нервных волокон.

Во-вторых, практически все меры, которые необходимы для того, чтобы по ходу дела контролировать состояние вашей спи­ны, вы способны предпринять самостоятельно.

Многие из моих пациентов, услышав об этих фактах, воспри­нимают их скептически. Они всегда полагали, что если уж спина заболела, то со временем дела будут обстоять все хуже. Однако, как мы уже убедились, по мере старения (скажем, после 65 лет) состояние спины стабилизируется; это происхо­дит у всех, независимо от наличия или отсутствия болей. И по мере того, как уменьшается ее подвижность, когда она все реже сгибается и скручивается, ее слабые места все реже подверга­ются напряжению. Трудно ожидать на седьмом десятке лет по­явления болей, вызванных механическими причинами. (Преста­релые люди подвержены спинным болям, вызванным другими причинами, которые описываются далее в этой главе, однако состояния эти имеют не механическую природу и встречаются довольно редко.)

Мне приходится также убеждать своих пациентов в том, что волшебные свойства самовосстановления проявляются каждый раз, когда спина получает настоящий покой. Я понимаю, что воспринять этот совет трудно, тем более в тот момент, когда боль особенно сильна и страдающим людям хочется, чтобы в их отношении были предприняты какие-нибудь кардинальные меры. Однако на самом деле решение их проблем далеко не эффектно. Все приходится делать шаг за шагом, мало-помалу изменяя осанку (что позволяет разгрузить пораженное место), делая упражнения на растяжку (что помогает снизить уровень боли), потихоньку изменяя свои повседневные привычки (что позволяет устранить дискомфорт). Здесь нет никакой магии, но эти методы срабатывают, и сознание этого факта успокаивает, что, в свою очередь, помогает исцелиться.

Редко встречающиеся случаи болей в спине

Теперь, когда мы подробно рассмотрели причины, следствия и симптомы наиболее распространенных болей в спине, вы, возможно, подумаете, что я не интересуюсь иными видами боли. На самом деле я как профессионал занимаюсь всем диапазоном проблем, связанных со спиной. Однако для детального их рассмотрения пришлось бы написать книгу, по объему пре­вышающую эту во много раз, причем большинство читателей не извлекло бы из этой книги никакой пользы для себя. В нее пришлось бы включить описания таких недомоганий, которые встречаются один раз на тысячу, а то и реже. Все подобные недуги, вместе взятые, составляют менее 5% всех жалоб пациентов. Причем жертвы этих редких недомоганий вряд ли что-то выиграют, прочитав книгу, поскольку как раз эти 5% не смогут помочь себе в своей беде. В то же время, как ни удивительно, некоторые из таких болей вписываются в хорошо знакомые нам механические стереотипы. С ними можно разделаться таким же образом, как и с рассмотренными выше четырьмя типами распространенных болей.

Если у вас отмечаются симптомы, не совпадающие с описан­ными в этой главе, рекомендую вам попросить врача провести тщательный осмотр. Даже если вы уверены, что ваши неприят­ности соответствуют одному из четырех типов, возможно, вам будет полезно узнать кое-что и о более редких случаях недомо­ганий, поскольку может возникнуть нужда отличить их от ряда состояний, выступающих под маской таких впечатляющих на­именований, как остеоартрит позвоночника, который, как мы убедились, является попросту воспалением сустава.

Итак, вот краткие описания некоторых менее распространен­ных болезней позвоночника, о которых вы можете услышать.

Лнкилозируюший спондилит

Появляющийся в основном у молодых людей, анкилозирую-щий спондилит вызывает распространяющееся воспаление по­звоночных суставов и может поразить также тазобедренные, коленные, крестцовые суставы. Характеризуется он заметным сглаживанием поверхности поясницы, затрудненностью движений груди и четко выраженной потерей подвижности позвоночника, в особенности заметной по утрам. По мере развития болезни все больше ограничивается подвижность позвоночника из-за сращивания всех позвонков. Заболевание может спонтанно приостановиться на любой стадии.

Возникающую в результате острого воспаления боль можно снять применением противовоспалительных лекарств. Надлежа­щее лечение должно включать инструкции по выработке пра­вильных повседневных привычек, например, таких, как сон без подушки, на тот случай, если позвоночник полностью окостене­ет, чтобы это произошло в оптимальном положении. Устойчи­вые деформации могут потребовать серьезных хирургических операций.

Рак позвоночника первичный

Это исключительно редко встречающееся заболевание может быть результатом возникновения опухоли позвонков, костного мозга, нервов, мышц или фиброзных тканей позвоночника. Ха­рактеризующийся местной чувствительностью и местными бо­лями, не снимающимися в результате отдыха или специальных упражнений, первичный рак позвоночника может быть обнару­жен анализами крови и образцов костей, компьютерной томо­графией или магниторезонансными исследованиями.

При лечении могут быть использованы все три способа: хи­миотерапия, лучевая терапия и хирургия.

Рак позвоночника вторичный

Хотя он встречается чаще, чем первичный, болезнь эта оста­ется сравнительно редкой. Сам термин «вторичный» означает, что рак возник в каком-то другом органе, чаще всего в легких, молочной железе или простате, а затем распространился на позвоночник. Однако человек, у которого на фоне рака какого-то органа появились боли в спине, вовсе не должен предпола­гать, что боли эти являются симптомом вторичного рака позво­ночника. Очень может быть, что это обычные боли в спине, вызванные обычным изнашиванием позвоночника и никак не связанные с раком.

Лечение вторичного рака позвоночника то же, что и при первичном раке, и может проводиться одновременно с лечением первичного источника болезни. Поскольку рак молочной желе­зы и рак простаты реагируют на гормоны, лечение в этих слу­чаях, вероятно, будет включать и гормонотерапию.

Остеопороз

При этом состоянии, как правило, появляющемся в преклон­ном возрасте, кости позвоночника (и всего остального организ­ма) истончаются. Хотя наружный диаметр и форма костей оста­ются неизменными, внутренняя масса кости постепенно исчеза­ет. Этот процесс проходит без боли, и его можно считать одним из аспектов нормального старения.

Иногда, особенно у женщин после климакса, потеря костной ткани становится значительной, что может привести к неприятностям. Сам по себе остеопороз не мешает, но когда какая-то из слишком истончившихся костей ломается, она доставляет ту же боль, какую доставляет любой перелом. Барабанообразное тело какого-нибудь позвонка может вдруг разрушиться даже от такого безобидного события, как неосторожный шаг, чихание или кашель. Потом перелом зарастет и боль исчезнет, но множе­ственные переломы могут привести к изменению формы позво­ночника и появлению «старушечьей спины» — сгорбленной, с опущенными плечами.

Сопутствующие остеопорозу механические проблемы лечатся так же, как обычные боли в спине. Самое лучшее лечение остеопороза — это профилактика через формирование крепких костей в молодости. Уже появившийся остеопороз трудно ле­чить, и процесс может оказаться необратимым. Лечение вклю­чает в себя гормонотерапию, прием специальных лекарств, та­ких, как препараты фтора, кальцитонин и паратгормон; приме­няются витамин D и большие дозы кальция. Настоятельно рекомендуется изменение образа жизни, в том числе отказ, от курения и алкоголя, соблюдение сбалансированной диеты и за­нятия физическими упражнениями.

Болезнь Педжета

При этом недомогании повторяющиеся эпизоды разрушения костей перемежаются попытками их самовосстановления. Это аномальное состояние может наблюдаться в любой части скеле­та, в том числе и в позвоночнике. В результате изменения фор­мы костей позвоночника возникает его деформация с характер­ным изменением осанки. Кости начинают разрастаться в сторо­ну позвоночного канала, вызывая позвоночный стеноз и боли от хронического сжатия нервов. Это заболевание редко встре­чается у людей моложе 40 лет.

Ревматическая болезнь

Не все больные ревматизмом страдают ревматоидным артри­том. Ревматическая болезнь может принимать разные формы и поражать самые различные органы — от почек до нервной си­стемы. Мы уже уяснили, что артрит означает воспаление суста­ва, вызванное самыми различными причинами. Так что ревматоидным артритом можно назвать лишь такое состояние, когда ревматическая болезнь вызывает воспаление суставов.

Человек с ревматоидным артритом, как правило, страдает от воспаления множества суставов, в том числе и позвоночных. Первичный диагноз может быть подтвержден анализами крови и рентгенограммами, показывающими типичную деформацию суставов. При поражении позвоночника проблемы возникают скорее в шейном отделе, чем в поясничном.

Лечение включает прием медикаментов, начиная от аспирина и кончая инъекциями соединений золота и стероидов. Наряду с этим необходимы выработка правильных положений для отдыха, занятия упражнениями, изменение стереотипов повседневных действий, применение специальной экипировки. Для восстанов­ления поврежденных суставов может понадобиться хирургия.

В соответствии с данными Американской ассоциации ревма­тизма 5 из 20 пациентов с ревматоидным артритом восстанав­ливают свое здоровье полностью и еще 5 излечиваются, сохра­нив мелкие остаточные деформации. Лишь у 10% пациентов остаются серьезные проблемы с суставами.

Болезнь Шойермана

Некоторым это явление известно как юношеская сутулость. Болезнь эта встречается, как правило, в возрасте 11—14 лет. Спина принимает сутулую, изогнутую форму, что является следствием дефекта роста какого-то позвонка, принимающего не барабанообразную, а клинообразную форму.

Легкие случаи лечат методами физиотерапии, улучшающими осанку, и применением бандажей. Тяжелые случаи у взрослых изредка требуют хирургического вмешательства для корректи­ровки положения позвоночника.

Сколиоз

Из всех жертв сколиоза более всего прославился, по крайней мере в художественной литературе, герой Виктора Гюго горбун Квазимодо. К счастью, сколиоз очень редко принимает столь крайние формы. Типичный случай — это неправильный изгиб позвоночника, легкая горбатость и менее заметное выступание одной части грудной клетки. Состояние это, чаще поражающее девочек, начинается в подростковом возрасте, когда позвоночник скручивается и изгибается на одну сторону. Чаще всего сколиоз наблюдается в верхней части спины, и хотя причины его неизве­стны, мы полагаем, что какую-то роль играет фактор наслед­ственности. Сколиоз также может быть результатом родовой травмы, несчастного случая, последствием операции на грудной клетке и мышечного дисбаланса, вызванного параличами.

В период роста пациента лечат упражнениями и применени­ем бандажей. У взрослых сильное искривление можно скоррек­тировать только хирургическим путем. Сколиоз, поражающий поясничный отдел, может сопровождаться обычными болями в спине. Более типичный сколиоз в верхней части позвоночника, как правило, является безболезненным.

Около 15% всего населения поражено сколиозом, однако в большинстве случаев он настолько слабо выражен, что люди и не знают о его наличии. В этих случаях в лечении нет нужды.

Другая, совершенно особая форма сколиоза (кстати, этот тер­мин означает «аномальный изгиб позвоночника») проявляется в преклонном возрасте. У некоторых людей естественный процесс изнашивания позвоночника происходит столь интенсивно, что спина начинает изгибаться. Процесс этот называют дегенера­тивным коллапсирующим сколиозом. Вместо обычного симмет­ричного изнашивания всего позвоночника диски и суставы те­ряют стабильность и в пояснице появляется изгиб, доставляю­щий болезненные ощущения. Могут помочь упражнения и выработка осанки, но в ряде случаев сильные боли устраняются только хирургическим вмешательством.

Расщепленный позвоночник

Я включил это явление в свой список только потому, что многие люди полагают, будто оно является причиной болей в спине. Недоразумение основано на неправильном применении термина, поскольку само по себе это состояние не является бо­лезненным или опасным. Существуют и крайние его формы, но встречаются они очень редко и для их обозначения использует­ся другой термин.

На ранней стадии эмбрионального развития позвоночник и спинной мозг имеют форму двух плоских узких вытянутых лепе­стков в районе будущей спины. По мере развития эмбриона лепестки эти сворачиваются в две трубки — одна внутри другой. Иногда внешняя трубка, из которой формируются кости позвонков, захлопывается не до конца, и в ней остается разрыв, через который есть доступ к спинному мозгу. Наиболее крайние случаи выявляются сразу после родов, поскольку при таком дефекте спинной мозг младенца и нервы выпирают под кожу. Состояние такое называют менингомиелоцеле. В слабовы-раженной форме это явление наблюдается, как правило, в каком-нибудь одном позвонке, причем щель в нем бывает настолько узкой (1—2 мм), что существование ее иногда устанавливается только спустя многие годы, когда по какой-то причине проводится рентгеноскопия позвоночника. Щель эта бывает заполнена плотной фиброзной тканью, и позвоночник функционирует нормально. Столь мелкий дефект не бывает причиной болей в спине.

Спондилит

Спондилит — это воспалительный процесс в позвоночнике, вызванный инфекцией или химическим раздражением. Если причиной воспаления является какая-то бактериальная инфекция, иногда его называют остеомиелитом позвоночника. Химическое раздражение может возникнуть вследствие проведения тестов, таких, как дискография, применяемая с целью диагностирования болей в спине. Инфекция может быть осложнением после хирургической операции, последствием травмы спины или вторичным явлением в результате первичного инфицирования какого-то другого органа.

Каким бы ни был источник неприятностей, воспаление и ин­фекцию обычно лечат антибиотиками, покоем, а иногда банда­жом или корсетом, иммобилизующим позвоночник. Изредка де­лают хирургическую операцию, чтобы очистить инфицированное место, снять давление или замкнуть пораженный сегмент.

Спондилолистез

Это не заболевание, а механическое состояние, суть которо­го — смещение одного позвонка относительно другого. Диски никогда не смещаются, но, как ни странно, с позвонками та­кое изредка бывает. Это может произойти в результате пяти причин: какой-то дефект в суставной системе задней части позвоночника (состояние, называемое спондилолизом, которое будет описано ниже); врожденная аномалия в устройстве по­звоночного сустава; крайние случаи изношенности ряда позво­ночных суставов; серьезная травма; поражение позвонков, из­меняющее их форму, — например, болезнь Педжета:

У подростков для восстановления правильного положения по­звонка может потребоваться хирургическая операция. У взрос­лых легкие случаи лечат теми же методами, что и обыкновенные боли в спине. В тяжелых случаях, сопровождаемых болями, при­бегают к хирургическому вмешательству.

Дегенеративный спондилолистез, вызванный сильным изна­шиванием какой-то пары позвоночных суставов, является ло­кальной версией описанного выше дегенеративного коллапсиру-ющего сколиоза. По невыясненным причинам дегенеративное смещение чаще всего отмечается у женщин старше 45 лет на уровне L4—5. Боли являются сочетанием типов 1, 2 и 4. Как и в случае со сколиозом, для снятия давления на защемленный нерв, вызывающий острые боли, может потребоваться хирурги­ческое вмешательство.

Спондилолиз

Не следует путать его со спондилолистезом (хотя путают их даже врачи), поскольку спондилолиз является дефектом задней части позвонка, обычно поясничного отдела. Хотя причина воз­никновения этого явления точно неизвестна, полагают, что она является следствием незаросшего перелома, полученного в раннем детстве (до 5 лет). В результате появляется ненормальный разрыв между верхней и нижней частью сустава. Типичным симптомом являются перемежающиеся боли. Хотя спондилолиз может выз­вать смещение пораженного позвонка (спондилолистез), это ос­ложнение вовсе не является неизбежным. Да и сам несросшийся перелом далеко не всегда вызывает боли в спине. У населения в целом спондилолиз отмечается примерно у каждого десятого. У коренных обитателей острова Баффинова Земля в арктической части Канады этот показатель достигает 50% — возможно, пото­му, что тамошние малыши очень часто падают на лед.

На протяжении всей этой книги я исхожу из предположения, что вы, читатель, страдаете не от каких-то редких заболеваний, перечисленных выше, а от наиболее распространенных типов болей в спине. Разумно предполагать именно это. И если мое предположение верно, уверяю вас, что вы не только находитесь в большой компании, но и являетесь счастливчиком, если мож­но назвать счастливчиком человека, у которого болит спина. Хотя я не собираюсь отговаривать кого-то от посещения врача, мне хочется подчеркнуть, что самостоятельно проводимые про­цедуры, описанные в этой книге, могут оказаться единственным лечением, необходимым вам, чтобы до конца жизни держать проблемы своей спины под контролем.

Глава • 6

Неужели это все от головы?

За свою жизнь я повидал немало необычных пациентов, но не было среди них никого более эксцентричного, чем человек, которого я буду называть Ральф.

В свои 35 лет Ральф страдал от обычной боли в спине и облегчал свое состояние непрерывным пребыванием в постели. В этом нет ничего странного. Но Ральф, видите ли, был профессиональным писателем. К тому времени, как я с ним познакомился, он полностью погрузился в свои проблемы и связанную с этим необходимость работать лежа в постели — настукивать текст на компьютере и так далее. Он сам спроектировал и собрал сложную раму, поместил в нее компьютер и подвесил ее над кроватью, чтобы иметь возможность творить, лежа на спине.

Мне не довелось увидеть его изобретения, но, судя по автор­скому описанию, в его проектирование и сооружение было вло­жено немало усилий и смекалки. Если бы он посвятил хотя бы половину истраченного времени и энергии упражнениям для спины, то смог бы вести нормальный образ жизни, совершенно или почти не испытывая болей.

По-видимому, ему этого вовсе не хотелось. Он необычайно гордился своим хитроумным приспособлением и был доволен принятой на себя ролью жертвы неизлечимой болезни, прико­ванной к постели.

Не знаю, зачем Ральф явился ко мне на прием, разве что для получения медицинского одобрения своего смехотворного «реше­ния» вполне заурядной проблемы. Во всяком случае, как только я предложил более рациональный подход, Ральф был потерян для меня как пациент. Больше я его никогда не видел, но он остался в моей памяти необычайно ярким примером того, каким образом эмоциональная реакция на болезнь спины может забло­кировать все попытки применения разумных методов лечения.

Даже у пациентов, реагирующих на боль гораздо сдержан­нее, чем Ральф, всегда отмечается эмоциональный элемент, ко­торый нужно принимать во внимание наряду с элементом фи­зическим. В предыдущих главах мы подробно рассмотрели фи­зические аспекты проблемы. Теперь пора прояснить роль, которую могут сыграть в развитии спинных болей эмоции.

Думаю, большинство людей согласятся с тем, что сознание и тело тесно взаимосвязаны. Все знают, например, что физическое заболевание способно вызвать эмоциональное расстройство, а позитивное эмоциональное отношение играет важную роль в ускорении процесса выздоровления и восстановления. Однако я обнаружил, что многие люди, страдающие от болей в спине, не понимают или не полностью сознают, в какой степени их эмоции влияют на их боли.

Когда вы чувствуете укол боли в спине, первая ваша реакция может быть физической, в форме мышечного спазма. В других случаях она может принять эмоциональные формы, выразив­шись в чувстве тревожности или страха. Конкретная эмоцио­нальная реакция зависит от конкретной личности. Но к какому бы типу личности вы ни относились, реакция проявится обяза­тельно. Хронические боли в спине никогда не носят чисто фи­зического характера. Ваша эмоциональная реакция, пусть даже не обязательно сформулированная словесно, может быть не­сложной и очевидной, вроде: «Гляди-ка, опять у меня спину прихватило!» Эти эмоции, в свою очередь, инициируют мышеч­ный спазм, вызывающий мышечную боль, которая запускает новый этап мышечных спазмов и вызывает дополнительное чувство тревожности. Так оно и идет — не по замкнутому кру­гу, а по раскручивающейся спирали, где с каждым витком фи­зический и эмоциональный элементы становятся все более ярко выраженными.

Подобный стереотип присущ отнюдь не только болям в спи­не. Тревога может отяготить почти всякое физическое расстрой­ство, и наоборот. Чувство подавленности — это обычная реакция, скажем, при сердечных заболеваниях, способная настолько подавить восстановительные процессы, что некоторые врачи отказываются от хирургических операций до тех пор, пока у пациента не восстановится моральное состояние. Я убежден, однако, что при болях в спине эмоциональный элемент дей­ствует еще более деструктивно, чем при любых других недомо­ганиях, поскольку мифы и недоразумения, о которых мы гово­рили в главе 1, являются источником тревог и страхов, совер­шенно непропорциональных серьезности физического аспекта проблемы. Такие эмоции могут стать мощными разрушительны­ми силами, если мы дадим им волю.

Эмоции способны вызвать физическое заболевание. Они оп­ределяют нашу реакцию на заболевание, имеющее чисто физи­ческую причину (припомните нашего прикованного к постели писателя с компьютером). Эмоции влияют на наше восприятие советов врача («Он велел мне начать вставать уже на второй день, но я боялась вновь повредить спину и оставалась в крова­ти до конца месяца»). Эмоции могут продлить проявление ка­ких-либо симптомов. Мне доводилось видеть многих пациентов, чьи организмы запечатлели воспоминания о боли и продолжали ощущать ее в течение длительного периода времени после исчезновения исходной физической причины боли.

Эмоциональное напряжение способно вызывать приступ, идентичный тому, который имел физические причины. О суще­ствовании этого феномена я знаю по собственному опыту. Не­сколько лет назад я учил свою младшую дочь делать кувырок. Выяснилось, что шестилетней девочке не понять словесное опи­сание этого приема и необходимо продемонстрировать его лич­но. Проделав два кувырка, я свернул себе шею и заполучил острую боль типа 2. Как и следовало ожидать, боль прошла быстро, и я совсем позабыл о случившемся, когда спустя три месяца взялся проводить очень сложную хирургическую опера­цию. По мере роста эмоционального напряжения у меня в шее вдруг появились боли. Они были похожи на те, которые я ощу­щал после своего неудачного акробатического выступления. Никакой новой травмы шеи у меня не было, просто я находился в состоянии эмоционального напряжения. Как только операция завершилась (кстати, успешно), боли в шее исчезли. Я стал классическим примером болей эмоционального происхождения.

В сдерживании негативных эмоций ключевым фактором яв­ляется понимание проблемы. Не имея чести знать вас лично, я не имею возможности предсказать, какой будет ваша эмоцио­нальная реакция на боль в спине (или на любое другое недомо­гание), поскольку все мы реагируем очень индивидуально. Если у двух человек имеются одинаковые переломы рук, один может впасть в состояние депрессии и часами смотреть неподвижным взором в стену, в то время как другой использует вынужденные каникулы для встреч со старыми друзьями и для чтения книг. Тем не менее есть определенные связи между сознанием и те­лом, присущие всем нам, и, получив знание о них, вы можете начать исследовать свою индивидуальную эмоциональную ре­акцию на боли в спине.

Для начала посмотрим, каким образом эмоциональный стресс усиливает физическую боль. Это может происходить тремя разными способами, которые я условно назову «напряжение», «фокусировка» и «язык тела».

Напряжение — нормальное состояние, без которого не мог­ли бы функционировать мышцы. Но иногда оно появляется в связи с испытываемыми эмоциями. Если эмоции остаются не выраженными и не разряженными, напряжение не проходит. Длительное напряжение вызывает боль.

Предположим, к примеру, что вы поссорились за завтраком с супругой. Вы сердитесь. Ваши челюсти сжимаются, вас начина­ет подташнивать. Мышцы шеи, плеч и спины закрепощаются. Такое напряжение может длиться весь день. Возможно, к вечеру вы уже забыли о ссоре, но тело ее помнит. И теперь это напря­жение вызывает боль. Утренняя ссора в полном смысле слова становится болью в шее, а вы даже не подозреваете о связи между этими событиями. Если вы принадлежите к тем милли­онам людей, которые страдают от болей механического характе­ра в спине, вы уже убедились, что плохая осанка и некоторые виды движений могут вызвать боли и спазм мышц. Вам при­дется признать, что справедливо и обратное. Мышечное напря­жение способно вызвать боль, имеющую в основе своей меха­нические причины. В обоих случаях вы получите первоклассный приступ боли в спине.

Фокусировка — это слово, которое многие используют для описания процесса концентрации на чем-либо. Наше сознание непрерывно анализирует поток сигналов, поступающих из орга­нов чувств. Мы имеем возможность сосредоточиться на тех из них, которые важны в данный момент. Если вы сидите в аудито­рии и слушаете хорошего оратора, ваше сознание концентрирует­ся на содержании выступления и вы не обращаете внимания на жесткость сидения, гудение вентиляционной системы, излишне яркое освещение или на запах одеколона, исходящий от соседа. Если оратор особенно хорош, вы можете так сосредоточиться на его речи, что практически все остальное не будет привлекать вашего внимания. Это позитивная форма фокусировки.

Однако иногда мы склонны сосредоточивать свое внимание на болевых ощущениях, причем настолько, что все остальное становится нам безразличным. Это все равно, что трогать язы­ком зубное дупло, зная, что ничего хорошего подобные дей­ствия не принесут. Чем больше мы сосредоточиваемся на боли, тем сильнее она ощущается. Боль становится чем-то вроде заво­раживающего оратора.

Этой опасности можно избежать, использовав приемы, опи­санные в следующих главах книги. Упражнения и выработка правильной осанки станут вашей второй натурой и приятной заменой разрушительного обычая сосредоточиваться на боли. Одним из ключевых элементов, позволяющих избавиться от этой пагубной привычки, является умение сконцентрироваться на чем-либо другом. Решение может показаться слишком про­стым, но это действительно важнейший первый шаг в решении проблемы.

Языком тела мы пользуемся неосознанно для выражения чувств, которые трудно сформулировать в словах. Понаблюдай­те за тем, как человек одобрительно кивает, даже не сознавая этого, если слушает собеседника, с мнением которого он полно­стью согласен. Заметьте, как распрямляется и расправляет пле­чи человек, только что получивший известие о заслуженной награде. Понаблюдайте за поникшим видом клерка, который только что узнал, что после недельных его стараний бухгалтер­ский баланс не сошелся. Все это примеры языка тела, который способен понять каждый.

У домохозяйки выдался трудный день, поскольку пришлось много возиться с детьми. Ее муж приходит с работы и усажива­ется читать газету. Ей очень нужно рассказать кому-нибудь, как она устала и расстроилась, но его эти дела, судя по всему, не интересуют. Она решает не начинать разговора. По мере того как она подавляет свои чувства, вместо нее начинает высказы­ваться ее тело. Подбородок вызывающе задирается, кулаки сжи­маются. Плечи напряжены так, что если бы у бедной женщины росла шерсть, то она встала бы дыбом на холке. Хотя сама женщина не осознает происходящего, тело ее находит способ высказаться: «Эй ты, слышишь, у меня был тяжелый день!» Если она, как и многие из нас, страдает от механических болей в районе шеи, мышцы этого района уже привыкли к спазмати­ческой реакции, а реакция на ее подавленную враждебность принимает знакомую болезненную форму. Вот еще один важ­ный момент: боли немеханического происхождения столь же болезненны и реальны, как боль одного из четырех распростра­ненных типов. Если бы эта женщина сознавала, каким образом воздействует на нее подавление эмоций, она, возможно, сделала бы усилие и выразила бы свои эмоции более непосредственно.

Язык тела способен вызвать боль (обычно в районе шеи) и другим способом. Помните нашего подавленного клерка? Когда он сидит за столом, сокрушаясь по поводу напрасно потерян­ных многих часов работы, плечи его опускаются, а голова скло­няется вперед. Неожиданно у него возникает боль в шее, быст­ро переходящая в головную боль. Мышечное напряжение? По­давленные враждебные чувства? Депрессия? Ничего подобного: просто плохая осанка. Удерживать шею в положении наклона вперед — это, как вы уже знаете, надежный способ вызвать боли типа 1. Конечно, эмоциональное состояние клерка сделает боль еще более острой, но первичным источником здесь являет­ся чисто механическая нагрузка.

Физическая боль может вызывать широкий диапазон эмоци­ональных реакций. Приступ же боли в спине особенно часто вызывает страх, тревогу, панику, истерию, чувство отчаяния, подавленности, разочарования, безнадежности, вины, своей не­полноценности, ощущение обманутых надежд — или практически любую комбинацию перечисленных выше эмоций.

Недавно я осматривал мужчину, которого перед этим семей­ный врач послал на физиотерапию. По выражению его лица и по манере держаться я понял, что он до крайности испуган. Когда я спросил его о причинах беспокойства, мужчина достал из бумажника клочок бумажки — направление к физиотерапев­ту. Мужчина этот довольно долго выслушивал своего семейного врача, описывавшего состояние его спины. В ходе разъяснений врач не раз подчеркивал, что данная проблема не опасна, и вообще не является заболеванием. Однако, прочитав направление, пациент обнаружил в нем термин, который, казалось, противо­речил всему, сказанному доктором. Это был «остеоартрит». Пу­гающего и вводящего в заблуждение термина хватило для того, чтобы вызвать у пациента эмоциональную реакцию и подорвать его душевное состояние, отяготив заодно боль в спине.

Очень типична история женщины, обратившейся в один из филиалов Канадского института спины в совершенно ужасном состоянии духа. Врач сообщил ей, что у нее сместилось не­сколько дисков. Она полагала, что при любом резком движении ее позвоночник может обрушиться и превратиться в груду кос­тяшек. Наверняка до того, как она усвоила ряд необходимых сведений относительно своего состояния, бедняжка больше страдала от страха, чем от болей в спине.

Одна эмоциональная реакция часто способна вызвать много иных реакций. Пугливый человек может запаниковать и отка­заться от всех видов деятельности: никакой работы, никаких развлечений, никакого секса, В конце концов, такой человек может пострадать в финансовом отношении и потерять соци­альные связи, из-за чего у него возникнет чувство собственной неполноценности, одиночества, неуверенности в себе и в завт­рашнем дне. Сексуальные проблемы вызывают у жертвы болей в спине чувство неполноценности, у партнера жертвы — чув­ство неудовлетворенности, и у обоих — разочарование.

Возможно, один острый приступ и не вызовет сильной эмо­циональной реакции, но она почти неизбежна в случае недомо­ганий хронических, под которыми я имею в виду либо непре­кращающиеся боли в спине, либо серию повторяющихся при­ступов, перемежающихся лишь краткими периодами ремиссии. Хронические боли в спине особенно часто провоцируют депрес­сию, поскольку боль вызывает ощущение того, что нормальная жизнь кончена и остаток дней своих придется провести в стра­даниях.

Разница между управляемым приступом и неуправляемым хроническим состоянием подобна разнице между разовым физическим наказанием и периодическими пытками. Человек, ко­торого приговорили к ясно определенной форме физического наказания, может взять себя в руки, вынести наказание и на­чать приходить в себя. В тысячу раз хуже узнику, который не знает, в какой момент палачи появятся в дверях камеры, на­сколько жестокими будут очередные пытки и сколько они про­длятся. И что самое худшее, он не может не бояться того, что пытки будут длиться до конца жизни. Вы легко можете иденти­фицировать себя с таким узником, если терзающие вас боли уже стоят на пороге.

Конечно же, нет никакой необходимости испытывать эти психологические пытки. Вы можете научиться жить со своим недомоганием, не испытывая непереносимой боли и не страдая в ожидании следующего приступа. В ваших силах исключить практически все эмоциональные реакции, научившись справляться с любыми приступами боли. Как только вы изучите свою спину и осознаете, насколько она устойчива по отношению к действительно серьезным повреждениям, и как только вы овладеете методами облегчения появляющихся острых болей, вы начнете побеждать и на психологическом фланге битвы.

Перед тем как вступать в бой, разумно изучить врага. Начни­те с того, что отделите хронические боли, то есть боли, длящиеся подолгу, от хронического болевого синдрома — неестественного образа жизни, при котором боль становится центром внимания. Помню одну женщину (назовем ее Клер), которая совершенно не осознавала, что боль полностью завладела ее жизнью. Она с гордостью сообщила мне, что, несмотря на наличие болезненных симптомов, не отказалась от своего хобби — ухода за садиком. Конечно же, боли дают ей возможность работать лишь по не­скольку минут подряд, но эту проблему она решила. Все ее клумбы — не более полуметра в диаметре. Она обрабатывает одну, потом ложится на землю, отдыхает и переползает к следующей. Мне не довелось видеть странный садик Клер, но даже без личной инспекции было ясно, что боль стала формировать не только ее образ жизни, но и местный ландшафт.

Вы можете возразить, что она, во всяком случае, не дала болезни приковать себя к постели. Это верно, но и ничего дру­гого она не делала, если не считать этого чудовищного садика: у нее не было никаких интересов, никаких увлечений и никаких надежд на будущее. Клер была узницей хронического болевого синдрома, а ее садик — гордым символом, отражавшим состо­яние сосредоточенности на боли.

Пример с Клер иллюстрирует еще одно положение. Выявить хронический болевой синдром нелегко, тем более у самого себя. Есть ряд признаков, но нет какой-то отдельной характеристики, по которой, данного индивидуума можно, определить как челове­ка, чей образ жизни диктуется болями. Однако вырисовывается некая обобщенная модель, не менее точная, чем описанные ра­нее типы болей механического происхождения. В нашем инсти­туте мы называем такой набор симптомов типом 5.

Хронический болевой синдром развивается со временем, классический срок его развития— около шести месяцев. Конеч­но, все может произойти и гораздо быстрее. Пациенту обычно ставится первичный диагноз «травма мягких тканей» или что-нибудь столь же неопределенное и отражающее неспособность его врача обнаружить физический источник болезни. Осмотр не дает определенных результатов, а многочисленные тесты и рентгенограммы, не выявляют источника болей. Пациента кон­сультируют, разные специалисты, прописывающие множество средств, не приносящих облегчения.

Почти во всех случаях человек сосредоточен на боли, он плохо, спит, страдает, от ширящегося диапазона внешне не свя­занных между собой симптомов, испытывает сексуальное рас­стройство и все более склоняется к мысли о том, что источни­ком всех неприятностей является странная и недиагностирован-ная физическая проблема. Полный отказ признать собственные отклонения в поведении возможным источником всех неприят­ностей перекрывает ему пути к исцелению.

Поведение, предопределенное болью, никогда не бывает ак­тивным, а длительная пассивность вызывает реальные физиче­ские проблемы, такие, как низкий тонус мышц, снижение под­вижности суставов, общая потеря физической формы. Часто к такому образу жизни невольно подталкивают взаимоотношения в семье. Члены семьи могут оказать больному — и себе — медвежью услугу, проявляя либо излишнюю, либо недостаточ­ную озабоченность по поводу вашего состояния.

Как ни странно, излишняя заботливость близких представля­ет собой наибольшую угрозу для тех, кто является опорой семьи. Иногда я описываю это явление как «синдром железной домохозяйки», поскольку он очень часто поражает жен и мате­рей, которые провели долгие годы в безупречном служении семье, никогда не болели, никогда не брали выходной, всегда были счастливы приготовить индейку на День Благодарения, а потом помыть посуду.

Разумеется, домохозяйки — не единственные, кто оказывает­ся в подобной ситуации. Явление это отмечается у лиц обоего пола. Я окрестил его «синдромом железной домохозяйки», пото­му что чаще он наблюдается все-таки у женщин, на которых держится весь дом. Брак и секс имеют мало общего с этим явлением, если не считать того, что они являются дополнитель­ными обстоятельствами, формирующими образ такого человека как надежды и опоры семьи. Вписавшись в эту роль, любой — мужчина или женщина, в браке или вне брака — склонен при неожиданном приступе болей в спине реагировать одинаково. Поначалу приступ может носить чисто физический характер, но у «железной домохозяйки» немедленно появляется новая по­требность — потребность выразить свои страхи по поводу того, что творится что-то неладное. Однако у нее выработалась при­вычка никогда не демонстрировать свои слабости. Она не мо­жет ни поговорить о своих переживаниях, ни отбросить их. К изумлению и тревоге остальных членов семьи, она решает проблему, впадая в полную неподвижность.

Семья начинает крутиться вокруг, убежденная в том, что происходящее ужасно серьезно, поскольку старая добрая мамоч­ка не свалилась бы от каких-то жалких болей в спине. Мамочка добилась цели. Теперь она поневоле вынуждена оправдывать ожидания членов семьи. Единственный способ сделать это — страдать от невыносимых болей. Можете ли вы придумать бо­лее неприятный способ сообщить близким о своем недомога­нии?

Как врачу мне часто приходится нелегко при таком развитии событий, поскольку я пытаюсь убедить мамочку и остальных членов семьи в необходимости понять реальный источник ее болей. Разумеется, они имеют физическую природу (по крайней мере, поначалу), но мне приходится убеждать всех в том, что длительная полная нетрудоспособность носит в основном эмо­циональный характер.

«Невозможно! — восклицают члены семьи. — Мамочка всю жизнь была настоящей трудягой. Ее проблема преувеличена? Чепуха!»

Обычно мои объяснения воспринимаются как намек на то, что мамочка умственно неполноценна и что я считаю ее боли не существующими в действительности.

Конечно же, боли ее реальны. Никто, во всяком случае из тех, кто сам страдал болями в спине, не решится даже намек­нуть на то, что такие боли нереальны или что они вовсе не столь серьезны, как утверждает мамочка и все члены ее семьи. Мамочка не лжет и не симулирует. Но проблема заключается не столько в ее спине, сколько в неожиданной и сокрушительной реакции ее организма на эти боли. Мне всегда бывает трудно растолковать это, в особенности близким родственникам, убеж­денным в том, что я либо недооцениваю серьезность проблемы, либо отношусь к своим пациентам без всякого сострадания.

Как ни странно, та же эмоциональная реакция — неосознан­ное усиление собственной боли — может появиться в том слу­чае, если члены семьи проявляют слишком мало внимания к жертве болей. Страдающий человек нуждается во внимании. Если члены семьи относятся к нему безразлично, он может быть слишком деликатным или слишком гордым для того, чтобы вымогать внимание к себе рассказами о своих болях. Вместо него начинает требовать внимания его тело, доводя интенсив­ность болей до убедительного уровня. Сообщение звучит так: «Смотрите, мне и в самом деле ужасно плохо! Теперь-то уж все обратят на меня внимание».

Вы тоже можете оказаться жертвой излишнего или недоста- ! точного внимания со стороны окружающих — и не обязательно членов семьи. Такое случается и на работе. Если вы привыкли играть роль надежного Чарли — никогда не опаздывающего, никогда не болеющего, всегда оказывающегося под рукой, то падете жертвой излишней заботливости коллег. Если же роль, которую вы разыгрывали до этого, была менее заметной, вы ощутите безразличие товарищей по работе. И в том и в другом случае ваше состояние ухудшится (что вам совсем не нужно).

Обе ситуации могут вызвать одну и ту же реакцию. По мере того как вы, не сознавая этого, затягиваете приступы своих болей, у членов семьи или у коллег начинают зарождаться подозрения: «А ты уверен, что это у тебя не от головы?» Теперь уже никакими словами не доказать, что вы говорите правду. Единственную убедительную реакцию может дать только сам организм, создав еще больше боли. Организм не может позво­лить, чтобы вам стало легче и в результате вы выглядели бы симулянтом.

Следует помнить, что такие реакции не поддаются контролю сознания. Ваша психика и ваша спина, сговорившись, вымога­ют от вас то, чего они хотят, — больше внимания, больше отдыха, больше помощи. Но за это приходится расплачиваться продолжающимися болями.

Как вы, видимо, уже и сами догадались, можно избежать опасности излишнего или недостаточного внимания со стороны близких, заранее изучив такие эмоциональные процессы. Осо­знав суть проблемы, вы можете начать искать ее решение. Ка­ковы же обстоятельства, сопровождающие и, может статься, поддерживающие вашу боль? Не является ли эта боль средством контроля над событиями, которые в противном случае стали бы неконтролируемыми? Не является ли нужда во внимании и сострадании решающим фактором? Не является ли боль способом избежать невыносимой ситуации? Не попали ли вы в финансовую зависимость от своей боли? Трудно объективно ответить на столь личные вопросы, но не найдя для самого себя искренних ответов на них, невозможно сделать даже первый шаг к выздоровлению.

Собственно, мы сейчас говорим об опасности попасть в за­висимость от боли. Если вы допустите это, боль станет неотъемлемой частью вашей жизни. Зависимость от недомога­ния и от сопровождающих его болей слишком часто начинает играть важную роль в жизни пациентов, которые в противном случае могли бы быстро поправиться. Такое случается в меж­личностных отношениях, часто оставаясь незамеченным, и более заметно проявляется — во всяком случае, с моей точки зре­ния — у людей, которые возбуждают дела о компенсации за нетрудоспособность, желают получить страховку по поводу несчастного случая или каким-то иным образом заработать на своих болях в спине.

Один из моих пациентов, молодой человек, живет под одной крышей с женщиной средних лет. Эта женщина обеспечивает его не только жильем и питанием, но и ощущением семейного гнез­да, которого он был лишен в детстве. Отчего она столь заботли­ва? У бедного парня болит спина. До тех пор, пока его спина будет продолжать болеть, ему обеспечен стол и кров плюс сво­бода приходить и уходить, когда он пожелает. Боли, которыми приходится расплачиваться за эти бесплатные блага, — плата солидная, но вы представляете, как он будет сопротивляться вся­ким попыткам улучшить его состояние!

Есть у меня и другой пациент, который считает себя выдаю­щимся спортсменом. Он утверждает, что чуть было не стал звез­дой профессионального хоккея, но у него начались неприятности со спиной. Этот человек искренне верит в то, что только спина помешала ему сделать блестящую карьеру. На самом деле моего пациента в свое время не приняли в команду, в которую он про­сился, он не сумел закончить учебное заведение, и только потом у него заболела спина. Однако теперь его боли стали удобным объяснением того, почему он не затмил славу Уэйна Грецки.

Вы можете подумать, что эти люди симулируют (проще говоря, лгут), но я уверяю вас, что это не так. Я сам осматривал этих двух молодых людей да и многих других, похожих, на них, и знаю, что их боль реальна. Возможно, она возникает вовсе не в дисках или суставах, но к тому времени, когда сознание регистрирует ее как боль в спине, она вызывает именно такие ощущения.

Разница между симуляцией и использованием реальных бо­лей в разыгрывании какой-то роли — это разница между явной ложью и искренним заблуждением. Мне хотелось бы пояснить это утверждение на примере с затопленным подвалом. Предпо­ложим, ваш знакомый напрашивается к вам в гости. Вам его визит не нужен, но вы слишком вежливы, чтобы прямо заявить об этом. Вы выдумываете причину для отказа и сообщаете, что как раз сейчас в доме затопило подвал. Вы лжете, но полагаете, что это сойдет вам с рук. Это — симуляция. Теперь предполо­жим, что вы сообщаете знакомому то же самое, но затем чув­ствуете себя обязанным спуститься в подвал и затопить его, чтобы ваша история стала правдивой. Именно это и делает ваше подсознание, используя боли в спине как предлог для того, чтобы разыграть какую-то роль. Крупный недостаток такого решения проблемы состоит в том, что подвал оказывается действительно затопленным — а спина действительно болит.

В некоторых случаях, особенно когда речь идет о приличных суммах денег, люди, обладающие влиянием на вас, могут под­талкивать вас к тому, чтобы вы эксплуатировали свою боль. Если речь идет о судебном процессе по поводу травмы спины, то это может происходить без особого нажима в ходе нормальной подготовки к слушанию дела. Просто ваш адвокат будет время от времени позванивать вам и спрашивать: «Ну, и как у вас дела со спиной?» Возможно, до этого вы всю неделю и не вспоминали о спине, но после звонка непременно сосредоточитесь на ней. Еще опаснее вести дневник, фиксируя в нем уровень боли. Вас просят регулярно прислушиваться к своей спине и записывать каждый связанный с нею эпизод с указанием точного времени и интенсивности ощущений. Конечная цель — убедить суд в ус­тойчивой потере трудоспособности. И поскольку вы собираетесь выиграть судебный процесс, вам не хочется разочаровывать себя и своего адвоката чудесным исцелением. Очень маловероятно, что вы скажете: «Давайте-ка плюнем на это дело, потому что спина у меня почти прошла». Хотя с медицинской точки зрения разумнее всего было бы сказать именно это.

Кроме того, юрист может подтолкнуть вас к продлению бо­лезненного состояния в качестве профилактической меры: «Нам не следует отказываться от претензий до тех пор, пока вы со­вершенно не поправитесь». А припомните-ка, когда в послед­ний раз вы были «совершенно поправившимся», то есть чтобы нигде не кольнуло и ни один суставчик не хрупнул? Такие со­веты, возможно, хороши с юридической точки зрения, но плохи с точки зрения медицинской.

Компенсационные выплаты и страховки за несчастные слу­чаи могут еще более откровенно подтолкнуть вас к культивиро­ванию боли в спине. Система социального обеспечения задума­на с другими целями, но иногда она срабатывает именно таким образом. Вместо того, чтобы побуждать вас к выздоровлению и возвращению к трудовой жизни, система вознаграждает вас за продление болезненного состояния и материально наказывает за выздоровление.

Если вам когда-нибудь приходилось заполнять требования о выплате компенсации или страховки, вы, видимо, быстро най­дете в герое следующего рассказа родственную душу, даже если ваш род занятий и биография совершенно иные. Человек этот (назовем его Энди) — малообразованный иммигрант и работал землекопом, чтобы прокормиться. Однажды летним утром на работе он повредил спину. Как и полагается, он прекратил ра­ботать и потребовал от правительственной организации ком­пенсацию за производственную травму, а от работодателя — выплату страховки по тому же поводу.

Боли в спине освободили его от работы на полгода, причем полученные выплаты сделали возможным путешествие на сол­нечную родину. Энди провел там четыре месяца, навещая друзей и родных. Незадолго до Рождества он вернулся домой, чувствуя себя гораздо лучше, и решил с нового года приступить к работе. 2 января он встал в шесть утра и присоединился к своей бригаде. Было еще темно. Погода была холодная, шел снег. Земля промер­зла. Как только Энди воткнул лопату в землю, спина вновь отре­агировала болью. Возможно, вы могли бы привести целый ряд причин, по которым ему все-таки следовало бы продолжить ра­боту, но ему ни одна из этих причин не пришла на ум. Напро­тив, у него есть по меньшей мере четыре причины, по которым ему лучше оставаться в лагере тех, кто страдает от боли:

1. После четырех месяцев отдыха на солнце кому может по­нравиться холодный ветер, снег и мерзлая земля? При этом Энди не симулирует. Его реакции нормальны. А как бы вы сами почувствовали себя после длительного отпуска, вылезая спозаранку из постели и отправляясь на тяжелую работу? Ну-ка, попробуйте втянуться в нее после шести месяцев безделья.

2. У него опять болит спина, и это неудивительно. После шестимесячного безделья он потерял физическую форму и все-таки хочет доказать, что остается хорошим землекопом. Никто никогда не учил его делать ту же самую работу, не подвергая спину ненужному напряжению. Хуже всего то, что в течение последних трех месяцев у него совсем не болела спина.

3. Энди твердо убежден в том, что каждый приступ боли вызывает все новые повреждения спины. Никто никогда не рас­сказывал ему о сути его проблемы. У него простенький случай болей типа 1, отягощенных конкретными условиями работы внаклонку, однако он понятия не имеет о том, что боль не всегда означает вред.

4. С финансовой точки зрения, нужно быть дураком, чтобы снова браться за работу, поскольку, не работая, Энди имеет множество преимуществ. Так как компенсация и страховка не облагаются налогами, бездельничая, он получает больше, чем работая и выплачивая налоги. То есть, возвращаясь на работу, он теряет деньги.

Поставьте себя на его место. Как бы вы поступили в данных обстоятельствах?

Ваш ответ зависит от того, чего вы добиваетесь в жизни. Я много думал над этим вопросом, и мне кажется, что, если бы я чувствовал то же самое, что и этот землекоп (и если бы я тоже заблуждался по поводу болей в спине), я бы, видимо, тоже плюнул на работу и жил на компенсацию.

Единственное неприятное последствие такого решения — это то, что мне нужно было бы продолжать страдать от болей в спине. Если бы мне стало легче, нужно было бы отправляться на работу и запускать весь цикл заново. Но сколько же можно нянчить собственную боль? И что бы я делал, когда боли в спине превратились бы в единственное мое занятие, а компен­сационные выплаты стали бы иссякать? Я не мог бы позволить себе страдать от болей бесплатно, но пришлось бы; видимо, заниматься именно этим — или возвращаться на работу.

Не знаю, какое решение в таких обстоятельствах приняли бы вы. Однако одной из основных целей этой книги является перечисление возможных искушений и подчеркивание недо­статков роли «профессиональной» жертвы болей в спине. Ник­то страдающий хроническими болями не желает оставаться в этом состоянии. Все они без исключения говорят мне: «Я меч­таю поправиться и вернуться на работу». В определенном смысле они и в самом деле хотят этого, но только на своих условиях, то есть после того, как я или какой-нибудь другой специалист вылечат их и вернут к нормальной жизни.

В действительности же никакого лечения не существует, и ни я, ни кто-нибудь другой из моих коллег ничего не сможет сделать до тех пор, пока пациент не начнет играть активную роль и, что еще важнее, возьмет ответственность на себя.

Если вы попали в когти хронического болевого синдрома, освобождение от него может оказаться одной из важнейших задач вашей жизни. Начните с сосредоточения своего внимания на чем-то другом, помимо боли. Попросту забыть о ней невоз­можно, и что-то должно занять ее место. Вообразите себе красивое поле, поросшее сочной травой, а над ним — летнее неб Посередине поля возвышается небольшой холм, а на его вершин стоит великолепная белая лошадь. Закройте глаза и про чувствуйте эту картинку. А теперь сделайте то же самое, но без лошади. Поле есть, холм есть, а лошади — нет. Не думайте о лошади. Ну что, ничего не получается? Чем больше вы старае­тесь не думать о лошади, тем отчетливее она прорисовывается. Представьте, что в следующий раз вам предложат точно так же перестать думать о боли.

Теперь нарисуйте мысленным взором то же самое поле и холм, на верхушке которого стоит большой серый слон. Тогда другое, животное (как там оно называлось?) сразу исчезнет. Вы изменили, точку приложения своего внимания.

Определяйте себе физические цели, не имеющие отношения к боли. Сосредоточьтесь на том, сколь долго вы можете пройти пешком, сколь долго вы можете просидеть на месте или какой вес вы способны поднять. Цель должна быть и реальной, и измеримой. Начните с такого уровня активности, который для вас терпим (неважно, если он окажется низким), и постепенно поднимайте планку до тех пор, пока не достигнете избранной цели. Постоянно записывайте свои достижения, то есть ведите дневник побед, а не поражений.

Мы в нашем институте убедились в том, что по мере улуч­шения функциональных возможностей организма боль может оставаться на прежнем уровне и даже усиливаться. Однако важно, чтобы она перестала быть в центре внимания. Мы при­нимаем боль как нечто реальное и неизбежное, но цель наша заключается в возможности функционировать, и оцениваем мы достижения именно в этой области. У пациентов, которые из­бавляются от хронических болей, переломный момент иногда наступает совсем неожиданно. Каким-то образом организм на­чинает сознавать, что возросший уровень активности стал не­совместимым с прежним болевым уровнем, — и боли прихо­дится отступить.

Направить вас на этот путь с шансами на успех — это мак­симум того, что может сделать врач. Остальное зависит только от вас.

Глава • 7

Поможет ли вам хиропрактик?

Рано или поздно многие из тех, кому докучают боли в спине, разочаровываются в своих врачах и отправляются за помощью к кому-нибудь другому.

Как правило, обращаются они к хиропрактикам или к дру­гим практикующим врачам, чьи теории и методики лежат где-то за рамками общепринятой медицины. Некоторые пациенты, в основном люди состоятельные (но иногда и менее зажиточ­ные), решают отправиться в какой-нибудь отдаленный уголок земного шара, где есть дорогие клиники и курорты. Какое бы лечение эти люди ни выбрали, их состояние улучшается до­вольно редко. Некоторым становится даже хуже, поскольку на фоне продолжающихся болей они к тому же чувствуют разоча­рование и жалеют о напрасных расходах.

Всякий, кто разуверился в обычных врачах, без труда найдет многообещающие альтернативы — остеопатов, хиропрактиков, гомеопатов, травников, рефлексотерапевтов и многих других. Остеопаты могут оскорбиться по поводу включения их в эту группу, так как в некоторых странах, в том числе и в Соединен­ных Штатах, они пользуются статусом врачей. Однако остеопа­тия действительно является альтернативой общепринятой меди­цине, и судя по тому, что мне известно об их системе образова­ния и применяемых методиках, остеопаты в большей степени, чем другие медики, полагаются на манипуляции. Тем не менее в рамках его практики остеопата можно, пожалуй, приравнять к семейному врачу. Расширяя свое образование, остеопат может получить и лицензию на проведение хирургических операций.

В последние тридцать лет в Северной Америке проблемами, связанными с болями в спине, все больше занимаются сторон­ники акупунктуры. Несомненно, на ранних стадиях некоторых видов острой боли акупунктура может быть очень эффективна, но постоянное ее использование при хронических состояниях совершенно неоправданно. Более того, этот немедикаментозный метод снятия боли породил кучу подражателей, приносящих еще меньшую пользу. Электроакупунктура, лазерная акупунктура и акупрессура являются «усовершенствованными» методиками, способными отвлечь больных от методов менее впечатляющих, но наверняка более полезных.

Что касается Северной Америки, то акупунктура была «от­крыта» в начале 1970-х годов обозревателем «Нью-Йорк таймс» Джеймсом Рестоном. Когда он был в командировке на Востоке, китайские врачи удалили у него аппендикс, используя вместо анестезии акупунктуру. Как каждый приличный журналист, Рестон детально живописал свои переживания. Чуть ли не мгновенно древнее искусство акупунктуры стало в Северной Америке последним криком моды. Любопытно, что по мере раз­вития культурного обмена с Западом китайские врачи соверши­ли похожее «открытие», узнав о современных методах анесте­зии, причем многие из них признали акупунктуру методом ус­таревшим.

С моей точки зрения, акупунктура является одним из методов, позволяющих снять или облегчить острые кратковременные боли. И тут возникает очень важный момент, часто вызывающий недоумение. Дело в том, что акупунктура — всего лишь способ облегчения боли. Ни один человек, всерьез практикующий аку­пунктуру, не решится заявить, что эта методика хоть что-то вылечивает, то есть решает какие-то структурные проблемы или вызывает в организме физические изменения к лучшему.

Судя по всему, введение в тело игл стимулирует выработку организмом особых гормонов, называемых эндорфинами, кото­рые являются натуральными опиатами, то есть болеутоляющи­ми средствами, схожими с морфином. Существование эндорфи-нов было выявлено лишь в середине 1970-х годов, и пока никто не может сказать, к чему нас приведет это открытие. Зато мож­но уверенно сказать, что ни разу не было продемонстрировано полезного воздействия акупунктуры при долгосрочной терапии болей в спине.

Рассуждая более широко, я автоматически отношусь со скеп­сисом к любым утверждениям насчет того, что обычные боли в спине можно навсегда облегчить (не говоря уже о том, чтобы вылечить) каким-то единственным методом. Одно дело сказать, как это делаю я, что естественное исцеление всяких обычных болей в спине должно сопровождаться временным воздержани­ем от ряда действий, осторожным использованием упражнений и выработкой правильной осанки. Совсем другое дело заявлять, что какие-то ручные манипуляции, минеральные ванны, настои трав или инъекции смогут сделать ваш позвоночник здоровым, независимо от того, что у вас было не в порядке: сплющился диск, износился сустав или защемился нерв. В обычных болях в спине нет ничего загадочного, однако они могут быть осложнены, и различные их формы, естественно, требуют различных методик лечения.

Не говоря уже об однобоком подходе к лечению, сторонники альтернативных мер часто лишены и способности и ресурсов, которыми обладают хорошие медики. В этом отношении американские остеопаты являются исключением, а вот хиропрактики — нет. В отличие от членов традиционного медицинского сообщества, хиропрактики почти никогда не имеют хирургического опыта и слабо знают анатомию. Они не знакомятся с текущими результатами медицинских исследований. Являясь обособленным кланом, они варятся в собственном соку своих теорий, которые не способны породить какие-либо новые идеи (можно назвать это «самоопылением»), в то время как медики традиционных направлений широко консультируются и обмениваются идеями с представителями иных специальностей.

Принято думать, что хиропрактики умеют и диагностировать и лечить проблемы позвоночника, однако часто отмечается не­правильное использование ими рентгенодиагностики, а их пред­ставления об анатомии позвоночника явно ненаучны. Я знаю хиропрактика, который массировал шею пациента, пытаясь выправить его косоглазие, хотя никакой связи между нервами и мышцами шеи и глазами быть не может.

Кроме того, некоторые хиропрактики лечат детей, страдаю­щих воспалением среднего уха, проводя над их шеей манипуляции или, как они это называют, «устанавливая» ее. При вос­палении среднего уха инфекция сосредоточена в замкнутой костной полости внутри черепа, и ее первичной причиной является особая бактерия. Тем не менее вас пытаются заставить поверить в то, что, подергав ребенка в течение нескольких секунд за шею, можно вылечить эту болезнь. Получается что если ребенок будет проделывать те же движения в школе или дома, кивая в ответ на заданный вопрос или оборачиваясь во время игры в пятнашки, то это не возымеет лечебного эффекта. Звучит довольно глупо и могло бы быть даже смешно, если бы некоторые родители искренне не верили в то, что покручивание шеи заменит антибиотики, а иногда и хирургическую операцию, необходимую для обеспечения оттока гной­ных выделений.

Если вы отправитесь с больной спиной к хиропрактику, он почти наверняка сделает рентгенограмму позвоночника, причем часто только в одной проекции, в направлении от груди к спи­не, как будто у вас плоский, двухмерный позвоночник. Глядя на фотографию, вы не можете определить, сделана ли она на тонкой бумаге или наклеена на толстый картон; повернув фото­графию к себе ребром, вы вообще не видите ничего, кроме прямой линии. Так или иначе, вы не получаете адекватного представления о предмете, изображенном на фотографии. Те же ограничения встречает и хиропрактик, полагающийся на рентгенограмму, сделанную в одной проекции.

По совершенно ненаучным причинам хиропрактики частень­ко делают единую рентгенограмму всего позвоночника, от чере­па до копчика. При этом существует некоторая опасность из­лишнего рентгеновского облучения, однако главное мое возра­жение состоит в том, что такая рентгенограмма бесполезна. На ней теряются мелкие детали конкретного пораженного уровня, состоящего из одного-двух позвонков. Такие рентгенограммы обычно бывают разукрашены многочисленными пометками фломастером, обрисовывающими отдельные позвонки или про­черчивающими углы между соседними костями. Эти пометки совершенно бесполезны с точки зрения диагностики, но выгля­дят, конечно, впечатляюще.

Одна женщина, посещавшая хиропрактика, решила дополни­тельно проконсультироваться у меня и принесла с собой рентге­нограмму поясничного отдела. Линии, прорисованные сверху и снизу двух позвонков, являвшихся якобы источником ее болей, были соединены стрелой, указывающей на «виновника» — большое черное пятно в верхнем углу снимка. С удивлением и облегчением она услышала от меня, что пятно это является скоплением газов в желудке. Стоит тихонько рыгнуть — и «ис­целишься».

Даже при использовании правильной методики рентгено­графия как средство диагностики имеет значительные ограни­чения. Хиропрактики, однако, едва ли не полностью на нее полагаются. Видимо, некоторые из них не понимают, что фи­зические изменения, которые можно видеть на снимке, вовсе не обязательно являются источниками боли, которую в данный момент испытывает пациент. Боль на рентгенограмме не увидишь. Изнашивание суставов, вызывающее сегодня боли, может еще в течение многих лет оставаться неразличимым. А существуют и такие состояния, которые вообще никогда не отражаются на рентгенограмме. К примеру, в рентгеновских лучах не видны диски. У вас может быть болезненный вздув­шийся диск, а на рентгенограмме все будет выглядеть нор­мально.

Зная, как свято верят многие хиропрактики в эти картинки, я с любопытством наблюдал недавно, как хиропрактик демон­стрировал по телевидению свою методику использования рентгена. Он работал со спиной пациента, а рядом на стенке была вывешена рентгеновская пленка. Изображая лечение по­звоночного столба, он непрерывно переводил взгляд со спины на снимок и обратно. Создавалось впечатление, что его мани­пуляции каким-то тесным образом связаны с информацией на рентгенограмме. Зрители, разумеется, и не подозревали, что практически ничего из видимого на рентгеновском снимке нельзя прощупать пальцами, кроме, разве что, кончиков остистых отростков. Зато приблизительное место расположения конкретного позвонка можно с легкостью установить простым прикосновением. Вам когда-нибудь приходилось, проезжая оживленный перекресток незнакомого города, пытаться одно­временно изучать план этого города? Если к этому моменту вы еще не ориентируетесь в том, куда едете, на план глядеть уже поздно. То, что видели в тот вечер телезрители, возможно, было неплохим шоу, но медициной там и не пахло.

Часто хиропрактики явным или неявным образом дают по­нять, что могут как-то по-особому наложить руки на спину пациента и поставить на место сместившиеся детали. Каждый, кто способен клюнуть на это, понятия не имеет об устройстве человеческой спины. Мне трудно поверить, чтобы какой-нибудь хиропрактик, утверждающий, будто может сделать это, хоть когда-то присутствовал на хирургической операции и пытался слегка сместить обнаженные кости позвоночника пациента, на­ходящегося под наркозом. Подозреваю, что в основном идеи хиропрактиков относительно устройства позвоночника основа­ны на изучении скелетов, то есть костяков, лишенных мышц, связок, жировой прослойки и кожи. Изучая позвоночник таким образом, действительно невозможно себе представить, насколь­ко сильно позвоночник способен сопротивляться любым мани­пуляциям.

Хотя я согласен с тем, что манипуляции типа массажа спо­собны сыграть определенную роль в лечении спины, к примеру, для облегчения мышечного спазма или высвобождения потеряв­шего подвижность сустава, сторонники этой методики явно преувеличивают ее ценность. Полагаю, зачастую это проистека­ет из их слабого понимания анатомии позвоночника живого организма. Позвольте, я расскажу вам о моем опыте работы с пациентом, который знает (или, во всяком случае, должен знать) о человеческой спине не меньше любого хиропрактика. Он работает физиотерапевтом, то есть принадлежит к традици­онному медицинскому сообществу.

Человек этот (назовем его Джеком) заметил, что семейные доктора в его округе довольно, часто посылают к нему пациен­тов с болями в спине. По этой причине он захотел пополнить свои знания относительно болей в спине и пришел за этим ко мне. Я решил, что ему будет полезно посетить операцию на позвоночнике по поводу отделившегося кусочка диска (я гото­вился провести ее на одной молодой женщине).

К тому времени Джек обладал более высокой квалифика­цией, чем средний физиотерапевт. Я считал его человеком с весьма высоким интеллектом, а образование он получил в одном из лучших учебных заведений Европы. Джек твердо верил в концепцию манипуляций с позвоночником и, судя по всему, разделял мысль о том, что позвоночник можно запросто «поставить на место» с помощью нажимов и массажа. Однако операции на позвоночнике до сего дня он не видел. Иными словами, он никогда собственными глазами не видел по­звоночник живого человека.

Я сделал разрез. Моя двадцатишестилетняя пациентка была женщиной, что называется, в теле, но отнюдь не тучной. Сде­лав разрез кожи, я взялся за жировую прослойку толщиной примерно в **2,5** см. Под ней лежал слой мышц — еще **2,5** см. Затем мы подошли к второму слою мышц спины, которые рас­положены между отростками позвонков, и отделили часть од­ной мышцы, чтобы получить доступ к позвонку.

Добравшись до самой задней части позвонка, мы смогли увидеть «крыши» этих маленьких «домиков» и позвоночные от­ростки, которые торчали вверх, как трубы камина. Мы находи­лись, как минимум, в **5** сантиметрах под поверхностью кожи пациента. Я обнажил позвонок так, чтобы иметь возможность ухватить эти самые отростки хирургическими инструментами. Специально для физиотерапевта-наблюдателя я хорошенько захватил кости и попытался двигать их взад-вперед. Они сдви­нулись менее чем на полсантиметра. Никаким образом я не мог ими как-то манипулировать, хотя прочно удерживал эти два соседних позвонка мощными щипцами. Имея прямой доступ к позвоночнику пациентки, совершенно обездвиженной наркозом, и используя мощные инструменты, я не мог сделать того, что, как казалось этому физиотерапевту, он делал, нажимая кончи­ками пальцев на кожу пациента, находящегося в полном созна­нии.

Стало ясно и еще одно: никакая манипуляция, что бы ни говорили ее сторонники, не может быть точным действием. Суставы позвоночника пациента, расположенные в **5** сантимет­рах от поверхности кожи, можно опознать только по легким выступам остистых отростков, находящихся примерно в **1** сан­тиметре друг от друга. Чтобы осознать, что именно я пытаюсь объяснить, выложите два параллельных вертикальных ряда мо­нет — скажем, полдюжины — на поверхность стола и прикройте их слоем газет в **5** сантиметров. **А** теперь попробуйте обнаружить вторую снизу монетку в левом ряду. Это невозможно, верно? Однако именно о такой возможности заявляет целитель, утверждающий, что сейчас будет работать с вашим левым по­звоночным суставом на уровне L4-5.

Продолжая операцию, я проник сквозь костную оболочку спинного канала, вошел в него и добрался до самого диска, где наконец выловил его оторвавшийся фрагмент, вызывавший у моей пациентки боли в спине.

Теперь Джек получил еще один урок, поняв невозможность так называемой установки диска на место. Он осознал, что если воздействие на какой-то отдельный позвоночный сустав путем наложения рук на поверхность спины пациента является уже достаточно трудной задачей, то совершенно невозможно пове­рить, будто можно «приладить» вспученный диск, оказав пря­мое давление на поверхность спины. Ему пришлось задать себе вопрос: каким же образом мануальное воздействие может хоть как-то повлиять на положение позвоночного диска, прикрытого толстыми слоями кожи, жира, мышц, костей и содержимого спинного канала? Ответ: никаким.

Выложите два ряда монет на дне ящика письменного стола и попытайтесь прощупать их через поверхность столешницы. А ведь именно это делает «манипулятор», прощупывая вашу спи­ну и заявляя: «Чувствую, что у вас сместился диск».

Я сомневаюсь в том, чтобы хотя бы один хиропрактик из ста видел столько, сколько увидел Джек во время этой операции. Однако многие хиропрактики бойко говорят о том, что разраба­тывают сустав L4-5 или ставят на место сместившийся диск L3-4, как будто части вашего организма можно передвигать с места на место, словно пешки.

И все же действия хиропрактиков не бесполезны. Подобно любой другой форме умело проводимой мануальной терапии, они могут принести вашему позвоночнику такую же пользу, как серии упражнений на сгибание и на растяжку, хотя и несколько иным образом. Иногда манипуляции хиропрактиков способны снять мышечный спазм, тем самым уменьшив или устранив боли.

Кроме того, такие манипуляции могут сократить продолжи­тельность острого приступа. Иными словами, хиропрактики полезны людям, которым нужна конкретная помощь: снятие некоторых форм острых спазмов спинных мышц путем манипу­ляций над шеей или поясницей.

Конечно, хиропрактики заходят слишком далеко, утверждая, что их действия предотвращают и излечивают заболевания по­звоночника. К примеру, мышечный спазм является крайней формой мышечного напряжения, случающегося из-за физических или эмоциональных причин. Это напряжение можно снять путем манипуляций, но никакие манипуляции, проводимые в период между приступами, не предотвратят очередного приступа. То же самое касается «установки на место» деталей позвоночника. Диски вашего позвоночника никуда не выскакивают, а суставы не расходятся. Все и так стоит на месте, и поправлять там нечего. Манипуляции также не могут предотвратить естественное изнашивание позвоночника, которое является распространенным источником болей в спине. Утверждая обратное, хиропрактики либо играют на популярных мифах о загадочности позвоночника, либо попросту демонстрируют свое незнание устройства спины.

Таким образом, при некоторых обстоятельствах манипуля­ции полезны, в особенности для снятия острого мышечного спазма. В иных случаях они бесполезны, но безвредны, как, например, при «установке на место» позвонков. Говоря о без­вредности, я имею в виду физический смысл этой процедуры. Трудно назвать безвредным искусственное создание психологи­ческой зависимости у пациента, страдающего от хронических болей. В очень редких случаях такие действия могут быть и физически опасны — например, при злокачественной опухоли позвоночника. Впрочем, я надеюсь, что компетентный хироп­рактик сумеет определить это состояние и отказаться от мани­пуляций.

Я без колебаний рекомендую, подобные виды терапии своим пациентам, если уверен в том, что они окажутся безопасны и полезны. Хотя в таких случаях я предпочитаю посылать боль­ных к физиотерапевту, владеющему приемами мануальной тера­пии, но не собираюсь отговаривать их и от посещения хироп­рактика. И тот и другой — профессионалы, владеющие конк­ретными методиками. Возможно, они получили разное образование, но, в конце концов, и тот и другой способны одинаково неплохо проводить соответствующие процедуры.

Проблемы у меня возникают, когда хиропрактик находит нужным сообщить пациенту, что позвоночник у него искривлен (независимо от того, так это на самом деле или нет) и что одна его нога длиннее другой (опять же, независимо от того, как на самом деле обстоят дела). Это случается очень часто, поэтому я, едва узнав, что данный пациент посещал хиропрактика, тут же заявляю, что одна нога у него, похоже, короче другой. Пациент приходит в изумление: надо же, как быстро я это заметил!

Если я направляю пациентов к физиотерапевту, то, как прави­ло; в период лечения мы с ним поддерживаем постоянный кон­такт. Забота о состоянии пациента становится нашей общей забо­той. Боюсь, многие хиропрактики не желают играть в одной ко­манде — по крайней мере, с врачами. Однако я полон оптимизма и верю, что в будущем врачи и хиропрактики сумеют найти об­щий язык. Хиропрактики младшего поколения более склонны разделять пациентов на тех, кому может принести пользу ману­альная терапия, и тех, кем должна заниматься традиционная ме­дицина. Да и сама профессия хиропрактика перестает реклами­роваться как магическое средство от всех бед. Направление вра­чами своих пациентов к хиропрактикам и направление хиропрактиками своих пациентов к врачам становится все более частым явлением, и это, по-моему, обнадеживающий симптом.

Возможно, вы начинаете удивляться: «Если польза хиропрак­тики столь ограничена, как утверждает автор, почему же она процветает? И почему мы продолжаем слышать от людей вос­торженные рассказы о том, что им помогли хиропрактики после того, как врачи оказались бессильны?»

Ответ состоит в том, что хиропрактики пользуются популяр­ностью, несоответствующей медицинской ценности их процедур. На основе собственного опыта, бесед с тысячами пациентов и изучения медицинской и хиропрактической литературы я установил, что примерно 60% пациентов получают от хироп­рактики облегчение в период острых приступов. Число это мо­жет ввести в заблуждение и создать впечатление, будто манипу­ляции хиропрактиков эффективней, чем они есть на самом деле Популярности хиропрактиков способствуют и другие факторы, а главным образом, ваше обращение к этой методике после принесших разочарование встреч с врачами.

Вот факторы, которые более всего работают на хиропрактиков.

Синдром последней надежды

Когда врачу не удается облегчить ваше состояние, вы начи­наете думать: «Это он не слишком хороший врач или это я безнадежный пациент? Так или иначе, что я потеряю, если по­пробую обратиться к хиропрактику?»

Что ж, много вы не потеряете. Но если у вас появился такой настрой, хиропрактику тоже терять нечего. После того как он поработает над вами, ваше состояние либо улучшится, либо останется прежним. Если оно улучшится — хиропрактик зара­ботал очко. Он преуспел там, где врач оказался беспомощен. Вы расскажете об этом своим друзьям. Если же вам не станет лучше — хиропрактик не виноват. В конце концов, ваш врач, дипломированный специалист, тоже не смог ничего сделать. Но вы не будете рассказывать друзьям, что обращались и к врачу, и к хиропрактику, и, что оба они не преуспели. Вы сообщите им, что у вас со спиной ужасные неприятности и что два меди­ка ничего не смогли с ней поделать.

Умение подать себя

Давайте представим, что вы получили в наследство некую сумму денег, решили вложить их в ценные бумаги и обрати­лись к двум дилерам.

Миссис А. говорит вам: «Полагаю, что нам удастся, э-э-э, подобрать для вас какие-нибудь акции или облигации, но, ви­дите ли, рынок и в лучшие времена не очень-то устойчив. Ко­нечно, я посмотрю, что можно сделать, и постараюсь, но долж­на предупредить вас, что нет никакой гарантии...»

Мистер Б. сообщает вам: «Слушайте, за последние пять лет я обогатил кучу людей. Семерым моим клиентам приходилось занимать деньги на автобус, чтобы доехать до моего офиса, а теперь они миллионеры. Я сделаю то же самое и для вас. Вот какой у меня есть план...»

Вы поверите мне, если я скажу, что миссис А. разбирается в вопросах инвестирования лучше, чем мистер Б.? Вам захочется поверить мне?

Люди, мучающиеся из-за спины, встречаются с такими же трудностями, пытаясь сохранить уверенность во враче, который изъясняется подобно миссис А. А многие врачи разговаривают именно так. Они запинаются, мямлят и не способны высказать даже половины того, что знают о состоянии пациентов и о том, как его можно улучшить. Хуже того, они бормочут что-то такое насчет артрита и вслух выражают свои сомнения, не рак ли это (правда, подобное бывает исключительно редко). Нет ничего плохого в осторожности и сдержанности, особенно в медицине, но нельзя страдать таким отсутствием энтузиазма и так запугивать пациентов, что они начинают сомневаться в профессиональных качествах врача.

Хиропрактик не совершает таких ошибок. Когда вы заходите в его кабинет, он радостно приветствует вас, проводит осмотр с апломбом эксперта и объявляет: «Неудивительно, что вы чув­ствуете боль. У вас смещение на уровне С5-6, и нужно сдви­нуть его на четыре миллиметра влево. Давайте-ка ложитесь на стол и посмотрим, нельзя ли это сделать прямо сейчас».

Самореклама полезна и в другом отношении: она расширяет круг пациентов. Нет абсолютно никаких доказательств того, что нормальные здоровые дети нуждаются в каких-то манипуляциях над их позвоночником, но именно это рекомендуют многие хиропрактики. Они утверждают, что процедуры должны начи­наться в первые недели жизни. Помните старую поговорку: «Дайте мне ребенка, и я сделаю из него человека»?

Причина, которую они выдвигают в качестве основания для процедур над младенцами, — это наличие неких «сублюкса-ций», неизбежных результатов родовой травмы, якобы имею­щей место и при нормальных родах. Словечко это из «докторс­кого» жаргона. «Суб» значит «под», т. е. «неполный», а «люкса-ция» — устаревший термин, который означает «вывих, изменение нормального положения сустава». Таким образом, «сублюксация» означает, что суставы позвоночника менее чем смещены, другими словами — все находятся на своем месте. Выявляя эти самые «сублюксации» у всех новорожденных, хи­ропрактики требуют, чтобы мы поверили в то, что в процессе миллионов лет эволюции природа выработала такой метод де­торождения, при котором у всех новорожденных повреждаются позвоночники. Более того, они утверждают, что «спинальную сублюксацию» невозможно выявить никакими существующими методами, однако они же называют его «молчаливым убийцей». Мощный рекламный трюк!

Многие хиропрактики высказываются против подобных приемов и предлагают коллегам ограничиться снятием острых поясничных болей механического характера. Со стороны их товарищей по профессии наблюдается удивительно сильная негативная реакция на такое предложение. Критики более жесткие, чем я, утверждают, что искусство некоторых хиропрактиков заключается в манипулировании другими людьми, а не их позвоночниками.

Равноценность мнений

Я могу объяснить этот феномен, описав переживания своего коллеги, который как-то проводил экскурсию по больнице для шести студентов-медиков. В приемном покое они подошли к женщине, поступившей с приступом острого аппендицита. Моему другу был известен ее диагноз, но из педагогических соображений он умолчал об этом и предложил студентам провести осмотр и высказать свое мнение.

Первый студент заявил, что пациентке нужно удалить желчный пузырь. Второй предположил заворот кишок. Третий решил, что это язва желудка. И так далее... Шестеро студентов поставили шесть разных и неверных диагнозов. Наконец мой коллега решил просветить их. «У этой женщины, — объявил он, — острый аппендицит. Причем настолько острый, что в течение часа она поступит на операционный стол».

В этот момент решила высказаться и пациентка. «Подождите-ка минутку! — обратилась она к врачу. — Вы здесь только один из семерых. Если вы не сможете договориться о том, что со мной происходит, никто никакой аппендицит мне вырезать не будет!»

Если у вас болит спина и вас осматривали, скажем, четыре врача, поставившие четыре разных — или выглядящих разными — диагноза, я не стану осуждать вас, если вы решите, будто все эти врачи играют в «угадайку» и мнение каждого из них ничуть не более ценно, чем мнение остальных. Если бы дела обстояли так, диагностика не требовала бы предварительного тщательного обучения и богатого клинического опыта. Тогда врачи могли бы диагностировать вас, проведя опрос общественного мнения прямо на улице. Но некоторым людям нравится верить в равноценность всех специалистов, как будто не существует различных степеней опыта и способностей. Опасно при­носить с собой такое убеждение в любой кабинет, будь то каби­нет врача либо хиропрактика.

Фактор ремиссии

Иногда для спины наступают плохие дни, а иногда — хоро­шие. Почти 90% людей, страдающих острыми болями, освобож­дается от них через 6—8 недель. Если бы вы были бессовест­ным человеком, вы могли бы заработать на этом кучу денег. Вы могли бы организовать что-то вроде клиники, предлагая всем страждущим облегчение путем облучения волшебным синим светом. Свет был бы, конечно, самый обычный, но ваши клиен­ты не знали бы об этом. Вы могли бы уговорить их платить по 100 долларов в день за восьмидневный курс ежедневных облу­чений, а для того, чтобы продемонстрировать свою идеальную репутацию, вы возвращали бы деньги тем, кому синий свет не помог. Если дать событиям идти естественным путем, девять из десяти ваших пациентов к концу восьмой недели почувствовали бы себя гораздо лучше, а один получил бы деньги назад и рас­сказывал бы направо и налево о вашей честности. Девять чело­век, само собой, рассказывали бы о вашей изумительной клинике и о чудесах, которые вы в ней творите.

Эффект плацебо

Этим фактором время от времени пользуется почти всякий человек, занимающийся медициной, и трудно осуждать хироп­рактиков за его использование. Однако именно он частично объясняет их репутацию целителей. Плацебо, как вы, наверное, знаете, является безвредным «лекарством», не имеющим ника­ких лекарственных свойств. При приеме плацебо, благодаря ме­ханизму самовнушения, у некоторых людей ослабевают боли. Предположим, в вашем распоряжении есть сто человек с боля­ми в спине. Вы раздаете им по сахарной пилюле и заявляете, что это лекарство снимет боль. Статистика говорит, что, если вы были достаточно убедительны, около тридцати человек из этой группы почувствуют себя лучше. Разумеется, вы не сдела­ли ничего для устранения причин их болей, но на какое-то время они «вылечились».

Плацебо не обязательно должно подаваться в виде пилюлек. Можно достичь того же результата наложением рук. Любые методы, при которых имеют место прикосновения к телу паци­ента (например, при манипуляциях с позвоночником), обладают мощным эффектом плацебо.

Ряд современных исследований эффекта плацебо позволяет предположить, что феномен этот объясняется спонтанным выб­росом в организм эндорфинов, тех самых натуральных опиатов, которым приписывают эффективность акупунктуры. Если это так, эффект плацебо является способом перехитрить организм, сняв боли собственными химическими средствами этого орга­низма. Иными словами, те самые тридцать человек ни в коей мере не являются доверчивыми «жертвами плацебо»; напротив, им повезло в том, что их организмы способны бессознательно выделять соединения, уничтожающие боль. Отсюда возникает интересный вопрос: можно ли и остальных научить использова­нию тех же возможностей?

Во времена, когда жизнь была попроще, задолго до того, как узнали об эндорфинах, эффект плацебо использовался с большим коммерческим успехом. Одним из примеров является врач из Торонто, который в свое время сколотил хорошее состояние, заставляя своих пациентов, страдающих от артрита, слушать некую радиостанцию в определенные интервалы времени. Он убедил их, что в это время сам посылает беззвучные «целительные волны», излечивающие артрит. Пациенту нужно было всего лишь держать пораженный орган поближе к динамику и (доктору даже не нужно было говорить об этом) верить. Насколько мне известно, результаты не обрабатывались статистическими методами, но наверняка хотя бы некоторые из уверовавших в доктора ощутили облегчение.

Когда ко мне поступает новый пациент с острым приступом боли в спине, я провожу обследование, а затем рекомендую корректировку осанки или упражнения, снижающие боль. По­чти всегда пациент спрашивает: «Но разве вы сами ничего не собираетесь делать?» На что я ему отвечаю: «Ну, кое-что я делаю: я рекомендую вам отправиться домой и приниматься за упражнения».

Это самое лучшее назначение, которое я могу сделать в дан­ный момент, но оно не предусматривает приема пилюль, таблеток, мануальной терапии, тепловых процедур или наложения исцеляющих рук. Вследствие этого, чтобы заставить эффект плацебо работать на меня, я обязан говорить исключительно убедительно и внушить пациенту, что мои предписания непре­менно помогут, а также обязан дать исключительно точные инструкции — для того, чтобы пациент ощутил, что принима­ются какие-то эффективные меры.

Синдром пилигрима

К факторам, работающим на хиропрактика, относится также рост популярности оздоровительных курортов и клиник, специали­зирующихся на болях в спине. Владельцы таких заведений обыч­но прекрасно умеют использовать преимущества того, что я назы­ваю «синдромом пилигрима». Этот синдром появляется в созна­нии людей, говорящих себе: «Неважно, сколько это стоит — мне нужно самое лучшее!» Наверное, вас не удивит то, что существу­ют врачи, с готовностью идущие навстречу подобным желаниям.

Типичная «клиника», как часто называют такое заведение пациенты, обычно расположена в труднодоступном месте, а то и за границей. Это понятно: раз вы отправляетесь на поиски волшебника, искать его нужно в Изумрудном городе, а не в Кливленде. Клиника обычно заставляет ждать очереди на при­ем, намекая на то, что ее клиенты — люди избранные и незау­рядные. Ее ведущие доктора, которые часто являются одновре­менно и администраторами, как правило, демонстрируют впе­чатляющие дипломы, которые, возможно, даже признаны медицинской общественностью. В то же время эти врачи ясно дают понять, что они по собственной воле, обладая какими-то необыкновенными способностями и умениями, держатся особ­няком от всего остального медицинского мира.

Литература, распространяемая такой клиникой, явно претен­дует быть соблазнительной и убедительной. В ней много эмо­ций и саморекламы, но мало подтверждающих фактов и меди­цинских деталей. Результаты всегда описываются не в строгих терминах, а в восторженных дифирамбах. К примеру, одно из калифорнийских заведений такого рода рекламирует себя в бук­лете журнального формата, который содержит, помимо всего прочего, и статью, описывающую, каким образом «горящие эн­тузиазмом» пациенты обретают «новое осознание радости бытия, счастье жизни и самообновление». В статье даже объявля­ется о случаях излечения безнадежно больных, что поначалу показалось мне невозможным по определению. Но затем я взялся за вторую статью, в которой одна из «безнадежных», домо­хозяйка и мать с двадцатилетним стажем, разъясняла загадку: дело в «чудесах». Апофеозом ее саги было описание встречи с посетившими ее членами семьи — ситуация, которую любят обыгрывать в «мыльных операх»:

«Мне никогда не забыть тот день, когда я впервые прошлась без костыля. Мои родные неожиданно решили посетить меня перед ужином. Они быстро прошли мимо меня по коридору, собираясь отнести меня на руках из палаты в столовую. В этот момент я заметила их и окликнула. Они обернулись и в изум­лении застыли с приоткрытыми ртами, но по мере того как изумление превращалось в радость, мы все трое бросились в объятия друг друга, и слезы счастья заструились по нашим лицам. Мы знали, что можем позволить себе это: мамочка по­правилась!»

К разочарованию любопытного читателя, «мамочка» забыва­ет описать, что именно было с ее спиной и каким образом клиника помогла ей. Такие детали, по всей вероятности, считаются несущественными для читателя рекламной литературы клиники. А вот деньги — да. Буклет сообщает, как другая пациентка, пролежавшая до этого четыре года в постели с больной спиной, «успешно восстановилась» всего за 63 дня, уплатив за исцеление всего-навсего 38 тысяч долларов. Данная клиника получила не все эти деньги: часть их пошла на «первичные расходы», часть — на «родственные поселения» (что бы ни значили эти выражения), а остальные (процент не уточняется) были направлены на «развитие нашей программы».

Вовсе не считая эту сумму завышенной — и кто посмеет сказать, что она не получила за свои деньги то, что хотела? — администрация клиники приводит неопровержимые математичес­кие расчеты, доказывающие, что без их забот страховая компа­ния должна была бы выплатить 328 тысяч долларов «для того, чтобы поддержать предположительно пожизненную необходи­мость снабжать ее лекарствами, пищей, крышей над головой и одеждой». Таким образом, счет на 38 тысяч долларов, врученный этой женщине, означает, что страховая компания экономит приличную сумму в 290 тысяч долларов. И в самом деле, принимая по 60 пациентов в год и сберегая в среднем по 200 тысяч долла­ров с носа, клиника полагает, что экономит для пациентов или их страховых компаний 12 миллионов долларов в год.

Любой врач, а тем более тот, который занимается спиной, может встретиться с синдромом пилигрима. Такое случалось и со мной, хотя я пока не выпускаю бюллетеней с сообщениями, какие суммы моими тщаниями ежегодно экономит страховая индустрия. Наиболее запомнившимся пилигримом была женщи­на средних лет из Калифорнии, которая решила, что путеше­ствие в Торонто станет для нее спасением. Она была в такой плохой форме, что вызвала к приземлившемуся самолету сани­тарный транспорт. Я быстро понял, что на самом деле пробле­му представляли не ее относительно легкие боли типа 1. Весь ее образ жизни вращался вокруг спины, и та же спина подавляла ее мужа и руководила действиями всех членов ее семьи. Во все время ее пребывания в Торонто наша команда усиленно зани­малась с нею психотерапией, вырабатывала новые стереотипы мотивации, вооружала ее знаниями, проводила активную физи­отерапию и внимательно, с состраданием выслушивала ее.

Через три недели она встала на ноги и была готова отпра­виться домой. Когда она, счастливая, выходила из нашего отде­ления без трости, ей было трудно найти слова, чтобы выразить свою благодарность. Возможно, эта женщина пережила то же самое «новое осознание радости бытия» и «самообновление», которое рекламировала клиника, находящаяся в ее родном шта­те, но только вместо 38 тысяч долларов, уплаченных женщи­ной, которая «успешно восстановилась» в 63 дня, наша пациен­тка уложилась в 21 день, потратив менее 4 тысяч долларов, включая расходы на лечение, проживание и билеты на самолет.

Какова мораль этой истории? Покупатель, будь бдителен. Но кроме этого, следует помнить, что не стоит всецело полагаться на «альтернативную» медицину. Контролировать и облегчать свои боли вы способны самостоятельно.

Главa • 8

Проходите на осмотр

Надеюсь, что некоторые читатели этой книги, следуя моим советам, добьются таких успехов, что визит к врачу по поводу спины окажется ненужным.

В то же время найдется немало страдальцев, которые в силу ряда причин нуждаются в профессиональной диагностике их проблем. Если вы относитесь к этим последним, вам следует иметь какое-то представление о том, что вас ожидает. Вы ока­жете и себе и врачу добрую услугу, если заранее будете готовы ответить на его вопросы и пройти все диагностические проце­дуры без ненужного беспокойства.

У каждого врача есть собственный стиль и свои любимые методики, однако описание моего обычного осмотра довольно типично и для осмотра у большинства других врачей.

Если вы явитесь ко мне с жалобами на боли в пояснице, я начну с серии вопросов, касающихся истории болезни и ваших повседневных привычек. Хотя вам, возможно, трудно поверить в это, такой простой нетехнологичный метод является наиболее важной и плодотворной стадией осмотра. Сначала я спрошу, где боль чувствуется острее — в спине или в ноге. (Пациентов, жалующихся на боли в шее, я попрошу сделать выбор между самой шеей и рукой). Почти у всех боль отмечается и там, и там, но обычно преобладает в каком-то одном месте, что позво­ляет мне сделать выбор между типами 1 и 2 либо типами 3 и 4. Затем я начну расспрашивать о деталях нынешнего приступа: насколько быстро он развивался и сколько длится. Мне нужно будет узнать, постоянные у вас боли или перемежающиеся. Вначале большинство людей отвечает, что у них постоянные боли, но если расспросить поподробней, почти всегда вспоми­наются краткие моменты в течение дня, когда боль отступает. Возможно, вы знаете какое-то удобное положение или можете развернуться так, что боль прекратится. Выяснение причины мимолетных периодов облегчения может оказаться исключи­тельно важным. Расспрошу я вас и о предыдущих приступах. От чего боли обострялись? Что, по-вашему, облегчало их? Мне нужно понять, каким образом боль отражается на вашей жизни, чему именно она мешает.

Кроме того, я поинтересуюсь общим состоянием вашего здо­ровья и некоторыми подробностями личной жизни: заболевани­ями в прошлом, перенесенными хирургическими операциями, болезнями родителей, подробностями трудовой деятельности, тем, как вы обычно проводите свободное время.

Вы поможете нам обоим, ответив на мои вопросы не только искренне, но и подробно. Недостаточно, к примеру, просто ска­зать, что у вас болят спина и ноги. Меня интересуют подробно­сти. Мне нужно точно знать, где ощущаются боли: только в бедре или простреливают до пальцев? Нет ли в ноге чувства онемения или покалывания, а может быть, ощущения жжения или холода?

Выслушав всю вашу историю, я получаю некоторое пред­ставление о причине болей. Теперь я подвергну выстроенную мной теорию проверке физическими методами. Я попрошу вас раздеться до нижнего белья и набросить на себя специальный халат для осмотра — с раскрытой спиной. Сам осмотр будет состоять из стандартной последовательности наблюдений и тес­тов, проводящихся в положениях сидя, стоя, стоя на коленях, согнувшись и лежа —• с различными вариациями. Весь осмотр займет не более пяти минут.

Если вы пробовали диагностировать себя так, как это описа­но в главе 4, то узнаете многие из описанных далее тестов. Для начала я попрошу вас в положении стоя продемонстрировать, как вы наклоняетесь вперед и откидываетесь назад. Я оценю ритм ваших движений и, что более важно, спрошу у вас, какое воздействие эти повторяющиеся движения оказывают на ваши боли. Часто для описания интенсивности боли я предлагаю оценить ее в баллах от 0 до 10, где 0 означает полное отсутствие болей. Боль, нарастающая по мере наклона вперед, говорит о наличии типа 1. Боль, усиливающаяся при повторных откиды­ваниях назад, говорит о типе 2. Боль, которая отмечается лишь при максимальных наклонах в ту или иную сторону и исчезает, когда вы стоите выпрямившись, вероятнее всего, свидетельству­ет об обычном растяжении.

Людей всегда удивляет, когда они узнают, что в большин­стве случаев этот ограниченный набор движений является един­ственной частью процедур осмотра, дающей положительные результаты. Остальные тесты дают отрицательные результаты, исключая наличие прямого давления на корешок нерва, то есть болей типа 3 или 4. Как вы помните, такие боли встречаются примерно в 10% случаев, но большая часть времени во время осмотра уходит именно на то, чтобы исключить или подтвер­дить их наличие.

Пока вы еще стоите, я попрошу вас десять раз подряд встать на цыпочки на обеих ногах, а затем по десять раз приподняться на носок левой и правой ноги поочередно. Таким образом выяс­нится, нет ли у вас защемления нерва, которое могло привести к ослаблению мышц одной из икр.

Потом я попрошу вас встать на колени на стуле и исследую рефлексы в ахиллесовых сухожилиях. Если есть разница в реф­лексах между левой и правой ногой, следует предполагать по­вреждение нерва.

Далее вы усядетесь на стул и поставите ступни ног на пол. Наклонившись, я крепко надавлю ладонью поочередно на каж­дую ступню, чтобы посмотреть, насколько вы способны сопро­тивляться моему давлению. И в этом случае я тоже буду искать намек на тип 3 или 4.

Кстати, при этом тесте невозможно симулировать слабость. Я, конечно, не предполагаю, что вы пришли ко мне в кабинет, чтобы заявить о наличии несуществующих болей. Такое делают считанные единицы. Зато довольно многие пациенты боятся, что некоторые их симптомы слишком слабы и незначительны и поэтому врач не заметит их при осмотре. Чтобы этого не про­изошло, они преувеличивают симптоматику. Мне хочется посо­ветовать вам не делать этого из-за возможности негативных последствий. Врач, заметивший, что вы что-то преувеличиваете, заподозрит полную симуляцию и действительно может проиг­норировать то, что вас по-настоящему беспокоит.

Но в любом случае в описываемом мною тесте с нажатием ступней вам не удастся обмануть меня. Я выявлю наличие или отсутствие мышечной слабости. Если стопа и в самом деле ослаб­лена, то под давлением, направленным сверху вниз, она покорно прогнется. Если стопа в норме, вы не сумеете симулировать такое пассивное движение. Либо вы ее мгновенно расслабите, либо бу­дете ослаблять мышечное напряжение рывками. И то, и другое опытный специалист почувствует мгновенно. Вообще хороший специалист умеет перепроверять факты, выявленные им. Люди, пытающиеся дезинформировать врача, могут обмануть в одном тесте, но провалятся в другом, поскольку не знают, какие резуль­таты разных тестов должны совпадать, а какие — различаться.

Далее вам придется встать лицом к смотровому столу и на­клониться вперед, положить на его поверхность предплечья. Теперь я буду прощупывать пальцами мышцы вашей спины и позвоночные отростки в поисках деформаций, аномальных из­гибов и спазмов мышц. Хотя я буду действовать осторожно, возможно, вы решите дать мне знать словами, постанываниями или подергиванием мышц, что я напал на больное место. Кста­ти, такие больные места не всегда являются первичными источ­никами боли. С тем же успехом они могут быть точками ирра-диирующих болей, то есть болей, реальный источник которых находится в ином месте.

Я упоминал о концепции таких болей в ходе нашей лекции по анатомии. Это общепризнанное явление. Мы знаем, что иногда при сердечном приступе боли сильнее всего ощущаются в левой руке. Это происходит потому, что нервы, обеспечиваю­щие работу сердца, далее направляются в руку. Когда сердеч­ная боль поражает этот отдел нервной системы, головной мозг не может выявить, в какой конкретно точке находится источник боли, и ощущает ее по всему тракту данных нервов. Неприятно­сти случились с сердцем — боль ощущается в руке. По тем же самым причинам расположение болезненных точек на вашей спине может оказаться не слишком важным.

Потом вы сядете на край смотрового стола, и я проверю коленные рефлексы, обращая внимание на то, есть ли разница между левой и правой ногой.

Теперь настало время лечь на стол лицом вверх, чтобы я мог исследовать ваши бедра. Вначале вам придется подтянуть колени к груди, а затем осторожно развести ноги, чтобы проверить, как работают на вращение тазобедренные суставы. Если в первом или во втором случае будут отмечены типичные для вас боли, значит, надо искать их причины не в позвоночнике, а в районе бедер.

Но вернее всего, мы перейдем к следующим тестам, выявля­ющим раздражение какого-нибудь нерва. Вы будете продолжать лежать на спине, а я приподниму вашу выпрямленную ногу, чтобы посмотреть, не вызовет ли это движение типичную боль, появляющуюся на задней поверхности бедра и достигающую ступни. Возможно, я надавлю на подколенную впадину в том месте, где седалищный нерв расположен поблизости от кости. Если раздражен данный нерв, дополнительное давление пальца увеличит уровень типичной боли, распространяющейся вверх или вниз от этого места.

Кроме того, я проконтролирую нормальную функцию нервов, нанеся ряд легких уколов в различные части ног и проверив силу тех мышц, которые до сих пор еще остались непроверенными.

Затем надо убедиться в том, не исходят ли боли из каких-то иных органов. Для этого я осторожно надавлю на почки и сол­нечное сплетение, а кроме того, проверю наличие пульса в ногах.

Чтобы удостовериться, не страдаете ли вы от повреждения спинного мозга, я проведу по подошвам ваших ног заострен­ным кончиком ручки моего молоточка. Если со спинным моз­гом все в порядке, стопа ноги автоматически изогнется.

Возможно, я проделаю ряд других тестов на мышечную силу, попросив вас лечь сначала на один, а потом на другой бок.

Последняя поза при этом осмотре — лежа вниз лицом. Я буду поочередно задирать ваши ноги, и если нерв, идущий от позвоночника к передней части ноги, раздражен, вы почувству­ете на верхней поверхности бедра хорошо знакомую вам боль.

Затем я проверю силу мышц ваших ягодиц, нажимая на них в то время, когда вы будете то напрягать, то расслаблять эти мышцы. Относительная слабость мышц на одной стороне может быть признаком проблем типа 3 или 4. В этом тесте пациенту тоже трудно сжульничать, а это, в свою очередь, позволит мне выяснить, не преувеличивает ли он что-нибудь. Очень сложно напрячь только одну из ягодиц, как вы можете сами убедиться.

Воспользовавшись жгутиком из ваты или булавкой, я проверю вашу чувствительность в узком пространстве между верхними частями ягодиц. Полная потеря чувствительности в этом месте говорит о серьезном повреждении нерва. Обнаружив это в соче­тании с некой аномалией, выявленной в ходе исследования пря­мой кишки, я, возможно, должен буду действовать немедленно. Такие симптомы говорили бы об очень серьезном и исключи­тельно редко встречающемся варианте типа 3, требующем немед­ленного хирургического вмешательства. Исследовав десятки ты­сяч пациентов, я столкнулся менее чем с дюжиной подобных случаев. Это лишь исключение из общего правила, которое гла­сит, что боли в пояснице следует снимать корректировкой осанки и упражнениями в течение нескольких недель или даже дольше и только потом может встать вопрос о каких-либо дополнительных мерах. Если же отмечается потеря чувствительности между яго­дицами и типичная боль в ногах при попытке поднять их по одной, приходится думать, что речь идет об очень сильном вспу­чивании диска, давящего сразу на несколько нервов, контролиру­ющих функции мочевого пузыря и кишечника. Вспучивание диска такого типа, которое ваш врач может назвать грыжей центрального диска, вызывает опасное состояние, известное как острый синдром конского хвоста.

В зависимости от обнаруженного, я могу провести ректаль­ное обследование. Я проверю мышечный тонус, то есть элас­тичность мышц, и сжимательный рефлекс анального сфинктера, с целью найти дополнительные признаки острого повреждения конского хвоста. Как я уже подчеркивал, состояние это встреча­ется исключительно редко, и я говорю о нем лишь потому, что речь зашла об исследовании толстой кишки, которое обычно при осмотре по поводу болей в спине не проводится. Если вы мужчина, то при этом осмотре заодно будет прощупана и пред­стательная железа, которую никогда не мешает лишний раз проверить на предмет развития опухоли.

На этом ваш первый визит завершится. И, скорее всего, я диагностирую вашу проблему, как относящуюся к одному из четырех типов наиболее часто встречающихся болей в спине.

Вы можете удивиться, почему я не направил вас на рентген, не попросил сделать анализ крови и не проделал какие-то дру­гие процедуры. Разумеется, я мог бы сделать это, но при обычных болях в спине все эти процедуры дали бы мне гораздо меньше информации, чем ваша реакция на самые обычные спо­собы лечения, корректировку осанки, легкие растягивающие упражнения и изменение повседневных привычек. Приходите ли вы в себя после острого приступа или страдаете от хронических болей в спине — мне нужно выяснить, улучшается ли ваше состояние при применении консервативных методик.

Если в течение нескольких недель ваше состояние не улуч­шилось, у нас все еще есть время проверить возможность нали­чия каких-либо других причин, таких, как болезнь или врож­денная аномалия. Вы можете посчитать, что, поступая таким образом, я проявляю непростительную небрежность, однако это не так. Более редкие причины болей, развивающиеся очень бы­стро, например, вспучивание центрального диска, всегда сопро­вождаются отчетливыми симптомами, которые я выявил бы при первом же осмотре. А совсем редкие заболевания, которые трудно диагностировать, развиваются постепенно, в течение многих месяцев. Задержка на пару недель ничуть не уменьшит в этом случае ваших шансов на выздоровление.

Наиболее вероятным результатом принятых консервативных мер будет явное улучшение вашего состояния. Я установил, что треть пациентов с хроническими болями, которые обращаются ко мне повторно через два месяца, полностью избавляется от болей. Еще у одной трети отмечается улучшение состояния, позволяю­щее говорить о том, что методы лечения выбраны правильно; у них период восстановления окажется несколько дольше. Еще у одной трети улучшения состояния не отмечается. Однако рас­спрашивая пациентов этой последней группы, я выяснил, что в двух третях таких случаев отсутствие улучшения состояния объясняется тем, что они игнорируют мои предписания.

Итак, остается всего 10% пациентов-хроников с неустанов­ленными причинами болей. Вот они-то и нуждаются в дополни­тельной диагностике для того, чтобы выяснить, являются ли все-таки боли результатом обычных процессов износа, или нам нужно готовиться к операции.

Теперь, когда вы осознали, что подавляющее большинство обращающихся ко мне людей могут получить облегчение, ис­пользуя простые консервативные методы, вам наверняка стано­вится понятным, почему я считаю ненужной тратой времени и денег поголовную рентгенографию и дополнительные исследо­вания всех тех, кто является ко мне на осмотр.

В общем и целом, рентген и различные анализы, используе­мые при диагностике проблем, связанных со спиной, могут по­мочь следующим образом:

1. Выявить первичный источник проблемы, указав на нали­чие где-то аномального состояния.

2. Исключить в качестве причины какое-то специфическое заболевание, продемонстрировав, что у данного пациента отсут­ствуют конкретные отклонения от нормы, сопровождающие та­кое заболевание.

Выявление точного месторасположения, к примеру, изношен­ного сустава позвоночника, совершенно не нужно для того, кто собирается исправлять состояние позвоночника в целом, меняя свою осанку и проводя упражнения. Для него совсем неважно, находится ли источник его неприятностей на уровне L4—5 или на уровне L5—S1, отстоящих друг от друга на толщину пальца.

Что же касается исключения возможности заболевания или структурной аномалии, то соответствующие консервативные методы помогут сделать и это — без риска, без боли, без расхо­дов и без затрат рабочего времени, чего могут потребовать не­которые медицинские тесты.

Мне хотелось бы, чтобы читатели поняли меня правильно. Я вовсе не хочу сказать, что считаю диагностические тесты и анализы ненужными и бесполезными. Это не так. Собственно говоря, я и сам часто использую их. Я просто хочу сказать, что большинство пациентов может обойтись и без этого, поскольку их состояние улучшится настолько быстро, что дальнейшие исследования станут ненужными.

На тот случай, если вы относитесь к тем пациентам, кото­рым все-таки нужны рентгеновские или иные исследования, позвольте предложить вам краткое их описание и мою личную оценку этих методик.

Обычный рентген

Большинству из нас известно, что рентгеновские лучи исполь­зуются дантистами и при исследовании органов грудной клетки. Рентген — полезная методика, имеющая, однако, серьезные огра­ничения. Я знаю, что многие пациенты считают рентгенограмму чем-то вроде медицинской фотографии. Если бы это было так! Рентгенограмма позвоночника не похожа на его фотографию и представляет собой всего лишь изображение теней, отбрасывае­мых костями и другими частями тела, через которые проходят — или в которых задерживаются — рентгеновские лучи.

Более того, это своеобразный негатив, то есть чем больше экс­понирована пленка, тем темнее она становится. Это уже само по себе может вводить в заблуждение: припомните, как трудно вам было найти черты знакомого пейзажа на негативе. Кости позво­ночника поглощают рентгеновские лучи, поэтому на снимке выг­лядят белыми. Другие части тела — мышцы и внутренние органы — в основном пропускают лучи и потому на пленке получаются темными. Чтение рентгенограммы похоже на попытку «прочи­тать» сложный узор, нанесенный на абажур, разглядывая тени, которые отбрасывает этот абажур на стену, причем в негативном изображении. Одна-единственная рентгенограмма позвоночника не дает почти ничего. Для получения каких-то результатов нужно делать снимки на разных уровнях и в разных проекциях.

На рентгенограмме видны кости и плотные мышцы, осталь­ные же ткани только туманно прорисовываются. На ней не раз­глядеть нервов или дисков, которые являются лишь темными промежутками между белыми изображениями костей, так что их форму приходится скорее угадывать, чем видеть. Рентгено­грамма не покажет ни физических изменений в мышце, ни спазма этой мышцы. И, разумеется, она не покажет боль.

Она может показать перелом. Она может показать далеко зашедший износ кости. Она может показать небольшие наросты на костях, которые правильно называть остеофитами. На ней можно будет ясно увидеть сколиоз, то есть ненормальный изгиб позвоночника во фронтальной плоскости. Она покажет разру­шение кости, вызванное раком, хотя для этого кость должна быть уже наполовину разрушенной. Она покажет позвонок, сместившийся в сторону от остальных (спондилолистез), позво­нок с дефектом в костном мостке между суставами (спондило­лиз) либо изменения в нормальной сегментации крестцового и поясничного отделов.

Помню, как мой отец рассказывал, что у него есть лишняя кость в спине. Посмотрев его рентгенограмму, я понял, что речь идет о явлении, которое называется люмбаризацией. В переводе с докторского это значит, что один из пяти крестцовых позвон­ков, которые в норме должны быть сросшимися, не соединяется с остальными и действует как подвижная кость поясничного отдела, причем от остального крестца его отделяет полностью сформировавшийся диск. В результате люди с люмбаризацией являются обладателями шести, а не пяти поясничных позвон­ков, зато в крестцовом отделе у них четыре позвонка вместо пяти. Общее число позвонков остается тем же самым, лишь иначе перераспределяясь. У других людей отмечается противо­положное явление — шесть крестцовых позвонков и четыре поясничных (сакрализация). Некоторые врачи подозревают, что столь необычная форма сегментации позвонков может стать причиной спинных болей, однако эти подозрения пока ничем не подтверждаются.

Рентгенограмма может показать признаки воспаления мягких тканей, если эта слабо видимая структура будет соседствовать с пустым местом, вообще не поглощающим рентгеновских лучей. Иногда можно разглядеть на снимке признаки таких заболева­ний, как ревматоидный артрит или анкилозирующий спонди­лит. Однако было бы странно, если бы эти болезни выявились только с помощью рентгена, поскольку их симптомы хорошо наблюдаются во время самого обычного осмотра.

Рентгенограмма может принести гораздо больше пользы, если есть с чем ее сравнивать. Рентгенограмма, которую вы сделаете сегодня, скажет вашему врачу гораздо больше, если ее можно сравнить с рентгенограммой, сделанной несколько лет назад. Это одна из причин того, почему не рекомендуется менять врачей, кроме тех случаев, когда врач сам направляет вас к своему кол­леге. Иногда мой новый пациент так отвечает на мою просьбу принести старую рентгенограмму: «У моего бывшего врача они где-то есть, но я предпочел бы, чтобы вы ему не звонили». В подобных случаях у меня оказываются связаны руки. Конечно, нужна некоторая смелость для того, чтобы заявить врачу, что вы собираетесь отказаться от его услуг, однако вы не первый человек, который так поступает. У каждого практикующего медика пациенты приходят и уходят. Если вы на прощание не просите сохранить на всякий случай ваши рентгенограммы и историю болезни, то таким образом лишаете своего нового врача — и себя — важного преимущества.

Анализы крови

Взяв небольшое количество вашей крови, медицинская лабо­ратория сможет сообщить мне очень многое о состоянии вашей спины.

Уровень гемоглобина поведает мне о состоянии костного мозга, в котором производятся эритроциты (красные кровяные клетки), а также о количестве железа, содержащегося в вашем организме. Низкий уровень гемоглобина свидетельствует о многом, в том числе и о нарушении нормального функционирования костного мозга, что может иметь связь с болями в спине.

Количество лейкоцитов (белых кровяных клеток) может го­ворить о наличии инфекции или о нарушениях в работе иммун­ной системы. Воспаление костей, или остеомиелит, изредка бывает причиной острых болей в спине.

Скорость оседания эритроцитов (то есть скорость, с которой они оседают в стеклянной пробирке) — это старинный, но полезный метод, позволяющий исключить наличие одного из широко распространенных заболеваний как причины болей в спине. Тест этот очень неспецифичен, то есть может отражать большое число невзаимосвязанных факторов. Тем не менее он остается удивительно полезным методом выявления ряда сис­темных заболеваний.

Ревматоидный фактор и аутоантитела — это два показа­теля, позволяющие выявить ревматоидные и иные подобные за­болевания, относящиеся к группе серопозитивных болезней (это значит, что диагноз часто можно поставить, исследуя сыворот­ку крови, называемую по-латыни serum). Однако эти тесты не вполне надежны, да и любой лабораторный тест, каким бы точ­ным он ни был, не сможет заменить данные, которые врач по­лучает из истории болезни пациента и при его осмотре.

Кальций, фосфор и различные ферменты. Когда кость быстро меняет свой химический состав, в крови наблюдается повы­шенный уровень кальция, фосфора и определенных ферментов. Этим выражается реакция костей на появление различных опу­холей, вызывающих разрастание или разрушение костных тка­ней, а также на ряд заболеваний, поражающих кости. При нор­мальных уровнях этих веществ и полипротеинов можно исклю­чить рак или какое-то заболевание общего характера как причину болей в спине.

Анализ мочи

Некоторые системные заболевания и ряд видов рака можно, помимо прочего, выявить и с помощью анализа мочи.

Электромиография и исследование проводимости нервов

Хотя это два разных теста, они часто проводятся вместе, поскольку при их проведении используется одно и то же оборудование. Электромиография (ЭМГ) — это способ исследования реакции мышц путем стимуляции соответствующих нервов. Исследование проводимости нервов устанавливает их способность передавать импульсы.

Предположим, что у вас боли в спине и одновременно вы потеряли способность приподнимать пальцы ног, держа ступни на полу. В этом может быть виновата соответствующая мышца, седалищный нерв или корешок нерва, который управляет дей­ствиями стопы. Первую возможность можно исключить, иссле­довав результаты ЭМГ, а две другие — исследовав проводи­мость нервов.

Для проведения этих исследований лаборант вводит очень тонкие иглы в несколько точек вашей ноги. Это неприятно, но безболезненно. Иглы соединяются проводами с прибором, показывающим, нормально ли сокращаются ваши мышцы и проходят ли по нервам импульсы. Если ответ положительный, врач может сделать заключение, что повреждение расположено где-то выше, у корешка нерва.

Создающиеся новые методики с заменой игл электродами, накладывающимися на поверхность кожи, расширяют область применения этих тестов.

Подобные тесты могут понадобиться очень немногим пациентам с болями в спине. Они бесполезны при болях типа 1 ил 2, которые не связаны впрямую с функциями нервов. Тип можно выявить ничуть не менее точно при осмотре и изучении истории болезни. Тесты при болях типа 4 обычно показывают норму, поскольку при их проведении пациент находится в со­стоянии покоя, а боли этого типа появляются только при физи­ческих нагрузках.

Соматосенсорная стимуляция потенциалов

Эта новая методика, позволяющая измерить воздействие на некоторые отделы головного мозга путем стимуляции спинного мозга или даже отдельного нерва. Используется она во время хирургических операций для того, чтобы предупредить хирурга о грозящей возможности поражения нерва, или для выяснения того, в достаточной ли степени удалось снять давление с данно­го нервного корешка. Методика используется не слишком ши­роко, поскольку обходится дорого и требует высококвалифици­рованного обслуживающего персонала, зато ее применение от­крывает интересные перспективы — возможность объективно оценить уровень боли, испытываемой пациентом.

Костное сканирование

Ряд изменений в костях позвоночника можно выявить, введя в вашу кровь безвредное радиоактивное вещество. Через не­сколько часов это вещество проникает в кости. Его излучение воспринимается устройством, напоминающим счетчик Гейгера, а результат отражается на экране или записывается в виде кар­тинки по типу рентгенограммы. Если в каком-то месте отмеча­ется усиленный обмен веществ, что происходит, например, при срастании переломов, при восстановлении поврежденного сустава, при некоторых видах рака костей, то повышенное количество контрольного вещества, а стало быть, и уровень радиоак­тивности, отражается на изображении в виде черного пятна. Данный тест безопасен и безболезнен, а радиоактивный матери­ал быстро выводится из организма.

Термография

Этот тест позволяет выявить очаги патологии по изменениям в кровообращении. Методика основана на том, что воспали­тельный процесс сопровождается локальным усилением крово­обращения, при котором на коже образуется тепловое пятно. Известно, что нервы контролируют просвет кровеносных сосу­дов, и если с каким-то нервом что-то не в порядке, диаметр сосудов изменяется, а это влияет на поток крови.

Лично я уверен, что при диагностике болей в спине этот тест не нужен. Нет доказательств связи между картинкой, получае**мой** в результате термографии, и каким-нибудь из типов болей в спине или наличием их физических источников.

Ультразвуковое исследование

Ультразвуковое исследование вызывает энтузиазм у врачей других специальностей, и для этого у них есть все основания. Однако в диагностике заболеваний позвоночника методика еще не вышла из экспериментальной стадии. Это благородная по­пытка собрать максимум информации о позвоночнике без физи­ческого травмирования организма и без использования ионизи­рующих излучений. Соответствующий прибор излучает безвред­ные высокочастотные звуковые волны, отражающиеся от тканей тела, имеющих разную плотность. Результат взаимодействия отраженных звуковых волн создает весьма туманную «картин­ку» вашего позвоночника. Трудно интерпретировать рентгено­грамму, но еще труднее делать это с ультразвуковой «картин­кой». Впрочем, технология эта непрерывно совершенствуется, и по мере улучшения качества изображения степень использова­ния ультразвука может возрасти.

Томография

Ныне редко используемая, томография позвоночника явилась важным этапом развития рентгенографических методов иссле­дования. Кроме того, на ней базируется компьютерное томогра­фическое сканирование. При томографии делается серия рентге­нограмм, снятых на разной глубине вашего тела. Возможно, яснее будет описание с использованием в качестве аналогии торта «наполеон». Предположим, вы делаете этот торт на день рождения и наугад разбрасываете по его объему монетки. Сде­лав обычную рентгенограмму такого торта, вы обнаружите на ней множество белых дисков, иногда частично перекрывающих друг друга, но выяснить, лежит ли данная монетка прямо у поверхности или на самом дне, невозможно. Более надежным способом получения информации об этих монетках будет по­очередное снятие слоев «наполеона», лежащих параллельно друг другу. Конечно, невозможно слоями нашинковать ваше тело или позвоночник, но томограф может косвенным образом сделать это. Он делает примерно дюжину рентгенограмм, и каждый раз излучение имеет различную интенсивность, прони­кая при этом на разную глубину. Поскольку мы знаем глубину каждого слоя, возможно установление точного местоположения каждого объекта, появляющегося на этих картинках. Изучив всю серию изображений, мы можем реконструировать объемную картину позвоночника.

Миелография

Миелография, подобно томографии, вышла из обихода во многих научных центрах, где исследуются проблемы позвоноч­ника, и на смену ей пришли методики компьютерной томогра­фии и ядерного магнитного резонанса. Тем не менее она оста­ется образцом, в сравнении с которым оцениваются другие ме­тодики исследования нервной системы. Миелография использует рентген в сочетании с введением контрастного, то есть непрозрачного для лучей, вещества.

Исследование начинается с инъекции такой жидкости в обо­лочку, окружающую спинной мозг и корешки нервов. Пациент лежит на столе, наклон которого можно менять, и по мере того как делаются очередные рентгенограммы, стол наклоняется то вперед, то назад, так что введенный материал медленно расте­кается вдоль позвоночника, заполняя пространства, окружающие каждый нерв. Жидкость на снимках выглядит белой, а те места, где ее проходу препятствуют наросты или раздувшиеся диски, проявляются темными пятнами. Самих дисков на миелограмме не видно, но косвенным образом на ней хорошо про­рисовывается дефект дисков, оказывающих давление на оболоч­ку нервов.

Метод этот не является безошибочным. Он может показать дефект диска, который на самом деле не является причиной ваших болей. В других случаях вспученный диск может не выявиться на миелограмме, поскольку он оказывает давление на нерв в той части оболочки, куда вообще не проникла контра­стная жидкость. Миелограмма всегда показывает норму в слу­чаях болей типа 1 и 2, так как при них не отмечается защемле­ния нервов.

Миелографией следует пользоваться очень осторожно. У не­которых людей она вызывает головные боли, обычно проходя­щие после суток пребывания в постели. Тем не менее такие головные боли могут затянуться и ощутимо мешать человеку в течение неопределенно длительного периода времени. Справед­ливо или несправедливо, но некоторые пациенты обвиняют миелографию в ухудшении своего состояния. Даже если это несправедливое обвинение, для пациента, который верит в его справедливость, возникает проблема.

Я уверен, что миелографию не следует использовать как по­вседневный метод диагностики, за исключением тех случаев, когда состояние пациента не может быть диагностировано ме­нее радикальными методами. Очень полезной она может ока­заться при выявлении точной локализации защемленного ко­решка нерва перед хирургической операцией у пациента, стра­дающего болями типа 3 или болями типа 4 с преобладанием боли в ноге. В общем и целом, тому, кто не собирается на операцию, миелография не нужна.

Дискограмма

Это еще один метод использования рентгеноконтрастной жидкости. В данном случае, однако, материал вводится прямо в диск, а результат теста оценивается по болевой реакции па­циента, а не по рентгенограмме. В нормальном диске инъеци­рованная жидкость удерживается и на рентгенограмме выглядит пятном миндалевидной или чечевицеобразной формы, расположенным посередине между соседними позвонками. Если же диск разорван или сильно изношен, инъецированная жидкость быстро вытекает из него и исчезает.

Это болезненный тест. Анестезия при нем не используется, а заключение врача базируется, главным образом, на способности теста воспроизводить типичный для пациента вид боли. Мне кажется, такой сомнительный ответ не является достаточным доказательством того, что мы выявляем при этом истинный источник боли.

Кроме того, тест трудно проводить: иглу следует ввести точно в нужное место конкретного диска, а затем следует задавать пациенту очень четко сформулированные вопросы. Широко распространенное недоверие к данному тесту объяс­няется и тем, что рентгенограмма может показать поврежденный диск, не вызывающий болей, или наоборот — нормальный диск, дающий при этом набор симптомов.

Инъекция в корешок нерва

Цель этого теста — выяснить, какой из нервных корней яв­ляется виновником болей в ноге. Смешиваются контрастная жидкость и местный анестетик, и эта смесь вводится в корешок, находящийся под подозрением. На экране рентгеновского аппа­рата появляется изображение, подтверждающее, что инъекция сделана в нужный корешок нерва. Анестетик, естественно, дела­ет этот нерв нечувствительным на всем его протяжении, поэто­му при исчезновении боли врач может быть более или менее уверен, что обнаружил источник неприятностей.

Проблема состоит в том, что находящиеся по-соседству ко­решки нервов частично взаимоперекрывают функции друг дру­га. Вместо того, чтобы точно указать на корешок, который яв­ляется источником боли, тест может бросить подозрения на «невиновного», который всего лишь передает сообщение своего соседа о боли.

Суставные инъекции

Этот метод, основанный на том же принципе, что и предыду­щие, и использующий ту же смесь веществ, помогает выяснить, какой именно сустав вызывает боль. По моему мнению, он более точен, чем инъекции в корешки нервов, хотя и при нем может случиться та же путаница и возникнуть тот же самый вопрос относительно первичного источника болей. Однако и выявление источника болей не решает проблему следующих шагов. Если нет очевидной нужды в хирургической операции (а подобная нужда возникает редко), наиболее разумно применить консерва­тивные методы. А в таком случае не очень важно, какой именно сустав вызывает боль, так что тест попросту не нужен.

Некоторые врачи добавляют в состав смеси стероидные гор­моны, чтобы снять воспаление в суставе и облегчить симпто­матику. Идея кажется великолепной, но доказательств того, что эта процедура дает устойчивый положительный эффект, пока нет.

Сканирование с помощью компьютерной томографии

Компьютерная томография, или, строго говоря, метод компь­ютеризированной аксиальной томографии, является хитроум­ным способом использования рентгеновских лучей. Впрочем, сказать так — это все равно что сказать: космический челнок является усложненной машиной для полетов.

По сравнению с компьютерной томографией изображения, получаемые при обычной томографии, выглядят рисунками пе­щерного человека. Обычная томограмма делает десяток-другой снимков костей спины, но их интерпретацией должен занимать­ся человек. Компьютерный сканер на основе этих множествен­ных снимков сам создает картинку поразительной точности, которая легко читается.

Главное достоинство компьютерного сканера состоит в том, что его компьютер умеет выявлять тонкие различия в последо­вательных рентгенограммах — различия, которые не способен выявить человеческий глаз. Установив различия, компьютерный томограф затем акцентирует их пропорционально исходному уровню, так что их можно видеть невооруженным глазом. Практически это значит, что компьютерный томограф не только не имеет ограничений по выявлению костных структур, но мо­жет отображать и мягкие ткани. На компьютерном изображении можно разглядеть мембраны, окружающие нерв, и даже разли­чить внутреннюю структуру спинного мозга.

Компьютер-томограф, «строя свои умозаключения», может продемонстрировать даже то, чего не видел. К примеру, на эк­ране можно получить вид сбоку в такой проекции, которую совершенно невозможно получить при обычной рентгенографии. Делается это на основе нескольких снимков, приведенных во фронтальной проекции на разных глубинах. Выявляя и «за­поминая» мелкие различия при разных экспозициях, компьютер может изобразить — действуя дедуктивным методом — картин­ку, которая получилась бы при реальном рассмотрении объекта сбоку. Компьютер может даже создать, трехмерное изображение позвоночника.

Компьютерное сканирование имеет свои ограничения, и по­тому иногда его используют в сочетании с миелографией. Как при обычной миелографии контрастный материал заполняет пространство вокруг корешков нервов. Однако компьютерный томограф не просто отображает на экране дефекты заполнения пространства — он действительно показывает диск, вызываю­щий давление. Именно это иногда не удается сделать, исполь­зуя одну только миелографию. Компьютерная томография в союзе с миелографией значительно приблизилась к идеалу ди­агностики, но, тем не менее, не достигла его. И тут на сцену вышел метод ядерного магнитного резонанса.

Метод ядерного магнитного резонанса

ЯМР может дать изображения, недоступные даже для компь­ютерной томографии/миелографии.

При использовании этого метода тело человека помещают в мощное магнитное поле, интенсивность которого в тысячи раз превышает интенсивность поля Земли. Когда вы лежите в узком рабочем отсеке этой машины, молекулы вашего тела выстраива­ются по линеечке, как те железные опилки, которые нам демон­стрировали в школьном опыте по физике. Когда эта ситуация стабилизируется, на ваше тело направляют мощный радиоим­пульс, на короткий момент выбивающий молекулы из равнове­сия (эффект схож с тем, который наблюдается при ударе по вращающемуся волчку: волчок в этом случае вначале активно раскачивается, но постепенно возвращается в устойчивое верти­кальное положение). Вновь выстраиваясь в стройные ряды, мо­лекулы организма испускают слабые электрические сигналы. Компьютер, настроенный на частоту водорода (эта частота выб­рана потому, что данный элемент в больших количествах со­держится во всех органах, а его излучения легко выделить), записывает каждый такой разряд, отмечая его интенсивность и местоположение, а затем на основе анализа разрядов синтезиру­ет изображение. В результате головоломных математических вычислений появляется картинка вашего тела, нарисованная содержащимся в нем водородом. (Два атома водорода и один атом кислорода создают молекулу воды, поэтому можно счи­тать, что на самом деле это картина содержащейся в организме воды.) Результат похож на рентгенограмму, но на самом деле картинку генерирует компьютер — как те картинки Юпитера, которые посылал на Землю «Вояджер-2».

Метод ядерного магнитного резонанса может продемонстри­ровать нам картину всего тела в целом, а точнее, его частей, содержащих воду. Поскольку в костях содержится мало воды, они на картинке выглядят черными, в то время как диски, мышцы и нервы отображаются различными оттенками серого. Очень низкое содержание влаги в костях приводит к тому, что при этом методе они отображаются несколько хуже, чем на компьютерных томограммах, сделанных с высокой степенью разрешения. Но что касается прочих тканей, ЯМР не имеет себе равных. С его помощью можно обнаружить изменения в кост­ном мозге и с ювелирной точностью обнаружить зачаточные очаги рака до того, как они получат возможность распростра­няться дальше. Можно выявить вспучивание диска столь незна­чительного размера, что оно осталось бы незамеченным при хирургической операции. Можно выявить степень потери дис­ком влаги и рассмотреть плетение его оболочки.

В общем, можно установить такое количество возможных причин болей в спине, что не будешь знать, за какую из них браться. ЯМР дает нам ответы на вопросы, которых мы даже не задавали. ЯМР — это бесценное средство диагностики пациен­тов, страдающих от редких случаев болей в спине немеханичес­кого характера, и тех, кто готовится к неизбежной хирургичес­кой операции. Но даже ЯМР не может разглядеть боль и не предоставляет средств для ее снятия. Если это ваша спина, все равно заниматься ею — вам.

Глава • 9

Припарки, вытяжки и пилюли

Как нет недостатка в желающих исцелить вашу боль в спине, так нет недостатка и в выборе средств, предназначенных для этого — старых и новых, простых и сложных, доморощенных и созданных профессионалами. Можно даже сказать, что в дополнение к вспученным дискам, изношенным суставам и защемленным нервам жертвы спинных болей не могут не страдать от жалоб четвертого типа — от избытка средств.

Вам горячий компресс или пузырь со льдом? Вытяжку или массаж? Укольчик или операцию? У всех, с кем вы заговорите на эту тему, есть свое собственное средство и обычно личный опыт его использования. Как же во всем этом разобраться? Прежде всего, нужно решить, собираетесь ли вы устранить ис­ходную причину болей или же просто снять эти боли. Несом­ненно, вам хотелось бы сделать и то, и другое. Однако когда боль достигнет своего пика, вы с благодарностью согласитесь для начала устранить хотя бы ее. В этом нет ничего необычно­го. В конце концов, вам нужно получить возможность немнож­ко успокоиться и отдохнуть, а в это время ваша спина начнет медленный, но благотворный процесс самоисцеления.

Однако вам хочется быть уверенным в том, что средства, кото­рые вы используете для снятия болей, безопасны, не имеют серь­езных побочных воздействий и не наносят вреда организму. Сле­дует руководствоваться ясным правилом: ни одно средство, конт­ролирующее боль, не должно ухудшать вашего самочувствия. И наоборот: если вам что-то помогает, используйте это средство.

Конечно, неплохо настроить себя на оптимистический лад, приступая к выполнению личной программы по восстановлению, однако не следует заниматься самообманом, оценивая какое-либо из применяемых средств. Необходимо как можно точнее выяс­нить, как действует данное средство, каким образом в результате его воздействия изменяется состояние спины и сколь длительным является его благотворное влияние. Обдумывая вопрос о выборе средства, не забывайте, что боли в спине исчезают естественным образом, поэтому в случае, если лечение совпадает по времени с этим естественным процессом, вы можете неправильно оценить эффективность средства. Одновременно следует помнить об опасности попадания в зависимость от таких средств краткосроч­ного воздействия, как лекарства или спинной бандаж. Это пло­хие заменители правильной долгосрочной программы.

Разрабатывая курс долгосрочной программы восстановления, начните с оценки и выяснения механизма действия любых ис­пользованных средств для снятия боли на короткий период. Некоторые из них одобрены медицинской наукой, действие дру­гих основано на непроверенных теориях, которые могут ока­заться верными или ложными. И есть несколько откровенно шарлатанских методов.

Спинной бандаж

Спинной бандаж может вам помочь. К сожалению, люди час­то неправильно понимают его назначение. Они ошибочно пред­полагают, что бандаж защищает диски и помогает укрепить по­звоночник. Действительно, бандаж ограничивает излишние изги­бы и повороты спины, и вы каждый раз вспоминаете об этом, принимая какое-то необычное положение. Менее доказательно то, что бандаж обеспечивает дополнительную поддержку мышц живота, хотя, как это ни удивительно, такая функция не слиш­ком важна. Но все же польза от него временная, и бандаж в качестве замены слабых мышц не годится для включения в дол­говременный план действий. Опасность заключается в том, что бандаж может превратиться в костыль. Если вы до бесконечнос­ти будете полагаться на него, у вас никогда не укрепятся мышцы брюшного пресса. Лучше держаться от бандажа подальше и взяться за программу укрепления мышц, а бандаж оставить для тех случаев, когда без него не обойтись.

Если я все-таки рекомендую бандаж, то уточняю, что следу­ет выбирать тот, который надевают поверх одежды и который можно быстро расслабить, когда отпадает необходимость в его использовании. Я подчеркиваю также, что использование бан­дажа может быть только частью широкой программы, включаю­щей выработку навыков, позволяющих правильно поднимать грузы, регулярные упражнения и разумные изменения повсед­невных привычек.

Матрацы и автомобильные сидения

Люди с больной спиной очень беспокоятся по поводу своих матрацев. В большинстве случаев их беспокойство необосно­ванно. Если вы спите на хорошем плотном матраце, который уложен поверх пружинного матраца, это значит, что вы обеспе­чиваете для своей спины практически все, что ей нужно ночью. Нет никаких преимуществ или достоинств в твердых неудобных поверхностях для спанья — разве что вам нравится так спать. Привычные похвалы постелям на водяной подушке и специаль­ным ортопедическим матрацам основаны на том простом факте, что такие устройства обеспечивают контакт с большой площа­дью спины, поддерживая позвоночник в нейтральном положе­нии. Исследования показывают, что люди, спящие на матрацах с водяной подушкой, меньше ворочаются. Если у вас есть ка­кая-то идеальная комфортная позиция для сна и от длительного пребывания в неподвижности вы чувствуете себя хорошо, мат­рац на водяной подушке вам понравится.

Забудьте про старый способ с подкладыванием деревянного щита под матрац. В свое время эта идея была очень популярна, но тогда пользовались в основном кроватями с панцирными пружинами и набивными матрацами, прогибавшимися под ве­сом тела, как спина рахитичной лошади, направляющейся на бойню. Такие кровати действительно не обеспечивали никакой поддержки для позвоночника, и использование деревянного щита было разумным. Если же сейчас вам удобно спать на вашем матраце в период отсутствия болей, значит, этот матрац обеспечивает нужную поддержку позвоночника.

Независимо от того, каким матрацем вы пользуетесь, в период острых болей вам, вероятно, будет удобно лежать на спине, под­ложив под колени толстую подушку, или на боку, поджав колени и вложив подушечку между бедер. Часто помогает и скрученное в жгут полотенце, подсунутое под поясницу. Но подробнее мы поговорим о позициях, в которых лучше спать, в главе 13.

Не существует магической формулы и для идеального авто­мобильного сиденья. Однако важно придерживаться одного принципа: колени должны находиться чуть выше бедер, чтобы поддержать нормальный нейтральный изгиб в области поясни­цы. Это значит, что сидение следует располагать как можно ближе к рулевой колонке — естественно, в границах безопасно­сти и комфортности. В этом положении вы просто вынуждены изгибать ноги под нужным углом, снижая таким образом на­грузку на позвоночник. Может быть, для удобства и для улуч­шения обзора вам будет удобней садиться на подушечку клино­образной формы или засовывать свернутое в жгут полотенце за поясничный изгиб. Но в основном руководствуйтесь здравым смыслом. Всякие приспособления, снижающие боль в спине, являются полезными для вас.

Вытяжка

Вытяжка более эффективна при использовании ее в шейном отделе, чем в поясничном. Из-за более хрупкого строения шея способна вытягиваться, при этом просветы, через которые вы­ходят позвоночные нервы, увеличиваются. Именно поэтому вы­тяжка может оказаться прекрасным методом при болях типа 3 в шее и руках, являющихся результатом острого защемления нерва. Для получения максимального эффекта сеансы вытяжки должны производиться часто. В исключительно болезненных случаях могут помочь ежечасные, длящиеся по нескольку минут процедуры с приложением усилия 3—4,5 кг. Очень важно учи­тывать положение шеи при вытяжке. К примеру, боль может снижаться при легком наклоне вперед, но оставаться неизмен­ной при легком откидывании головы назад. Следует поэкспе­риментировать с несложной системой вытяжки: специальный воротник, веревка, шкив, груз.

Подобно другим методам, цель которых — уменьшить боль, не затрагивая при этом их исходную причину, вытяжка должна облегчить симптоматику, причем после первых же нескольких сеансов. Откажитесь от вытяжки, если она усиливает характер­ные боли в руке.

Вытяжка редко бывает эффективной при болях в пояснице. Объем торса, масса поясничных мышц и даже форма позвонков этого отдела делают задачу вытяжки исключительно сложной. Некоторые люди тратят кучу денег на приобретение специаль­ных приспособлений или регулярно посещают клинику, надеясь с помощью вытяжки уменьшить выпячивание диска или выпра­вить расположение элементов поясничного отдела спины. Они укладываются в постель — а дальше работает аппарат. На­сколько я понимаю, единственное, что приносит пользу при этом методе, так это то, что вы вынуждены лежать. Впрочем, можно отказаться от всяческих противовесов, веревок и блоков и достичь того же эффекта, просто полежав в постели и дож­давшись, когда боль пройдет сама собой.

Один из вариантов этого метода называется гравитационной вытяжкой. При нем используются аппараты, позволяющие вам повиснуть в вертикальном положении с поддержкой в районе грудной клетки — что-то вроде «гигантских шагов», только без «шагов». Таким образом, по сравнению с методами, когда паци­ент лежит в постели и прилагаемое усилие не превышает 18-23 кг, гравитационная вытяжка использует всю тяжесть нижней половины вашего тела. Есть и варианты, при которых пациент повисает вверх ногами, как летучая мышь в пещере. Подвеска может осуществляться за лодыжки или с помощью кресла, к которому пристегивается пациент.

Если вы убеждены в том, что один из этих современнейших вариантов средневековой дыбы помогает вам, позвольте дать один совет: с чуть большими усилиями, но зато без всяких рас­ходов вы можете получить тот же самый результат, повиснув на руках. Для этой цели подойдут дверная притолока или водо­проводная труба в подвале.

Попробуйте. Возможно, это вам понравится. Но не забывай­те, что вытяжка в поясничном отделе является всего лишь еще одним способом снять мышечный спазм, который можно с не меньшим успехом устранить, приняв соответствующую позу или проделав осторожные упражнения на растяжку.

Отвлекающие средства

Некоторые из наиболее распространенных домашних методов лечения основаны на изменении способности организма ощущать боль. Делается это с помощью использования средств, вызываю­щих какие-то новые типы боли. Никто не может сказать в точно­сти, отчего подобный метод срабатывает. Возможно, организм начинает выделять эндорфины, оказывающие болеутоляющий эффект; возможно, происходит «постановка помех» на путях прохождения болевых сигналов, так что организм перестает ре­гистрировать эти сигналы в полном объеме.

Горячие компрессы и холодные примочки являются, видимо, старейшими и наиболее распространенными средствами этого рода, известными человечеству.

Мази, и в особенности те, которые вызывают ощущение жара на коже, — еще одна форма того же метода. Только не верьте этикетке на упаковке мази, утверждающей, что данное средство дает «пронизывающее чувство тепла», проникающего «в самые глубины пораженного органа».

Такого не бывает. Кожа является столь эффективным изоля­тором, что и тепло и холод с ее поверхности никуда не могут проникнуть. И уж, разумеется, никакая мазь не доберется до диска или сустава, а если бы и добралась, то нет никаких при­чин полагать, что вызванное ею тепло или раздражение каким-то образом воздействовало бы на больные места.

Массаж — с мазью или без мази —■ действует так же, как мази и компрессы. В некоторых случаях он помогает расслабить мышцы, оказавшиеся в состоянии спазма. Когда основной при­чиной боли является мышечный спазм, массаж может показаться средством, полностью излечивающим боли в спине, поскольку к моменту проведения массажа исходный источник боли, напри­мер вспученный диск, может успокоиться. Однако следует иметь в виду, что массаж никак не способен излечить исходную причи­ну спазма. И, конечно же, если эта исходная причина вновь даст о себе знать, у вас вновь появятся спазмы.

Мануальная терапия тоже может быть полезна для расслаб­ления мышц и суставов, закрепощенных спазмом. Как было указано в главе 7, это, в общем-то, вся польза, которую могут принести манипуляции. В то же время этот метод не всегда дает результат и может причинить боль, тем более если защем­лен нерв. Но не забывайте, что боль не равнозначна вреду; как правило, вреда вам не будет нанесено. И все-таки стоит в дан­ном случае применить уже упоминавшееся мною правило: ни какое средство для снижения болей не должно ухудшать ваше самочувствие. Оно может вызывать некоторый дискомфорт (как в случае использования разогревающих мазей), но уж, само собой разумеется, не должно усиливать ту боль, которую вы хотите подавить.

Краниосакральная терапия, биорезонансная терапия и иже с ними

В то время как привычные методы мануальной терапии и массажа действительно помогают при острых болях механичес­кого происхождения в поясничном отделе, нет никаких доказа­тельств полезности целого ряда процедур, находящихся вне гра­ниц медицинской науки.

Краниосакральная терапия якобы решает проблемы спины, регулируя взаиморасположение костей черепа. Тот факт, что у взрослого человека эти кости никак не могут смещаться относи­тельно друг друга, ничуть не мешает теории. «Сакральная» часть наименования возникла из предположения, будто организм обладает неким естественным ритмом: 6—12 раз в минуту ваша голова увеличивается, а позвоночник сжимается. Ну, а когда голова сжимается — позвоночник растягивается. Терапия состоит в изменении этой ритмики. Звучит смешно? А ведь это многомиллионный по объему бизнес, причем утверждается, что с помощью подобного метода можно исцелиться от всего, начи­ная с неукротимой рвоты и кончая детским слабоумием.

Биорезонансная терапия — термин, не отражающий суть метода. При его использовании к пациенту вообще не прикаса­ются. Целитель водит ладонями по контуру вашего тела, «ощу­пывая» электрическую ауру, якобы исходящую от всякого чело­века. Обнаружив нарушения в истечении оной ауры, целитель быстро двигает руками, предположительно корректируя возник­шую неисправность. Полагаясь на эту теорию, я пытался взма­хами рук усовершенствовать работу своего радиоприемника, но у меня ничего не получилось.

Ультразвук

Этот метод можно назвать усовершенствованным вариантом микроволновой печи. Он действительно способен сделать то, чего не могут сделать горячие грелки, компрессы и мази: он направля­ет тепло глубоко в ткани организма. А это может облегчить боль в позвоночнике, но может и не облегчить. Видите ли, вся эта идея основана на двух недоказанных предположениях. Первое заключа­ется в том, что тепло, генерируемое ультразвуком, действительно достигает пораженных мест. Никто не возьмется утверждать это наверняка. Второе предположение заключается в том, что это теп­ло снимает боли. Мы знаем, что тепло заставляет расширяться кровеносные сосуды и тем самым увеличивает прилив крови в данное место. Но может ли приток крови облегчить боль? Неизве­стно. Мы знаем только, что иногда ультразвук помогает в тяже­лых случаях, по крайней мере, на время.

Терапия магнитными полями

Другой вид энергии, используемый для снятия болей в спи­не, — магнитная энергия. Применяемое устройство представляет собой большое кольцо, охватывающее торс человека или иное пораженное место и служащее антенной, излучающей электромагнитные волны. Теоретические обоснования метода неясны, но считается, что волны эти обладают целебными свой­ствами, а производители утверждают, что они снимают боли в спине, в ногах да и в любом другом месте. По мне, все это звучит слишком хорошо. Если бы магнитные волны исцеляли, то при использовании в диагностике метода магнитного резо­нанса мы вдобавок к четким картинкам получали бы терапевти­ческий эффект при множестве заболеваний. На самом деле это­го эффекта не отмечается.

ТЭНС (TENS) и интерференционные токи

Если бы прибора ТЭНС не существовало, его следовало бы изобрести для удовлетворения тех, кто страдает от боли в спине и очень хочет потратить деньги на какой-нибудь волшебный ларец. ТЭНС означает «транскожная электрическая нервная стимуляция». Устройство это — размером с небольшой кассет­ный аудиоплейер, но стоит значительно дороже, зато к нему прилагается впечатляющий набор проводов и липких подуше­чек. Вам нужно всего лишь приложить эти подушечки к боль­ному месту и подключить проводами к коробке, находящейся в нагрудном кармане или подвешенной к поясу. Затем, где бы вы ни находились и в какой бы момент ни поразила вас боль в спине, можно нажать кнопку, а то и две, пронзив себя электрическими импульсами.

Вариацией на ту же тему является интерференционная ма­шинка. Она генерирует импульсы переменного тока, подводя­щиеся к коже через большие подушечки, которые выглядят при­мерно как медицинские банки. Два тока разной частоты, накла-дываясь друг на друга, создают интерференцию. Отсюда и название устройства, которое действует приблизительно так же, как ТЭНС. Многие пациенты утверждают, что вторым устрой­ством пользоваться удобнее, а к тому же оно престижней, по­скольку для его использования нужна помощь специалиста.

Нельзя назвать этот метод жульничеством, хотя принцип его действия далеко не ясен. Есть основания полагать, что при его использовании выделяются естественные болеутоляющие веще­ства — эндорфины. Примерно семь человек из десяти, впервые используя ТЭНС, отмечают его благотворное воздействие. Беда в том, что легко попасть в эмоциональную зависимость от этой маленькой черной коробочки. Одновременно ваш организм ока­зывает все большее сопротивление электрическим импульсам. В результате чем больше вы лечитесь, тем больше вам нужно ле­читься. Вскоре для терапевтического эффекта могут понадобиться такие потенциалы, которых этот аппарат не может обеспечить. И, конечно, в самом лучшем случае это болеутоляющее, а не лечебное средство. На ваш больной диск или сустав повлиять они никак не способны.

Хуже всего, что у вас возникает убежденность в том, будто можно очень легко исцелить боли в спине, не тратя на это ни времени, ни усилий. Вы перекладываете всю ответственность на коробочку, и она мгновенно делает свое дело. А между тем вы забываете о методах терапии, которые вам действительно нужны, — о долгосрочной программе, требующей сознательных усилий и определенной самодисциплины и время от времени доставляющей неудобства.

Терапия холодным лазером

Особо высокотехнологичным методом снятия болей в спине является терапия холодным лазером. В ней используется сложное и дорогое устройство, с помощью которого пораженный район спины облучается лазером. Лазер излучает поток света, распространяющийся по идеально прямой линии и способный обладать огромной энергией. С помощью лазера можно связы­ваться со спутниками или прожигать дыры в кирпичах. А при некоторых видах хирургических операций его используют как режущий инструмент. Однако холодный лазер имеет очень низ­кую энергию и, по сути дела, является той же лазерной указ­кой, которой я часто пользуюсь на лекциях. При облучении спины луч лазера проникает под кожу всего лишь на несколько миллиметров и рассеивается гораздо раньше, чем достигнет позвоночника. Сознавая этот факт, сторонники лазерной тера­пии утверждают, что важна не энергия светового луча или его способность распространяться строго по прямой, а его моно-хромность. Они рекомендуют лазер одного цвета для решения одних проблем, а другого — для других. Припомнив опыт Нью­тона, демонстрирующий, что в солнечном луче содержатся все оттенки цветового спектра, я начал спрашивать пациентов, не предпочтут ли они лазерной терапии посиживание на солнышке в теплый день. Обойдется это гораздо дешевле, чем лазер, а сработает ничуть не хуже.

Миорелаксанты

Во время лекций в рамках образовательной программы для пациентов я часто указываю им, что на самом деле миорелак-сантов, то есть веществ, расслабляющих мышцы, не существу­ет, а существуют лишь вещества, расслабляющие людей. Как бы они ни назывались, невозможно сконцентрировать их воз­действие на отдельной группе мышц.

Если врач пропишет вам одно из этих лекарств, вы може­те обнаружить, что состояние расслабленности не вписывает­ся в ваш образ жизни. Трудно чем-то заниматься, когда мозг находится в одурманенном состоянии, а наутро после приема лекарства ощущается что-то вроде похмелья. Миорелаксанты не являются болеутоляющими средствами — во всяком слу­чае, в прямом смысле этого слова. Практически все, что мо­жет сделать миорелаксант, это снять мышечный спазм (в том случае, если таковой у вас имеется), что косвенным образом ослабит боль.

Противовоспалительные средства

Воспаление можно представить себе как ускоренную версию процесса, постоянно происходящего в вашем организме и зак­лючающегося в том, что старые клетки отмирают и их место занимают новые. Ускорив этот процесс, организм использует его для борьбы с травмами, быстро удаляя из пораженного места нежелательные вещества и стимулируя процессы самовос­становления. Когда данное явление выходит из-под контроля, может появиться боль. Противовоспалительные средства норма­лизуют процесс, который пошел излишне быстро. Наиболее из­вестным и широко распространенным противовоспалительным средством является аспирин в больших дозах. Вообще же про­тивовоспалительные средства, обычно выписываемые врачами, можно разделить на две большие группы: стероидные и несте­роидные.

Стероиды, например кортизон, можно принимать внутрь для получения общего эффекта, а можно использовать в виде инъ­екций в диски, суставы и даже в спинно-мозговой канал для снятия нежелательного местного воспаления. Несомненно, кор­тизон способен ослаблять воспалительные процессы, но вот желанное исчезновение болей отмечается при этом не всегда. Бывает, что боль вызвана не воспалением, а неким механичес­ким состоянием, на которое кортизон не влияет. Однако он не поможет и в тех случаях, когда причиной боли является воспа­ление. Всякий раз, когда диск давит на нерв, возникает целый комплекс химических реакций. Кортизон может снять воспале­ние, однако физическое давление останется прежним.

Даже в случаях, когда кортизон снимает боль, его можно использовать лишь как временную меру, поскольку на исход­ную причину боли он никак не влияет. А временные меры хо­роши именно в качестве таковых.

Нестероидные противовоспалительные средства, похоже, срабатывают по принципу «все или ничего». Если они действу­ют, то действуют эффективно, а в остальных случаях не оказы­вают никакого эффекта. Результат сильно варьируется от паци­ента к пациенту, а иногда изменяется на противоположный даже у одного и того же пациента.

Существует широкий выбор нестероидных препаратов, и некоторые из них переживают вначале пик популярности, а затем оказываются в забвении. Несмотря на многолетние ис­следования, никто не знает в точности, как они срабатывают. Мы знаем, что они обладают несколькими механизмами воз­действия на организм (вероятно, этим и объясняется широкий разброс реакций у пациентов), а кроме того, почти все они вредно действуют на желудок. Согласно одной из теорий, нор­мальное функционирование желудка подобно непрерывному воспалению и нестероидные средства нарушают баланс, замед­ляя эту реакцию.

Нестероидные противовоспалительные лекарства имеют свою область применения. Однако это сильнодействующие вещества, способные вызвать осложнения, а помимо того, они никак не влияют на механические проблемы, появляющиеся в процессе старения организма.

«Зажимающие» инъекции

Как ни грустно, но приходится признать, что если хорошень­ко поискать, то всегда найдется врач, который сделает вам инъ­екцию чего угодно (за исключением разве что смертельного яда) с целью излечения вашей спины. Такие инъекции содержат сахар, соленую воду (с присвоением ей почетного звания «ги­пертонический раствор») и фенол (он же — карболовая кисло­та). Нет никаких достоверных научных сведений, подтверждаю­щих, что какое-нибудь из этих веществ поможет вашей спине, снимая боль и обеспечивая исцеление, если не считать, конечно, эффекта плацебо, о котором говорилось в главе 7.

Однако сторонников таких инъекций трудно обескуражить отсутствием научных обоснований. У них есть собственные те­ории. Инъекции сахара в район позвоночника, к примеру, яко­бы «зажимают» связки, вызывая воспаление, которое «затягива­ет сустав и укрепляет его». Однако никто еще не доказал, что проблемы позвоночника вызваны «разболтанными суставами» и что спине станет лучше, если эти суставы «затянуть». Во вся­ком случае, воспаление большей частью ничего не затягивает. Скорее, оно создает повреждения, позволяющие связкам подра-стянуться и, таким образом, «разболтаться». Бессмысленными являются утверждения, будто реакция, вызывающая во всем организме одни и те же последствия, создает диаметрально про­тивоположную реакцию в позвоночнике.

Другой распространенный тип инъекций — это введение мес­тных анестетиков в больные места (так называемые «триггерные точки»). Идея заключается в том, что боль снимается благодаря замораживанию болезненного места, точно так же, как ваш дан­тист замораживает больной зуб. Конечно, дантист после этого начинает лечить зуб или вырывает его. Сторонники же обезболи­вающих инъекций чаще всего предлагают еще раз явиться к ним для следующего укола, когда действие этого пройдет. Подобный метод заставляет сосредоточиться на болевых ощущениях, а мы уже установили, что «болевая фокусировка» человека с хроничес­кими проблемами спины — это порочный метод.

Кстати, такие инъекции могут стоить сотни долларов, и па­циенты, полагающие, что если какое-то средство стоит дорого, значит, оно хорошее, готовы платить.

Ризотомия

Этот метод, известный также под названием ризолиза, оста­ется популярным у отдельных врачей. Речь идет о разрезании или ином способе разрушения корешка нерва. Операция заклю­чается в перерезании нервов позвоночных суставов. На первый взгляд, все логично: поскольку сустав является частым источ­ником боли в спине, лишение его возможности ощущать боль должно избавить вас от проблем. На практике, однако, теория часто не срабатывает. Организм вовсе не так охотно смиряется с потерей чувствительности. При перерезании корешка одного нерва за дело берется другой. Операция может оказаться вполне успешной, вот только боли в спине останутся. В некоторых случаях хирургу не удается добраться до всех нужных ему не­рвов. В попытках сделать этот метод более эффективным чисто хирургический подход частично заменяется разрушением нервов с помощью радиочастотного зонда, термических и химических средств. Тем не менее даже с использованием новейших методов ризотомия помогает менее чем 30% пациентов, и в этом отношении эффект плацебо срабатывает надежнее.

Хемонуклеолиз

В переводе с «докторского» этот термин означает «химическое разрушение центра диска». Это весьма спорная методика. Сама процедура, предполагающая снятие давления, оказываемого на нерв вздувшимся диском, заключается во введении в диск фермента, подобного тем, которые используются в размягчителях мяса, позволяющих сделать жестковатую отбивную более нежной. При инъецировании в диск этот фермент, по-видимому, изменяет свойства белка, подсушивая таким образом вещество ядра.

Хемонуклеолиз может оказаться болезненной процедурой даже с мощным обезболиванием, однако он занимает меньше времени, менее болезнен, реже вызывает осложнения, чем его альтернатива — хирургическая операция.

К сожалению, результаты хемонуклеолиза непредсказуемы, так что иногда облегчение наступает через несколько минут, иногда — через несколько недель, а иногда вообще не наступа­ет. В среднем успех при лечении острых состояний с грыжей диска, защемляющей нервный корешок, отмечается примерно в 70% случаев.

Имеются и побочные эффекты. Наиболее серьезным из них является аллергическая реакция, которая может стать фаталь­ной. Правда, такую реакцию можно выявить практически мгно­венно, и потому при квалифицированном выполнении процеду­ры риск для пациента минимален.

По моему мнению, химическое разрушение диска достаточно безопасно, но пользу может принести только тем пациентам, у которых выпятившийся диск сдавливает нерв. Он бесполезен для пациентов с болями в диске (тип 1), в суставе (тип 2), при сдавливании нерва костными тканями (тип 4). И в этом суть моего главного возражения против использования данного ме­тода. Процедура годится лишь для пациентов с острым защем­лением нервов, а таких менее 10%. Поскольку большинству членов этой небольшой группы приносят облегчение менее аг­рессивные методы лечения, ферментная инъекция нужна, веро­ятно, примерно 1 из 100 больных. То же самое можно сказать и про хирургию, но поскольку иглой пользоваться проще, чем скальпелем, этот метод применяют гораздо чаще. И по-моему, гораздо чаще, чем следует.

В начале главы я уже говорил о том, что перед пациентами с болями в спине открывается широкий выбор методов лечения. Подобно всякому врачу своей специальности, я надеюсь, что по мере углубления наших знаний в области физиологии и патологии проблем, связанных с позвоночником, многие ненадежные и ограниченные методики станут более надежными и эффектив­ными и одновременно с этим исчезнут не приносящие никакой пользы шарлатанские методы.

Однако в данный момент надежные и проверенные средства (если не считать тех, которые предназначены для кратковремен­ного снятия болей) ограничиваются группой стандартных хи­рургических операций и консервативным лечением — упражне­ниями, выработкой осанки, изменением образа жизни, которое и является краеугольным камнем этой книги.

Как вы узнаете из следующих глав, хирургия — не «метод окончательного решения всех проблем», а всего лишь средство, которое помогает скорректировать ряд состояний, возникающих в позвоночнике меньшинства наших пациентов, и она не может заменить долгосрочную продуманную программу улучшения состояния позвоночника.

Глава • 10

Хирургия: когда, зачем и как?

Для многих людей, имеющих боли в спине, хирургия позво­ночника представляется чем-то магическим — панацеей от всех их бед, слишком серьезных для того, чтобы с ними можно было справиться при помощи средств послабее.

Убежденность эта, однако, не имеет под собой оснований. Прежде всего, игнорируется тот факт, что хирургия может по­мочь лишь небольшому проценту тех, кто страдает от болей в спине. А у этих относительно немногих, кому она действитель­но может помочь, возникает нереалистическая надежда на пол­ное и пожизненное исцеление.

Идея хирургии как панацеи иногда поддерживается самими врачами. Из лучших побуждений, пытаясь выработать у паци­ента оптимистическое отношение к грядущей операции, хирург может с излишним энтузиазмом говорить о том, что он «приве­дет вас в полный порядок» или «устранит все неприятности с вашим диском».

Откровенно говоря, никакая операция на позвоночнике не дает полных гарантий. А если бы и можно было их дать, то уж во всяком случае нельзя утверждать, что все проблемы, связан­ные со спиной, снимутся раз и навсегда. Через неделю или че­рез год после успешной операции может заявить о себе какой-нибудь другой диск или сустав, никогда раньше не доставляв­ший беспокойства. Да и вообще хирургия на позвоночнике не способна дать полного исцеления, по крайней мере, в том смысле, в каком исцеляется от приступа аппендицита пациент при удалении аппендикса. Хирургия позвоночника способна подкорректировать некое специфическое механическое состоя­ние, например, наличие вздувшегося диска, давящего на нерв. Однако совершив это, операция сделает вашу спину менее нор­мальной, чем раньше. На нормальной спине, как я уже отмечал раньше, не бывает шрамов. И какое бы состояние ни корректи­ровалось, почти наверняка в ходе операции будет удалена одна из частей вашего позвоночника или обездвижен некогда под­вижный сустав. На самом деле, как мы увидим далее, измене­ния, внесенные в структуру вашего позвоночника, впоследствии могут даже создать новые проблемы. Я не против хирургии позвоночника. Наоборот, как хирург-ортопед, специализирую­щийся на болезнях спины, я еженедельно выполняю подобные операции. Я просто хочу сказать, что хирургия имеет свои не­достатки, с которыми не готовы смириться многие пациенты.

Кстати, некоторые пациенты не вполне понимают, почему именно в данном случае врач рекомендовал операцию. Они го­ворят своим друзьям: «Меня так мучили боли, что он был про­сто вынужден оперировать меня». В действительности же силь­ная боль является лишь одним из факторов, оказывающих вли­яние на принятие решения об операции. Кроме того, широко распространено заблуждение, будто хирургия — это метод, по­зволяющий «избавиться от всех проблем быстро, раз и навсег­да», избежав необходимости заниматься в дальнейшем своей спиной. На самом деле, когда после операции ваша спина ста­новится уже не той, что прежде, у вас более чем достаточно причин заботиться о ней с помощью упражнений и выработки соответствующих привычек. Я верю в вашу способность вер­нуться в норму, но вот спина ваша никогда не вернется в пре­жнее состояние.

Принимая решение об операции, врач должен в первую оче­редь ответить на следующий вопрос: «Действительно ли состо­яние этого пациента может и должно быть откорректировано с помощью операции?» Иными словами, хирургия не является за­меной других методов лечения. Как и всякий метод, его следует использовать в тех случаях, когда он является наиболее подхо­дящим в конкретных обстоятельствах, и отвергать, когда дело обстоит по-иному. Хирургия всегда специфична и никогда не бывает последним средством спасения.

Если вышеизложенное, как мне кажется, не доходит до како­го-либо из моих пациентов, я прибегаю к аналогии с больным деревом. Когда с вашим любимым деревом во дворе дома про­исходит что-то неладное, вы не думаете, что, отрезав одну-дру-гую ветку, автоматически избавитесь от проблем. Вы будете стараться выяснить, что же именно с ним неладно, и будете пробовать соответствующие средства — замазку для крупной трещины или проволочную ограду, защищающую дерево от грызунов. Хирургию вы используете только тогда, когда выяс­нится, что это лучшее или единственное из возможных реше­ний. Часто я продолжаю аналогию, подчеркивая необходимость долгосрочной программы ухода. Я указываю, что для этого де­рева средства скорой помощи не могут подменить постоянный уход за ним: полив, удобрение, освещенность, пространство для роста.

Если вы сознаете, что хирургия является всего лишь одним из шагов рассчитанной на всю жизнь программы ухода за спи­ной, вряд ли вас разочарует исход проведенной операции. Во многих случаях операция дает ряд поразительных результатов, включая немедленное избавление от болей сразу после устране­ния крупного кусочка диска, давившего на корень нерва. Но было бы ошибкой считать хирургию позвоночника методом, приносящим результат либо в виде триумфа, либо в виде траге­дии. Обычно получается нечто промежуточное.

Выработав у себя реалистическое отношение, вы можете еще более увеличить шансы на успех операции, узнав все возможное о ее физических аспектах: почему в вашем случае нужна опера­ция, как к ней подготовиться, что будет делать хирург в опера­ционной, как вы будете себя чувствовать в послеоперационный период и что вы можете сделать для ускорения процесса восста­новления. У вас будет достаточно времени, чтобы узнать все необходимое, поскольку, за редким исключением синдрома конс­кого хвоста в острой форме (я описал его в главе 7), решение об операции позвоночника не принимается в спешке. Можно ска­зать и по-другому: если врач, к которому вы обратились, тут же принимает решение об операции, примите ответное мгновенное решение и обратитесь за консультацией к другому врачу.

Несколько лет назад 43-летний грузчик пришел ко мне от другого врача, рекомендовавшего хирургическую операцию.

Этот пациент надорвал спину, поднимая тяжелую коробку с продуктами на складе супермаркета. К моменту визита ко мне он продолжал работу на складе в течение двух месяцев. Тем не менее спина время от времени побаливала, и особенно — к концу рабочего дня.

Его первый врач (назовем его доктор М.) сделал рентгено­грамму позвоночника и поставил диагноз, по моему мнению, точный: спондилолиз. Это значит, что на краешках костей, рас­положенных на задней части позвонка и разделяющих его сус­тавах, появились мелкие трещинки, например, после травмы. Результатом бывает ненормально большое расстояние между верхними и нижними парами суставов в задней части позво­ночника. Исследования говорят, что подобное состояние обычно возникает в возрасте до 5 лет, то есть мой пациент прожил с этим дефектом позвоночника более 35 лет и не ощущал болей в спине вплоть до несчастного случая на складе.

Я уверен, что доктор М. согласился бы с моими рассуждени­ями. Но далее наши мнения разошлись. Доктор М. решил, что нужно срочно провести замыкание, чтобы обеспечить стабиль­ность этих слишком расходящихся суставов.

Мне все это представлялось иначе. Вот человек, которому спондилолиз не доставлял неприятностей, как минимум, 35 лет. Сейчас первый приступ боли почти прошел и, возможно, прой­дет полностью, если кто-нибудь научит этого грузчика ухажи­вать за своей спиной и правильно поднимать тяжести. По-моему, операция вряд ли была нужна, не говоря уже о ее срочности.

Более того, сам пациент тоже не хотел ложиться на опера­цию. Он проявил полную готовность заняться упражнениями и изменить приемы работы. Именно такие предписания я ему и дал. Недавно мы встретились с ним на хоккее. Он продолжает выполнять упражнения, и со спиной у него все в порядке. Он получил все что мог и не потерял ничего. Если предложенная ему программа эффективна, хирургическая операция никогда не понадобится. В то же время, если операция когда-нибудь все-таки понадобится, он будет прекрасно подготовлен к ней — обучен приемам самопомощи, которые жизненно важны в пос­леоперационный период.

Данный случай заставляет вспомнить о другом заблуждении. Пациенты полагают, что, если хирург (предположим, я) решает проводить операцию, значит, ничего другого для них он сделать не может. На самом деле я могу оказать пациентам ряд других важных услуг. Я могу провести обследование и поста­вить диагноз. Я могу руководить консервативными методами лечения. Я могу организовать, а впоследствии уточнить про­грамму восстановления. Я могу также постоянно наблюдать за состоянием пациента, проводить дополнительные обследования и — когда это окажется разумным — изменить используемые методы лечения.

Ограниченность хирургических методов становится ясной, когда вы узнаете, что существует всего два основных типа опе­раций, позволяющих справиться с распространенными недомо­ганиями спины. Это декомпрессия и стабилизация.

Декомпрессия означает частичное снятие давления, оказыва­емого в каком-то месте позвоночника на нервы. Существует два типа пациентов, которым нужна хирургическая декомпрессия: те, у кого диск давит на нерв, и те, у кого нерв зажат костью. Как правило, речь идет о диске, располагающемся напротив того места, где данный корешок нерва выходит из позвоночника. Давление может оказываться внутри спинного канала или, как мы говорили ранее, кусочком диска, который оторвался и начал зажимать нерв в выходном просвете. Оба случая относятся к типу 3. В других случаях, относящихся к типу 4, виновником бывает не диск, а выступ кости, зажимающей нерв или перекрывающей канал. При операции удаляется выступающая часть кости и освобождается пространство вокруг нерва, что позволяет восстановить нормальное кровообращение.

Операция, снимающая давление диска, заключается в удале­нии его части. Операция эта часто, но не точно называется удалением диска или, говоря «по-докторски», дискотомией. Удаление кости, зажимающей нерв, называется ламинэктомией. Поскольку «отомия» значит «прорезание дыры», дискотомия оз­начает прорезание дыры в диске. И поскольку «эктомия» озна­чает «удаление чего-то», ламинэктомия значит удаление лами-ны, то есть крыши позвоночного канала. Большей частью я и выполняю операции дискотомии и ламинэктомии. (Кстати, если удаляется часть кости на задней поверхности позвоночного ка­нала для того, чтобы обеспечить пространство для операции на вспученном диске, все это получает впечатляющее наименование «гемиламинэктомия-дискотомия».) Микродискотомия — это удаление части диска с помощью хирургического микроско­па. Нет ничего дурного в использовании этого инструмента, но мне кажется, что хороший хирург способен провести такую операцию, используя обычную пару увеличительных стекол.

Стабилизация значит исключение возможности движения позвоночника на одном или более его уровнях. Делают это с помощью процесса, называемого замыканием, то есть соедине­нием костей по обе стороны данного диска. Как правило, замы­кание выполняют на уровне диска, потерявшего свои амортиза­ционные свойства, или на уровне сильно изношенного и потому болезненного сустава, состояние которого не улучшается со вре­менем и после применения упражнений. Иногда делают замы­кание более чем на одном уровне, но с каждым дополнитель­ным уровнем растет риск неудачи.

Всякий раз, проводя операцию по поводу распространенных болей в спине, хирург стремится обеспечить декомпрессию, ста­билизацию или и то и другое одновременно. Хотя вы можете услышать от кого-то, что ему проводили диагностическую опе­рацию, речь идет не совсем о том, что может показаться. Еще до начала операции хирург, как правило, знает все, что ему нужно, из истории болезни, из результатов осмотра и результа­тов различных обследований, если таковые нужны. Ни один компетентный хирург не будет разрезать спину, чтобы поко­паться в ней в поисках больного места, хотя, возможно, ему потребуется покопаться на конкретном небольшом участке, что­бы точнее изучить проблему. Никакой разрез не позволит раз­глядеть что-то большее, чем небольшой участок позвоночника. К тому моменту, когда в руке хирурга окажется скальпель, он обязан в точности знать, куда он хочет попасть и что ему придется делать, когда он туда доберется.

Теперь, возможно, вы задумались о том, каким же образом врач приходит к выводу, что данному пациенту нужна декомпрес­сия хирургическим методом, а множеству других пациентов — не нужна. Одно важное показание к операции — это отсутствие по­ложительных результатов от консервативных методов лечения (от­дыха, упражнений, выработки правильных привычек). О наличии такого показания я сужу не только по жалобам пациентов на непрекращающуюся боль, но и по сохраняющейся слабости мышц, потере рефлексов и пониженной чувствительности кожи в различ­ных частях ног.

Хирургия нужна также пациентам с потерей силы мышц, которую можно назвать либо тяжелой, либо прогрессирующей. О тяжелой речь идет, к примеру, в случае, если пациент не может встать на цыпочки, поскольку потерял способность опус­кать вниз носок ноги. И, конечно, я назову дефект прогрессиру­ющим, если в течение всего нескольких недель легкая вначале слабость заметно усиливается, несмотря на все предпринятые меры консервативного характера. Тяжелая и прогрессирующая потеря функции нервов отмечается редко, но когда такое проис­ходит, я рекомендую операцию уже на ранних этапах.

Иногда я делаю заключение о необходимости операции, если пациент положительно реагирует на консервативные методы ле­чения в течение нескольких месяцев, но продолжает страдать от повторных приступов болей в спине и ногах, при которых вся­кий раз отмечается потеря функций одних и тех же мышц или нервов. В данном случае мое решение о необходимости операции основано на оценке влияния повторных приступов на жизнь дан­ного пациента, а также на оценке способности этого пациента справляться с очередными приступами. Я знаю, что это ненауч­ный, субъективный подход, но лечение в значительной мере ос­тается искусством, а не только наукой, и иногда нет ничего луч­шего, чем здравые рассуждения, основанные на опыте врача.

Кроме специфических заболеваний и серьезных травм спины (которые в данной книге не рассматриваются), есть еще одно состояние, которое побуждает меня предпринимать операцию декомпрессии. Это грыжа центрального диска, исключительно редкое состояние, описанное в главе 8: вспучившийся диск ока­зывает давление на несколько нервов внутри спинного канала. Это единственный диагноз в области поясничных болей, при котором может потребоваться немедленная операция.

Давайте предположим, что вы — мой пациент, нуждающий­ся в дискотомии. Что вас ждет в этом случае?

Большая часть ваших анализов будет проведена на амбулатор­ной основе. Если вам потребуется миелограмма или миелограм-ма/компыотерная томограмма, возможно, их сделают лишь после того, как вы поступите в хирургическое отделение больницы, но все чаще даже эти сложные процедуры проводят амбулаторно.

Накануне операции вы явитесь в больницу для осмотра, и вашу историю болезни посмотрит один из врачей, который направит вас на обычные анализы крови и мочи, если они до сих пор не были сделаны. Возможно, вы получите предоперационный инст­руктаж от хирургических сестер. Вечером накануне операции вы получите успокаивающее средство и указание ничего не есть и не пить после полуночи. В некоторых больницах, в том числе и в моей, вам могут даже позволить остаться дома до утра опера­ционного дня. Все анализы, тесты и инструкции будут сделаны заранее. Это экономит средства, но, что еще более важно, многие люди гораздо лучше переносят беспокойство, связанное с пред­стоящей операцией, если ожидают ее дома.

Утром операционного дня вам сделают укол, чтобы вы рас­слабились перед тем, как вас отведут в операционную. Там вам сделают общий наркоз и уложат лицом вниз на специальную раму, расположенную на операционном столе. Так вы сможете свободно дышать, а к вашей спине будет обеспечен удобный доступ.

Я начну дискотомию, совершив разрез длиной примерно в 2,5 см в поясничной области спины. При необходимости для уточнения места разреза используется рентген. Затем я начну медленно пробираться в глубину, проходя сквозь слои мышц, костей и связок либо обходя их. Устранив небольшую часть гребня позвоночного канала, я доберусь до корешка нерва, а затем и до диска.

Если обнаружатся оторвавшиеся фрагменты диска, они будут удалены. Я стану искать слабое место или дыру, которая навер­няка найдется в оболочке диска — как разрыв в автомобильной покрышке, сквозь который выпучивается часть камеры. Наруж­ная оболочка диска очень эластична. Как только из нее выда­вится фрагмент ядра, «дыра в покрышке» может закрыться. В этом случае я оставлю оболочку в покое и дам возможность вашему организму начать процесс самоисцеления. Если же раз­рыв достаточно велик, я постараюсь исследовать внутренность диска (где зачастую оказывается удивительно пусто) ради того, чтобы удостовериться, что там нет других оторвавшихся кус­ков. В течение нескольких недель это пустое пространство внутри диска безболезненно заполнится, по крайней мере час­тично, рубцовой тканью.

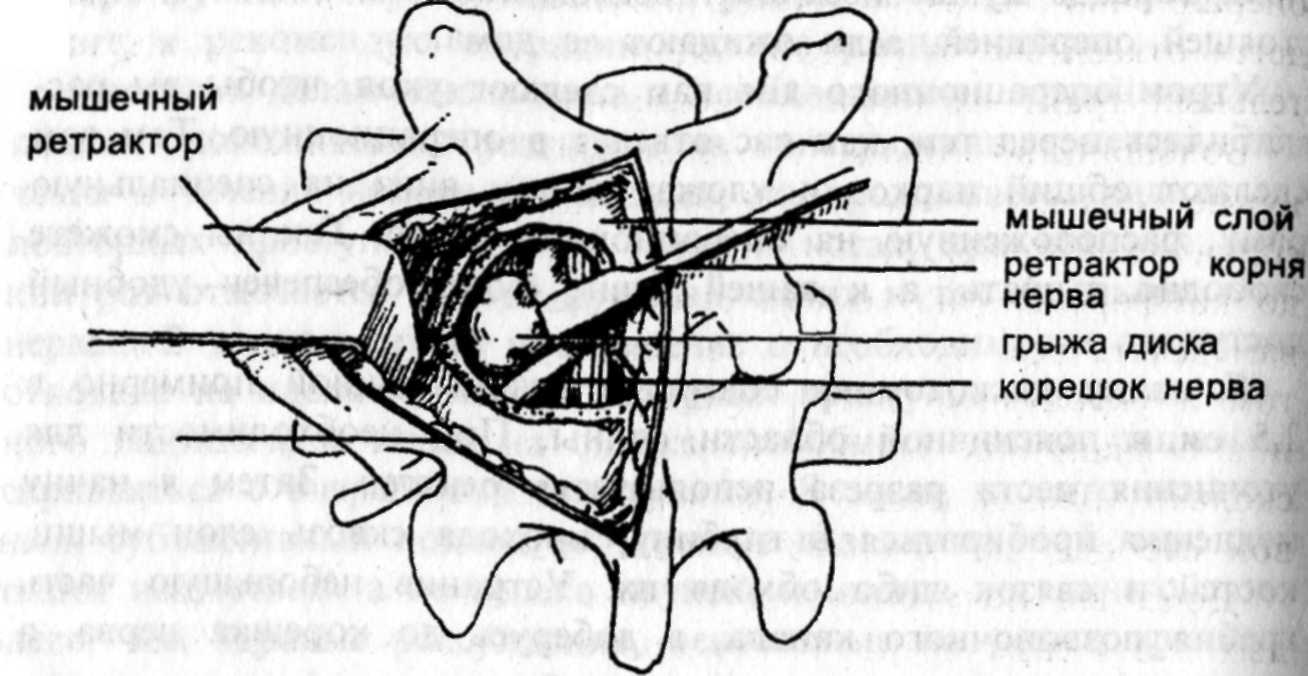
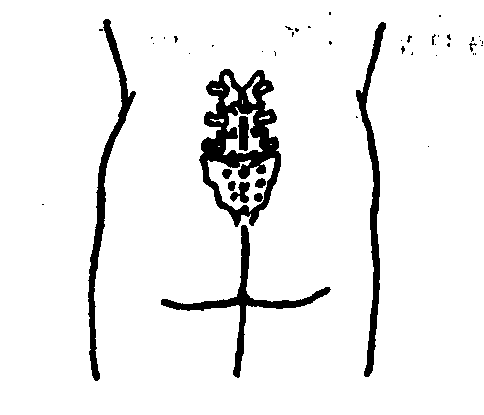


Рис. 16. Вот как видит операционное поле хирург, проводящий операцию на диске уровня L4—-5. Сняв небольшой участок тканей, немногое можно уви­деть в позвоночном канале — лишь одиночный корешок нерва и вспученную часть диска.

Выходить гораздо легче, чем входить: я попросту верну на место корешок нерва и мышцы, временно отодвинутые мной, соединю края разреза и наложу шов на кожу.

Вся операция от начала до конца займет менее часа.

Вас отвезут в послеоперационную палату, где вы придете себя после наркоза. Когда остаточные явления анестезии в ос­новном исчезнут, вы вернетесь в свою палату. Как только вы полностью проснетесь, я заставлю вас понемногу начинать ходить. Чем раньше — тем лучше. Домой вы отправитесь, как



только пожелаете этого, иногда в течение первых же суток. Д два спина будет беспокоить вас, главным образом из-за мыш которые неизбежно страдают при проведении операции. 1 вскоре вы осознаете, что эта новая боль — итог неплохой сд( ки. Она вовсе не такая острая и не делает вас беспомощны как боль от защемленного нерва. Да и ужасная боль в не исчезла. А самое главное, эта нынешняя боль в спине — hbj ние временное.

Впрочем, вы можете обнаружить, что вас стал подводи желудок. Скорее всего, это объясняется вашим положением операционном столе и последствиями общего наркоза. Вам пр дется отказаться от твердой пищи до тех пор, пока пищевар тельный тракт не начнет функционировать нормально.

Большинство людей с удивлением обнаруживают, что нужно соблюдать никаких особых предосторожностей, чтобы спина не «развалилась». Стоять, полулежать или лежать гор до комфортней для мягких тканей, чем сидеть, но я разреш; вам делать все что угодно, за исключением прыжков с параш том и укрощения дикого мустанга. Давление на нерв исчез.\* и в большинстве случаев навсегда. Возможно, вы ощутите I сколько толчков боли, пока нерв будет привыкать к своей г вой свободе, но это быстро пройдет.

Дома вы почувствуете, что вам нужен дополнительный i дых. Хотя сама операция кратковременна и восстановление и,-быстро, ваш организм все же пережил сильную встряску. Отд хорошо, активность — еще лучше, а самое лучшее — поча5 чередовать то и другое.

В период восстановления нет никакой нужды в каком-лР специальном оборудовании, в процедурах или приспособлена Прекрасно подойдет ваша привычная постель. Корсет И бандаж не нужны. Через неделю после операции я рекоменд" пациентам приступать к упражнениям, сначала под наблюде-ем физиотерапевта, чьи указания и советы помогут вам восс новить уверенность в себе. В зависимости от рода ваших за-тий я рекомендую приступать к работе через четыре — шеь недель после операции. Многие пациенты начинают работь гораздо раньше. Один из моих пациентов, осуществлявший н> зор за строительством одной из клиник нашего института, ус^я за рабочий стол на следующее утро после операции. А он хорошо известный представитель шоу-бизнеса возобновил свой концертный тур по Северной Америке через четыре дня после операции и отпраздновал ее шестинедельный юбилей на поле для гольфа, загнав шар в лунку с первого удара.

Дискотомия является наименее травмирующей крупной хирургической операцией, и у нее есть 90%-я вероятность завершиться полным успехом — вообще никаких болей и неприятностей от данного диска.

Ранее я говорил, что операция декомпрессии не обязательно проводится на диске. Иногда давление на корешок нерва оказы вает не диск, а кость позвонка, и особенно часто это бывает у престарелых людей. Речь может идти о необычно узком позвоночном канале или о частичном уменьшении просвета между двумя соседними позвонками, через который проходит нерв. И ряде случаев нарост на кости или край сустава могут придавливать нерв к основанию просвета.

Еще один вариант — это сплющивание диска, в связи с чем позвонки излишне сближаются друг с другом и нерв выходит из просвета под ненормально острым углом. Возникает тот же самый защемляющий эффект, который наблюдается, когда вы сгибаете под прямым углом шланг для поливки сада.

Давление на нерв может появиться у людей, чей позвоночный канал либо от рождения был слишком узок, либо ста таким с годами из-за разрастания костей позвоночника. Так ил иначе, нервы, проходящие сквозь канал, начинают испытывать недостаток кровоснабжения, в связи с чем пациенту приходится делать частые остановки при ходьбе (характерное состояние по типу 4).

При всех вышеперечисленных состояниях основным хирургическим средством является операция декомпрессии примерно того же типа, что и при защемлении диска. Хирург удаляет часть кости или расширяет просвет для нерва, в зависимости от того, что именно сдавливает нерв, однако диск при этом обычно остается нетронутым. В случае сужения позвоночного канала, как правило, устраняется вся крыша позвонка и внутренние части сустава. Такая декомпрессия очень эффективна в том случае, когда проблема сосредоточена на одном уровне позвоночника. Расширение канала более чем на трех позвонках часто дает разочаровывающие результаты.

Если вы перенесли одну из таких операций костной декомп­рессии, восстановительный период выглядит примерно так же, как и после стандартной дискотомии, хотя обычно все идет медленнее. Поскольку при этой операции приходится вскрывать более значительную часть позвоночника и затрагивать больше мышц, пациент испытывает больше послеоперационных болей.

Замыкание двух или более позвонков выполняется реже, чем операции обычной декомпрессии. Как правило, должно совпасть несколько факторов, чтобы я счел нужным рекомендовать какому-нибудь пациенту операцию замыкания. Прежде чем принять такое решение, я должен быть внутренне убежден в том, что у данного пациента боли типа I или типа 2, с которы­ми нельзя справиться нехирургическими мерами, и что состоя­ние его настолько ухудшилось, что он не способен работать и даже выполнять обычные повседневные действия.

Во внимание должны быть приняты также история болезни и внутренняя позиция пациента. Я должен убедиться в том, что он делал серьезные длительные попытки улучшить свое состоя­ние, выполняя программу упражнений и вырабатывая соответ­ствующие повседневные привычки. Я полагаю, что шесть меся­цев постоянных, но не дающих результатов занятий — это ми­нимум, после которого можно начать рассматривать возможность оперативного вмешательства. Пациент должен по­нимать, что замыкание не сделает его позвоночник нормаль-нмм. Он обязан сознавать важность соблюдения осторожности в послеоперационный период, который будет продолжаться всю оставшуюся жизнь. Он должен быть готов смириться с опреде­ленными неудобствами и даже болью, возникающими после операции. Если кто-нибудь явится ко мне с умеренными болями в спине и попросит сделать замыкание так, чтобы после этого не было никаких болей, я ничем не смогу помочь этому челове­ку. И наконец, пациент обязан верить мне как хирургу. Он должен верить в то, что я улучшу его состояние, хотя и не сумею дать ему полного исцеления.

Если нам с пациентом повезет, операция ограничится одним уровнем, и тогда наши шансы на успех максимальны. В случае операции на одном уровне вероятность благоприятного исхода равна 90%. Если в ходе операции делается замыкание на двух уровнях, то шансы на успех падают до 80%. Оперируя на трех уровнях, мы снижаем шансы до 70%. Механика здесь простая: чем больше длина части позвоночника, которую нужно проопе­рировать, тем меньше шансов на то, что удастся сделать эту часть полностью устойчивой к напряжениям, возникающим при нормальных движениях.

Если в процессе старения и изнашивания пострадало более трех уровней позвоночника, хирургическое решение проблемы, как правило, невозможно. При иных обстоятельствах, скажем, при искривлении позвоночника (сколиозе) хирурги иногда за­мыкают до восьми или даже десяти уровней. Однако такие опе­рации проводятся по совершенно иным соображениям и обычно на гораздо более молодых пациентах. Последствия старения и износа дисков и суставов поясничного отдела невозможно ней­трализовать и скорректировать каким-либо оперативным вме­шательством.

Теперь давайте предположим, что вы пациент, которому предстоит операция замыкания. В этом случае вы пройдете че­рез те же самые процедуры, что и перед дискотомией, а я про­делаю в принципе такой же разрез, но более длинный. Мне придется отвести больше мышц и других тканей, чем при дис-котомии, и тщательно очистить задние поверхности и отростки позвонков, которые предстоит замкнуть.

Потом я с помощью электрофрезы загрублю (сделаю шерша­выми) обнаженные поверхности позвонков. Это умышленное их повреждение активирует восстановительные процессы в костях и вызывает их сращивание.

Через тот же самый или через еще один разрез я доберусь до задней части таза, получив еще одну нужную мне кость. Я от­пилю небольшие полоски кости чуть потолще спички и длиной примерно по 2,5 см либо использую полую электрофрезу, чтобы с ее помощью измельчить кость и придать ей консистенцию мокрого песка на пляже. Поместив измельченную кость или костные полоски по обе стороны позвонков, я ликвидирую про­межуток между костями.

Загрубив поверхность позвонков, я заставил организм отреа­гировать так, будто произошел перелом кости. Механизм само­исцеления организма воспринимает приложенные мной полоски или порошок как части позвонка, которые отделились от него. Если процесс срастания пойдет должным образом, добавленный костный материал врастет в соседние позвонки, соединив их в единую секцию.

Во многих случаях для иммобилизации позвонков дополни­тельно применяются различные типы металлических фиксаторов. Винты вводятся в стенки позвоночного канала и доходят до барабанообразной части позвонка. Эти винты соединяются накладной планкой, создающей вместе с ними жесткую раму. Многих пациентов и некоторых хирургов пленяет сама идея введения металлических имплантатов в позвоночник. При этом они упускают из виду один чрезвычайно важный факт: замыка­ние, то есть слияние позвонков, должно совершаться между костями, а не между винтами и пластинками. Металлические части могут выполнить только роль пресса, сжимающего два куска дерева в ожидании, пока схватится клей. Если клей не схватится, конструкция развалится. Если позвонки не объеди­нятся, металл их не удержит.

Завершив эту часть операции, я возвращаю на место раздви­нутые мышцы, а затем зашиваю кожный разрез. Разумеется, если я делал второй разрез, то восстанавливаю ткани и там.

В послеоперационный период вам придется относиться к спине бережнее, чем это было бы после обычной дискотомии. Разрез в этом случае гораздо длиннее, и мышцы болят больше. Хотя сам я не сторонник подобных мер, некоторые хирурги требуют, чтобы пациент в течение нескольких недель после операции носил корсет, ограничивающий движения. Это дела­ется для того, чтобы новая кость нарастала без помех, плотно присоединяясь к соседнему позвонку. Соединение костей будет заметно на рентгенограмме примерно через шесть недель, но полное завершение процесса может продлиться до двух лет.

Вы сможете покинуть больницу через несколько дней после операции. Я порекомендую вам начать легкие упражнения вро­де ходьбы сразу же, как только вы будете способны к этому, и начать стандартный курс тренировок примерно через два меся­ца после операции.

Как ни странно, часто больше всего болит не то место, где было проведено замыкание, а «донорский пункт» — район тазо­вой кости, откуда был взят материал для образования костного мостика. Боль здесь может ощущаться в течение шести месяцев и дольше.

Иногда при выполнении операции замыкания позвонков по­ясничного отдела я подхожу к нужному месту не сзади, а спе­реди. Это может стать необходимым, когда прочное соединение невозможно провести из обычного положения, к примеру, если в ходе какой-то предыдущей операции была удалена значитель­ная часть кости, покрывающей позвоночный канал, и нет воз­можности установить трансплантируемый костный мостик. До­ступ спереди позволяет мне удалить большую часть диска и заполнить освободившееся пространство между позвонками ко­стным материалом, полученным из тазовой кости. Обычно при этом требуется и внутренняя фиксация с помощью металличес­ких деталей. При попытке провести подобную операцию сзади дело осложнилось бы необходимостью отодвигать в сторону нервы и работать сквозь канал спинного мозга.

Подход к позвоночнику спереди является нормой при опера­циях на дисках шейного отдела позвоночника. Это объясняется тем, что в отличие от поясничного отдела, где можно отодви­нуть в сторону нервы спинного мозга и получить доступ к дис­ку, шейный отдел содержит такую секцию спинного мозга, ко­торую нельзя двигать. Дискотомия в шейном отделе обычно сочетается с замыканием, поскольку эта часть позвоночника в противном случае стала бы неустойчивой.

Многие пациенты полагают, что замыкание делает их позво­ночник прочнее, чем он есть в норме. На самом деле замыкание попросту делает спину менее гибкой, причем не столь эффек­тивно, как делает это природа, действующая постепенно и бо­лее искусно. Замыкание — довольно неуклюжее приспособле­ние, неизбежно увеличивающее напряжение на соседних, незам­кнутых уровнях. Эта дополнительная нагрузка впоследствии может привести к возникновению проблем. Кроме того, чем большее количество позвонков мы пытаемся замкнуть, тем больше вероятность неудачи из-за механических напряжений. Вам могут предложить сделать замыкание, чтобы устранить боли в спине, вызванные изношенностью диска или сустава. Чем больше уровней при этом собирается замкнуть хирург, тем недоверчивее вы должны отнестись к его предложению. Постарайтесь узнать мнение другого специалиста.

Ввиду сложностей, связанных с обычными операциями на позвоночнике, в этой области предложено несколько интересных нововведений. Например, декомпрессию проводят с помо­щью небольшой трубки, которая вводится сквозь ткани в диск. Центр диска удаляется с помощью механического режущего устройства или выжигается лазером (это не терапия холодным лазером). При таком способе усилия хирурга направлены не на какой-то конкретный кусочек диска, давящий на нерв. Идея состоит в том, что при возникновении большой дыры посереди­не диска вздувшаяся его часть должна втянуться назад. К сожа­лению, нет доказательств того, что все так и происходит, и результаты применения подобной методики крайне неустойчи­вы. Некоторые хирурги проводят эту операцию сквозь трубооб-разное устройство, напоминающее то, которое используется при артроскопии колена.

Сложности, возникающие после операции замыкания, под­толкнули исследователей к созданию искусственного диска. Были опробованы металлические, пластиковые и синтетические желеобразные материалы. Безусловного успеха ни в одном слу­чае не достигнуто.

Независимо от того, проводили ли вам стабилизацию или де­компрессию, может настать время, когда врач предложит вам провести вторую операцию на позвоночнике. Если такое случит­ся, вы имеете полное право знать причину этого. Ключевой воп­рос таков: возникала какая-то новая проблема или врач просто хочет попытаться скорректировать неприятности, оставшиеся после первой операции? Вот некоторые из возможных объясне­ний, которые вам могут предложить, и мои комментарии к ним.

«Тот же самый диск опять доставляет хлопоты».

Такое происходит нечасто. Рецидив после операции отмеча­ется менее чем в 5% случаев. И новым, самостоятельным собы­тием это можно считать только спустя минимум шесть, а лучше двенадцать месяцев по прекращении болей после первой опера­ции. Лечение в случае нового выпячивания на месте старой операции ничем не отличается от дооперационного лечения, то есть сначала следует испытать все консервативные средства. Начните опять с привычных приемов снижения боли и с уп­ражнений на растяжку.

«Разрушился другой диск».

Значит, вам не повезло. Если консервативные методы не дают желаемых результатов, хирургия может оказаться един­ственным решением. Это справедливо и для случая, когда диск, уже прооперированный ранее, выпятился с другой стороны, что становится ясно из появления болей в другой ноге. Однако ус­пех первой операции вовсе не основание для того, чтобы без оглядки решаться на вторую.

«На корешке нерва образовалась рубцовая ткань».

Рубцовая ткань — естественное следствие операции. Образо­вание какого-то ее количества неизбежно, и у некоторых людей она образуется более активно, чем у остальных. Поскольку хи­рургическая операция является причиной образования рубцовой ткани, устранение этой ткани хирургическим путем вряд ли можно считать удачным решением. Удалишь эту ткань — обра­зуется новая.

«Вновь защемило тот же нерв. В тот раз виной этому был диск, а сейчас — кость».

Вполне вероятно. Когда диск теряет содержимое, а вместе с ним и высоту, два позвонка сближаются и просвет, через кото­рый проходит нерв, сужается. Какая-то часть кости начинает давить на нерв. Врач может рекомендовать либо декомпрессию, либо замыкание данного уровня, чтобы предотвратить дальней­шее сужение просвета, либо и то, и другое. Только не вините за случившееся первую операцию: проблема возникла бы и без нее.

«Не получилось замыкания».

Точнее, оно не схватилось — клей не взял. При замыкании на одном уровне такое происходит в 10% случаев. Но перед тем, как соглашаться на повторную операцию замыкания того же уровня, получите ясные утвердительные ответы на следую­щие три вопроса: 1. Действительно ли замыкание не удалось или основанием для операции являются непрекращающиеся боли? 2. Исходят ли эти боли из участка неудавшегося замыкания? 3. Действительно ли причина болей — движения на этом уровне, так что удачное замыкание принесет облегчение?

«Замыкание держит — значит, ваша боль возникает в каком-то другом месте».

Это не обязательно так. Прочное замыкание не гарантирует отсутствия болей в спине. Могут оказаться пораженными другие уровни, но боль может возникнуть и от рубцовой ткани или оттого, что нерв попал в район замыкания, а к тому же по рентгенограмме трудно определить, действительно ли замыка­ние надежное.

Кстати, довелось мне наблюдать и противоположную ситуа­цию — когда замыкание не удалось, а боли в спине у пациента исчезли. Как такое могло случиться? Неизвестно.

«Сделанное замыкание держит прекрасно, но теперь изна­шивается соседний уровень».

К сожалению, такая ситуация весьма вероятна. Известно, что одно замыкание может повлечь за собой следующие. Если им­мобилизовать один уровень, соседствующие с ним суставы нач­нут испытывать дополнительное напряжение. Конечно, это се­рьезная проблема, но от нее не уйти, если первичное замыкание было необходимо.

Если вам уже сделали одну успешную операцию замыкания, вопрос о согласии на вторую такую операцию требует основа­тельных размышлений. Хорошенько оцените уровень боли, ко­торую вы испытываете, и подумайте, достаточно ли прилежно вы использовали консервативные меры и стоят ли сомнитель­ные преимущества повторной операции всех издержек, связан­ных с ней.

Решаясь на операцию, вспомните золотое правило: ваш пер­вый шанс — это ваш лучший шанс, ваш второй шанс — это последний шанс.

Надеюсь, мои комментарии по поводу повторных операций просветят тех читателей, которые еще не подвергались опера­ции и размышляют об этом, и тех, кто уже однажды сталкивал­ся с хирургией. Кроме всего прочего, я хотел настойчиво под­черкнуть, что хирургическая операция не только не является панацеей, но может стать источником новых неприятностей и переживаний, которых, возможно, удастся без нее избежать.

В то же время мне не хотелось бы преувеличивать недостат­ки хирургического вмешательства. По моему мнению, популяр­ный в последние годы в газетах и журналах лозунг «чересчур много хирургии» выкрикивается слишком часто и слишком громко. Полагаю, что это помешало излечению многих боль­ных, в том числе и тех, у кого были проблемы с позвоночником, поскольку они или их родственники без достаточных на то оснований отказались от необходимых им операций. В конце концов, одинаково вредно отказываться от нужной операции и подвергаться операции ненужной.

Когда необходимость операции очевидна, помните, что, пока вы находитесь в хороших руках, ваши шансы на успех исклю­чительно велики. Однако если определенности в этом вопросе нет, возможно, наиболее разумным решением, которое вы можете принять, станет уяснение для себя того, каким образом отре­агирует беспокоящее вас состояние спины на программу кон­сервативного лечения, изложенную в следующих трех главах.

Глава • 11

Можете ли вы уделить себе 10 минут в день?

Хотите ли вы, чтобы вас навсегда перестали всерьез беспо­коить боли в спине?

Эта фраза звучит как зазывание бродячего торговца, продаю­щего «чудесный эликсир профессора Гамильтона Холла для больной спины». Но я торгую другим товаром. Я рассказываю вам не о том, как чудесным образом исцелить спину, а о том, как держать под контролем боли в ней и перестать бояться ее. И, разумеется, в моей методике нет никаких чудес. В общем-то, наибольшим ее недостатком, если хотите, является ее маловпе­чатляющая простота. Все настолько просто, что поначалу мно­гие люди отказываются верить в ее действенность.

Но она действует. Я это знаю, поскольку в течение многих лет наблюдал ее действенность на примере тысяч людей, обра­тившихся в наш институт и научившихся справляться со свои­ми проблемами, снижая уровень боли и переставая испытывать страх перед нею.

Если они сумели сделать это, значит, сможете и вы. Так же, как и они, вы можете начать с осознания того факта, что наи­более распространенные виды болей в спине являются не каки­ми-то болезнями, а попросту явлением, сопровождающим про­цесс созревания и старения человеческого организма — как се­дина в волосах. Очевидно, что если вам не хочется демонстрировать окружающим свою седину, то вы не бегаете в поисках эликсира от поседения или постарения, а смиряетесь с неизбежностью и используете средства для окраски волос. Точ­но также в случае, если спина страдает от последствий старе­ния, разумно будет побольше узнать об этом явлении, махнуть рукой на поиски эликсира молодости и прибегнуть к средствам, которые дадут вам возможность справляться с беспокоящими вас болями.

Как вы вскоре поймете, консервативный подход вовсе не означает, что вы должны всячески щадить свою спину и вести себя как инвалид. Наоборот, ваша забота о своей спине должна выражаться в ее укреплении и последующем расширении ее возможностей в соответствии с вашими собственными пожела­ниями и нуждами. Вот основные пункты этой методики, кото­рые я называю программой «Четыре О».

Отношение

Нет ничего важнее, чем понимание сути проблемы, знания того, как справиться с очередным приступом, и уверенности в том, что больше вам нечего бояться.

Ответственность

Вы сами отвечаете за контроль над болями в своей спине. Никто не сделает этого за вас, и будет ошибкой позволять кому-то это делать. Конечно, вам нужна помощь (собственно, ради этого и написана моя книга), но вот ответственность за решение проблем и за обеспечение себе нормальной жизни ле­жит на вас.

Образ жизни

От вас потребуется изменение образа жизни, но не потребу­ется жертв. Вы узнаете, как вести себя в десятках повседневных ситуаций: на работе, на прогулке, во время отдыха. Вскоре но­вый, более удобный для вас образ жизни покажется вам более естественным, чем тот, при котором вы испытывали боли.

Обязанности

Вам придется уделить десять минут в день занятиям, кото­рые уничтожат вашу теперешнюю боль и уменьшат вероятность появления особо тяжелых приступов в будущем. Конкретный тип упражнений зависит, как вы увидите, от конкретного типа испытываемых вами болей. В принципе, используются упражнения двух видов: растяжки для получения немедленного об­легчения и укрепляющие упражнения для достижения долговре­менного эффекта.

Поскольку некоторые движения, разгружающие спину, пре­дусматривают дополнительную нагрузку на мышцы ног, порой неподготовленных к этому, вам, вероятно, захочется добавить к стандартному набору и несколько упражнений для укрепления бедер.

Как я уже сказал, программа проста, но определенные уси­лия от вас потребуются. Если вы хотите овладеть ситуацией, связанной с вашей спиной, и не позволить, чтобы ваша спина завладела вашей личностью, придется постараться. Вы должны добросовестно проделывать упражнения в течение дня и вырабатывать соответствующую осанку, чтобы она стала для вас такой же привычной, как чистка зубов и завязывание шнурков (кстати, оба эти действия следует выполнять, прини­мая надлежащие позы). Вам нужно будет выбрать упражнения на сгибание (наклоны вперед) либо вытяжку (прогибание на­зад). Решение зависит от того, какие именно движения обычно вызывают типичную для вас боль. С болями типа 1 трудно нагибаться, поэтому вам следует развивать программу на про­гибание. Если у вас боли типа 2, то облегчение должно насту­пить при наклонах вперед. Звучит это слишком просто, но никаких скрытых секретов здесь нет. Так или иначе, твердо держитесь избранного курса и регулярно упражняйтесь по 10 минут в день. Вы должны запастись терпением и настойчиво­стью. Возможно, вы научитесь облегчать боли за несколько дней или даже часов, но для получения долговременного эффекта придется потрудиться гораздо дольше. Забудьте о каких-либо медицинских чудесах. Настраивайтесь на длительный труд. Не беспокойтесь: за него вам воздастся, но не сразу — обычно через 2—3 месяца.

Выработка правильного отношения не означает самопромы­вания мозгов. Скорее, это означает понимание реалий, связан­ных с болями в спине, и знание того, как на них правильно реагировать. К примеру, важно твердо знать, что будут и хо­рошие и плохие дни, и относиться к плохим дням должным образом. Это лишь временное отступление, а не начало беско­нечного падения.

Конечно, вам не избавиться от новых приступов боли. Одна­ко если вы готовы к ним заранее, то можете принять меры по снижению их интенсивности и длительности. Если обычно у вас бывало по два приступа в год, возможно, эти два приступа в год так и сохранятся. Но наверняка эти новые приступы уже не будут «убийцами», заставляющими вас крючиться от боли по месяцу, а то и дольше. Вы сумеете превратить их в эпизоды умеренной интенсивности, проходящие за несколько дней.

Хотя мы говорим о нашей программе самопомощи как о методике консервативной, основана она на философии вседоз­воленности. Кому-то может показаться странным, что в одной и той же фразе встретились слова «консерватизм» и «вседозво­ленность», но в нашей программе оба эти начала прекрасно сочетаются. Идея состоит в том, что вы руководствуетесь толь­ко принципами и основными указаниями, но не жесткими пра­вилами. Вы сами будете решать, что именно станете делать для того, чтобы сохранить и расширить возможности своей спины. Этот процесс напоминает регулярное внесение мелких сумм на счет в банке, а затем расходование их в соответствии с нужда­ми, желаниями или капризами. Всякий раз, когда вы упражня­ете какие-то мышцы или сознательно принимаете правильную позу, вы делаете «вклад» на свой «банковский счет». Всякий раз, когда вы подвергаете свой позвоночник незаурядной на­грузке или пропускаете занятия, вы «снимаете со счета».

Иногда вы можете решить, что стоит умышленно «снять при­личную сумму» — перетерпеть боль в обмен на возможность выполнять необходимые или доставляющие удовольствие дей­ствия. А почему бы и нет? Это не повредит. В худшем случае денек-другой поболит спина. Возможно, вам гораздо приятней, превозмогая боль, поиграть в гольф на воскресном турнире, чем просидеть этот воскресный день дома, горько сожалея о своей несчастной судьбе. Наплюйте на все и поползайте на четверень­ках с восседающей на вашей спине любимой малышкой-пле­мянницей, которую вы не видели уже год; ради этого стоит пережить некоторый дискомфорт, разве нет?

Именно с таким внутренним настроем я выхожу на баскет­больную площадку. Боли типа 1 появились у меня еще тогда, когда я был подростком, но я обожаю баскетбол. Мне известно, что всякий раз, когда я играю в эту игру, мой позвоночник испытывает перегрузки, и я прекрасно знаю, что после этого у меня будет болеть спина. Ну и что? Боль не равнозначна вреду. По мне, это та цена, которую стоит заплатить за хорошую порцию удовольствия, — честная сделка, на которую я иду по собственной воле. Возможно, вы решите чуть поподробнее проанализировать выгодность таких сделок для вас лично, в особенности прочитав главу 13 и узнав, как конкретные виды спорта действуют на больную спину.

В Канадском институте спины существуют специализирован­ные лечебные программы. Мы делим их на три этапа, называ­емые стадиями. Стадия 1, которую я излагаю здесь наиболее детально, касается контроля над болью. Наши терапевты разде­ляют эту стадию на три отдельные части: подтверждение того, что выбрано правильное направление работы; обеспечение того, чтобы соответствующий набор упражнений для контроля над болью стал неотъемлемой частью жизни пациента; и наконец, укрощение боли. Мы установили, что состояние пациентов не улучшается в основном по трем причинам: 1) они не выполня­ют упражнений; 2) они выполняют упражнения неправильно; 3) они не отказываются на какое-то время от действий, вызываю­щих боль. Конечно, всегда существует возможность того, что с самого начала было избрано ошибочное направление програм­мы и его следует изменить, однако чаще всего встречаются пе­речисленные три причины.

Направление, выбираемое вами на стадии 1, зависит от типа ваших болей. Перед тем, как приступать к делу, еще раз оцените правильность самодиагноза. Не бойтесь сделать неправильный выбор. От этого, возможно, на некоторое время усилятся характерные для вас боли, но спине вы не повредите.

Упражнения, проводимые на стадии 1, — это несложные растяжки. Иногда их эффект сказывается почти мгновенно, так что делайте их почаще — по 1 минуте 10 раз в день. Большин­ство пациентов, страдающих от болей в спине, проходят эту стадию в несколько дней. Как только удается взять боль под контроль, вы готовы перейти на стадию 2.

Вторая стадия посвящается восстановлению способности двигаться, которая может быть утрачена во время острого при­ступа. Трудно вернуться к нормальной жизни, когда вся спина одеревенела. На этой стадии я поощряю пациентов к движениям во всех направлениях, даже если какие-то из них вызывают характерную боль. Идея состоит в восстановлении нормального диапазона движений, способности делать все, что могла делать спина до приступа. Всякий раз, когда вам понадобятся упраж­нения для контроля над болью, делайте их, но помните, что главная цель — восстановление нормальной подвижности спи­ны. Эта стадия, подобно первой, может продлиться лишь не­сколько дней.

Стадия 3 длится гораздо дольше. Это стадия физического ук­репления, восстановления мышц брюшного пресса и поясницы, укрепления мышц ног. К этому времени упражнения, позволяю­щие контролировать боль, должны стать второй натурой занима­ющегося, чтобы он мог сосредоточиться на укрепляющих упраж­нениях, позволяющих значительно ослабить или вовсе исклю­чить будущие приступы. Стадия 3 может длиться месяцами, но что вам, собственно, терять? Вы и чувствуете себя лучше, и выглядите лучше, а боли в спине полностью контролируются.

В отличие от общеукрепляющих программ, разрабатывающих все мышцы тела с головы до ног, наша программа создана лишь с целью обеспечить вам надежный контроль за областью спины. Общая физическая подготовка, безусловно, важна. Од­нако упражнения для спины — это не то же самое, и их невоз­можно чем-то заменить. Если вы желаете качать мышцы по два часа в день — прекрасно, но при этом обязательно постарайтесь часть времени выделить под вашу специальную программу. В этом случае, если вам надоест качать мышцы и вы решите посвятить эти два часа в день чему-то другому, есть вероятность, что упражнения для спины все-таки останутся неотъемлемой частью вашего дневного распорядка.

Перед тем как вы приступите к программе упражнений для спины, убедитесь в том, что правильно поняли ее цель. Упраж­нения являются средством контроля над болями в спине и пре­дотвращения будущих приступов. При контроле болей типа 3 (защемление нерва вздувшимся диском) упражнения играют ограниченную роль. Для этих пациентов, составляющих около 10%, более важно избегать движений, вызывающих боль, совер­шенствовать образ действий, вырабатывать соответствующие позы для повседневных занятий. И не забывайте: упражнения — лишь один абзац в программе «Четыре О». Ваше сознательное отношение, конструктивное изменение своих привычек, способность взять ответственность на себя также очень суще­ственны.

Не приходите в ужас от такого количества упражнений. По­мните: никто не предлагает вам выполнять их все подряд. Сво­бодный характер программы подразумевает, что вам будет предложен широкий выбор упражнений, из которых вы сами отберете те немногие, которые вас устраивают. Это упражнения для тех, кто не любит упражняться, но, вероятно, еще больше не любит боли в спине.

Конечно, некоторые упражнения сложнее, некоторые — про­ще, но было бы неправильно говорить, что какие-то из них лучше других. Их оценка зависит от того, насколько полезны и удобны для вас данные упражнения. Вам следует отобрать по крайней мере 3, а еще лучше — 6 упражнений, которые улуч­шат ваше самочувствие в плане болей в спине. Не стесняйтесь выбирать те, что полегче: если они действуют, значит, именно они вам и нужны. И не считайте себя обязанным переходить от простых упражнений к более сложным. Пока ваш выбор вас устраивает, следует его придерживаться.

Я разделил эти упражнения в соответствии с использованием при каждом из типов боли и сгруппировал их по принципу исходной позиции: стоя, сидя и лежа. Я отделил упражнения, позволяющие контролировать боль (в основном на растяжку), от тех, которые укрепляют физическую силу. Для ослабления боли вы обычно двигаетесь в одном направлении — подальше от нее. Упражнения для восстановления подвижности и укреп­ления силы должны быть более разнообразными.

Независимо от вашего выбора выделите на занятия по 10 минут в сутки. Для упражнений на ослабление боли лучше по­делить это время на краткие сеансы в течение всего дня. Для восстановления подвижности и укрепления силы эффективнее будет заниматься 10 минут подряд. Так или иначе, позаботьтесь о том, чтобы занятия были ежедневными. Вы не сможете по­мочь себе, если будете пропускать по нескольку дней, а затем пытаться наверстывать упущенное многочасовыми занятиями. Уделяя всего 10 минут в день, вряд ли вы сможете делать более 3 упражнений из предложенного списка. Разумеется, вы имеете право увеличить время занятий, ведь у вас свободная программа. Однако чтобы избежать монотонности, стоит выбрать 6 подходящих упражнений и менять их: 3 — сегодня, остальные 3 — завтра, и так далее.

Выполняя упражнения, не спешите. Вы не участник гонок и только выиграете от тщательного выполнения. Повторяйте каж­дое упражнение столько раз, сколько сочтете нужным (в сред­нем по десять раз) или до тех пор, пока не кончится время, отведенное на занятия в этот день. И не увлекайтесь. Я знал многих пациентов, которые постепенно увеличивали время за­нятий до 2 и более часов, набирая при этом силу. А затем, когда упражнения становились для них помехой, они попросту бросали занятия. Почему-то легче бросить совсем, чем сокра­тить до разумного уровня.

Внимательно прочитайте указания и тщательно следуйте им. Особенно следите за исходной позицией. Это важно не только для того, чтобы упражнение было эффективным, но и для того, чтобы не испытывать ненужный дискомфорт. Если какое-то упражнение вызывает боль, не отказывайтесь от него решитель­но, а сначала определите, какого рода боль вы почувствовали.

Мышечная боль может возникать от включения в работу не­привычных к этому мышц. Это не основание для тревоги. Если можете, потерпите и дождитесь, пока мышцы перестанут жало­ваться. Можно на денек-другой переключиться на какое-то иное упражнение, а потом, когда мышцы отдохнут и успокоятся, вер­нуться к первому упражнению.

Усиление болей в спине в умеренных дозах не опасно и не вредно. Однако боли могут отбить у вас охоту к занятиям. Ни одно из упражнений, предназначенных для контролирования бо­лей, не должно усиливать их. Если какое-то упражнение усили­вает характерные для вас боли, возможно, вы избрали непра­вильный тип упражнений. Однако очень важно отличать ненуж­ное отягощение болей от их «централизации». Концепция «централизации» была предложена Робином Маккензи, физиоте­рапевтом из Новой Зеландии. Маккензи заметил, что при некото­рых упражнениях типичная для данного пациента боль склонна как бы мигрировать к центру поясницы и иногда усиливаться при этом. Как бы странно это ни звучало, появление такого сим­птома — добрый знак, показатель того, что данное упражнение обладает желаемым эффектом контроля над болью. Исходная боль исчезает, а боль централизованная со временем начинает ослабевать. Справедливо и обратное: если какие-то упражнения как бы сталкивают боль ниже, к ягодицам или в ногу, то, скорее всего, тип процедур выбран неверно. Рекомендую в таком случае посоветоваться с врачом или физиотерапевтом.

Наиболее распространенные боли в спине — боли механи­ческие. Это значит, что боль появляется из-за изнашивания физических элементов вашей спины, к примеру, дисков или суставов. Такая боль должна быстро возникать в ответ на дви­жения или на определенную позу, в которой вы нагружаете или разгружаете болезненные элементы. Эффект может быть мгно­венным, словно вспышка электрического света после нажатия на выключатель. И положительные и отрицательные реакции часто происходят быстрее, чем вы или ваш врач могли бы это предположить. Признаки легко контролируемой механической боли — это ее предсказуемая реакция на упражнения и быстрое исчезновение в результате определенных действий. Конечно, не всякая боль в спине столь просто поддается управлению, и если вам не удается выявить какой-то устойчивый стереотип появле­ния и исчезновения боли, я тоже советую сообщить об этом своему врачу или физиотерапевту.

В описаниях упражнений могут попасться непонятные вам выражения:

Крючком — лежа на спине, согнуть ноги в коленях так, что­бы ступни опирались на пол.

Полукрючком — лежа на спине, согнуть одну ногу и вытя­нуть другую.

Выполняя упражнение, повторяйте движения около 10 раз или удерживайте указанную позицию в течение 5 — 10 секунд, а затем медленно расслабляйтесь. Детали — на ваше усмотрение: экспериментируйте и ищите, как вам удобней. Грубых ошибок здесь не бывает, просто один способ выполнения может оказаться эффективнее других.

УПРАЖНЕНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ КОНТРОЛИРОВАТЬ БОЛИ ТИПА 1

Стоя

1. Прогиб назад

Упражнение. Встаньте, слегка расставив ноги, и положите ладони на ягодицы. Сделайте движение бедрами вперед, одно­временно прогибаясь назад и откидывая голову. По возможнос­ти держите колени прямыми.

Комментарий. Это движение вам знакомо: примерно так вы потягиваетесь, когда слишком засиделись. Сделав из него уп­ражнение и выполняя его несколько раз в течение дня, вы мо­жете добиться устойчивого контроля над болями.

Сидя

2. Разгибание туловища

Упражнение. Вам понадобится табурет или скамья без спин­ки. Ухватитесь покрепче руками за края сидения немного сзади себя, чтобы удержать равновесие, и как можно дальше откинь­тесь назад.

Комментарий. Сидячее положение фиксирует нижнюю часть тела и помогает прогнуть спину. Это именно то упражнение, кото­рое можно проделывать на рабочем месте незаметно для других.

Лежа

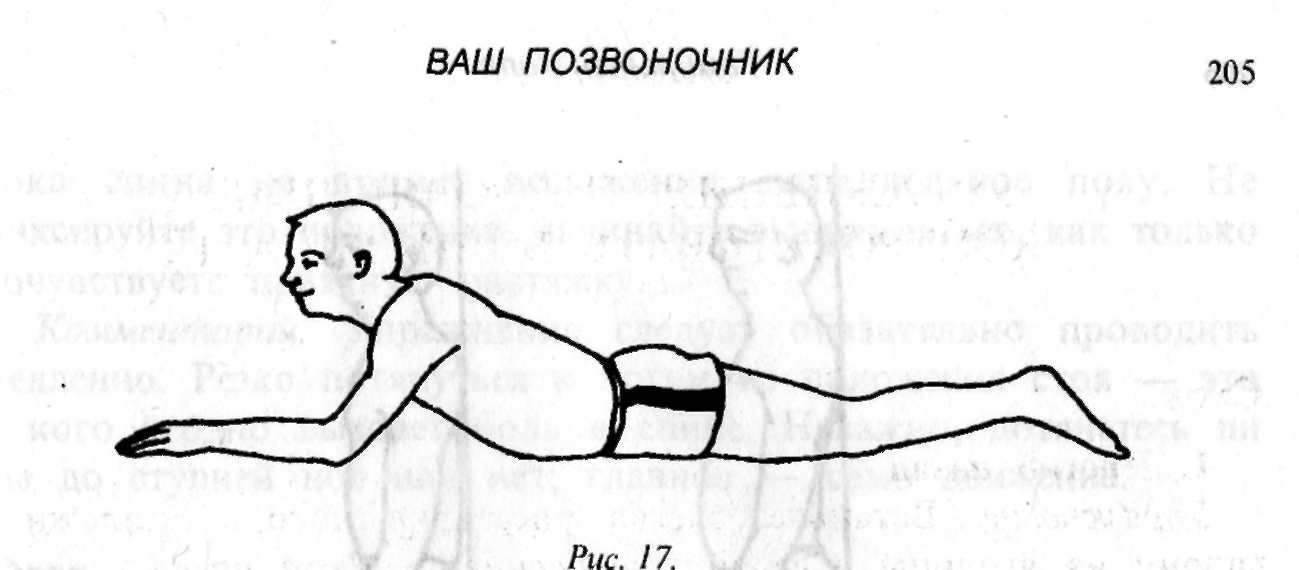
3. Лежа на животе

Упражнение. Собственно, вы уже его проделали. Нужно про­сто лежать на животе и позволять силе тяжести прогибать вашу поясницу. Лежать можно на любой удобной поверхности. Это самое легкое из предлагаемых здесь упражнений.

Комментарий. Некоторым пациентам с очень «жестким» по­звоночником даже это упражнение может показаться слишком болезненным. Попробуйте подкладывать подушку под нижнюю часть живота, чтобы уменьшить поясничный прогиб. По мере уменьшения болей начинайте обходиться без подушки.

4. «Перед телевизором» (рис. 17)

Упражнение. Лежа на животе, обопритесь на предплечья или



локти, как ребенок, глазеющий в телевизор. Это еще одно про­стое упражнение.

Комментарий. Такая позиция увеличивает прогиб в пояс­ничном отделе. Прогибая спину, не отрывайте бедра от пола.

5. Полуотжим

Упражнение. Лягте на живот, оперевшись ладонями на пол около плеч. Медленно поднимайте голову и плечи вверх, при этом не отрывая бедра от пола. Постарайтесь полностью выпря­мить руки в локтях. Держите подбородок прижатым к груди. Для того чтобы увеличить прогиб в пояснице, вдохните до на­чала отжима и выдохните, отжавшись.

Комментарий. Это наиболее популярное упражнение на рас­тяжку, контролирующее боли типа 1. Именно при нем чаще всего отмечается явление централизации болей. Если вы счита­ете, что прогиб у вас слишком велик, поместите ладони ближе к голове и попробуйте снова.

УПРАЖНЕНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ КОНТРОЛИРОВАТЬ БОЛИ ТИПА 2

Стоя

6. Подтягивание таза (рис. 18)

Упражнение. Встаньте спиной к стене так, чтобы пятки на­ходились примерно в 15 см от нее. Отклоните таз вперед, подо­брав живот и слегка сжав ягодицы. Вы должны почувствовать, что спина стала прикасаться к стене гораздо большей площа­дью. Не напрягайте плечи и не задерживайте дыхания.

Комментарий. Уловив суть этого упражнения, вы сможете

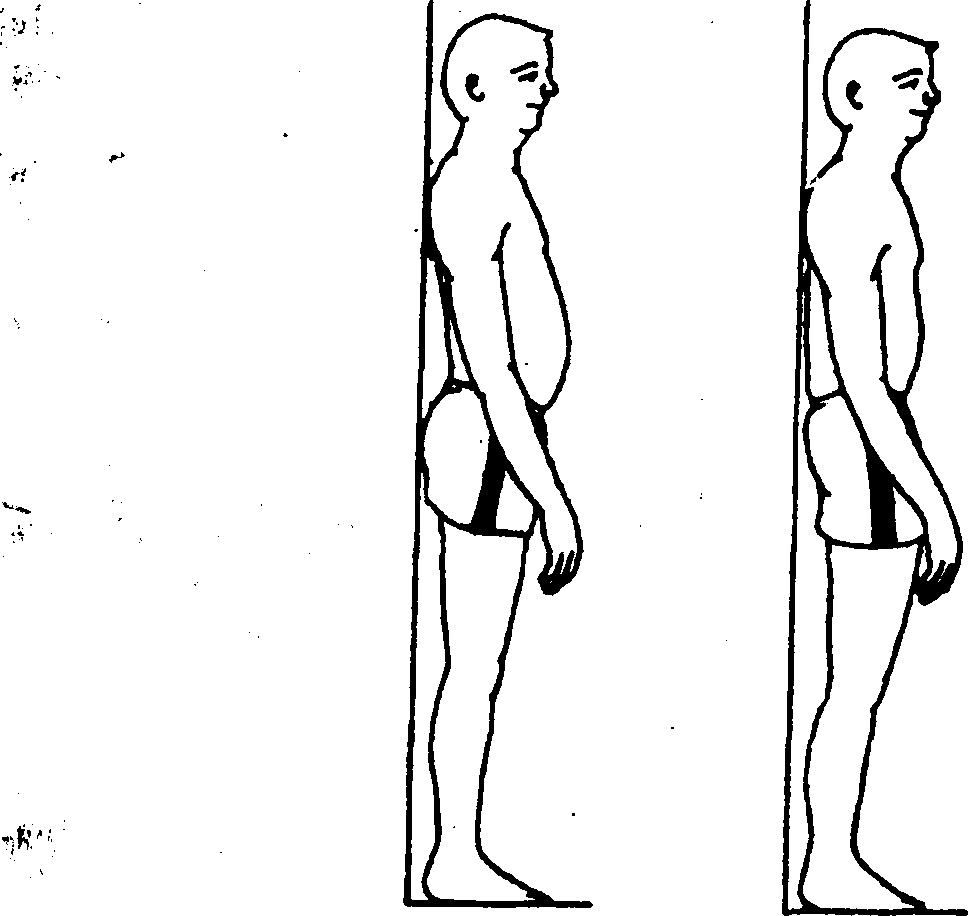


Рис. IX.

делать его где угодно, заменив реальную стену воображаемой. Если упражнение не получается в положении стоя, попробуйте сначала делать его лежа (упражнение 10).

7. Касание одной ноги

Упражнение. Поставьте ступню правой ноги на табурет или на скамью прямо перед собой. Согнитесь в талии так, чтобы грудью коснуться бедра, и дотроньтесь руками до носка подня­той ноги. Смените ноги и повторите.

Комментарий. Упражнение дает мягкую растяжку в согнутом положении. Поднятое колено ограничивает ваши движения. Вы можете почувствовать тянущее ощущение на задней поверхности выпрямленной ноги. Если это уменьшает боль, делайте больше повторов этого упражнения, стоя на данной ноге.

8. Касание двух ног

Упражнение. Обе ноги должны быть не напряженными, но прямыми. Слегка расставьте ступни ног. Согнитесь в пояснице, позволив рукам свободно свисать. Медленно наклоняйтесь, пока спина не примет положение, параллельное полу. Не фиксируйте это положение; начинайте выпрямляться, как только почувствуете приятную растяжку.

Комментарий. Упражнение следует обязательно проводить медленно. Резко потянуться к ногам из положения стоя — это у кого угодно вызовет боль в спине. Неважно, дотянетесь ли вы до ступней ног или нет; главное — само движение.

Сидя

9. Сгибание сидя

Упражнение. Сядьте на стул, расставив ноги и упираясь ступнями в пол. Нагибайтесь вперед, одновременно скользя ла­донями по внутренним поверхностям ног к лодыжкам, пока ваша голова не окажется между колен. Двигайтесь медленно и не фиксируйтесь в крайней наклонной позиции.

Комментарий. Неважно, до каких пор вы нагнулись. Здесь главное — почувствовать растяжку. Чтобы потянуться посиль­нее, выпрямите колени перед тем, как попытаетесь достать ла­донями до лодыжек.

Лежа

10. Подтягивание таза (рис. 19)

Упражнение. Начинайте в положении лежа крючком — на спине с согнутыми коленями. Напрягите мышцы живота и при­жмите поясницу к полу движением бедер вперед. Можете слег­ка приподнять ягодицы, но не отрывайте от пола ступни ног и не используйте их для толчка.

Комментарий. Подтягивание таза — это не столько упраж­нение, сколько исходная позиция при многих упражнениях, ук­репляющих мышцы. В то же время оно может быть эффектив­ным при болях типа 2.

11. Колени к груди

Упражнение. Лягте в позу крючком и подтяните таз. Теперь подхватите себя под ляжки и подтяните колени к груди. Подтя­гивайте их медленно, а перед тем, как отпустить, прочувствуйте растяжку.

Комментарий. Если ваши руки недостаточно длинны и вам не удается подхватить себя под ляжки, пропустите под них

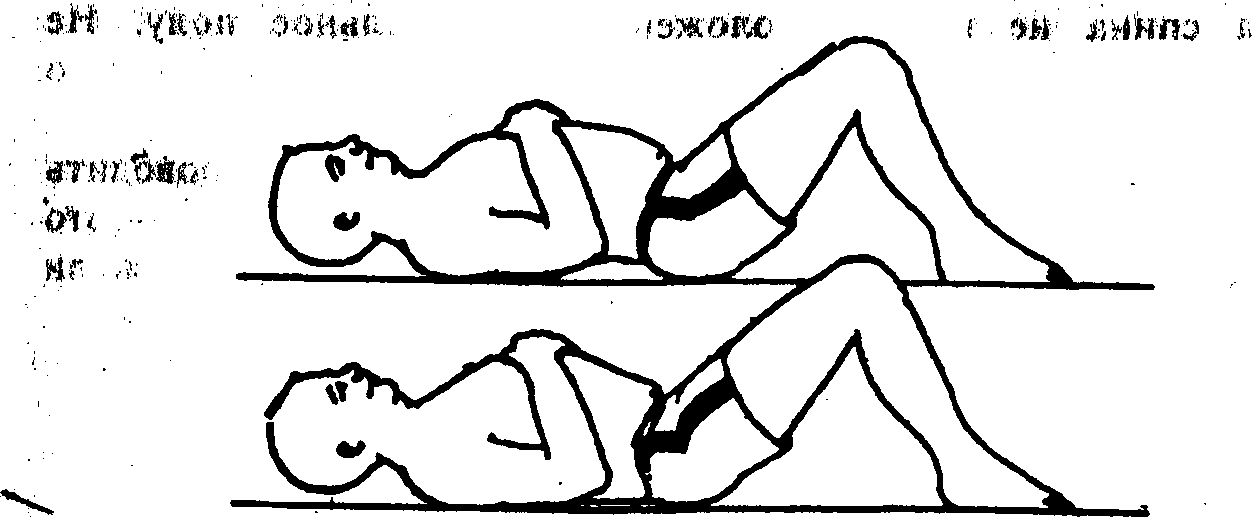


Рис. 19.

полотенце и тяните за его концы. Подтягивание в этом положе­нии одной ноги иногда бывает хорошим упражнением на рас­тяжку бедра, но почти не влияет на поясницу и на боли типа 2.

УПРАЖНЕНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ КОНТРОЛИРОВАТЬ БОЛИ ТИПА 3

Для пациентов с острым защемлением нерва трудно предло­жить какие-то упражнения в обычном смысле этого слова. Од­нако некоторые упражнения, используемые при болях типа 1, часто помогают снизить боль в ноге. Хорошо подходят для этого упражнения 3 и 4, а упражнение 5 временами дает порази­тельный эффект. Все они выполняются в положении лежа. Раз­грузка позвоночника от веса тела уменьшает давление, оказыва­емое диском на нерв. Иногда может принести пользу пребывание на четвереньках (как в случае с описанным ранее в этой книге пациентом). Многим пациентам с болями типа 3 приносит пользу совершенно противоположная позиция — вариант «лежа крючком».

Лежа

12. «Буква Z» (рис. 20)

Упражнение. Лягте на спину, согнув колени и положив голе­ни на скамью, табурет или сидение стула. Подложите одну по­душку под голову, а другую — под ягодицы. Сдвиньтесь как

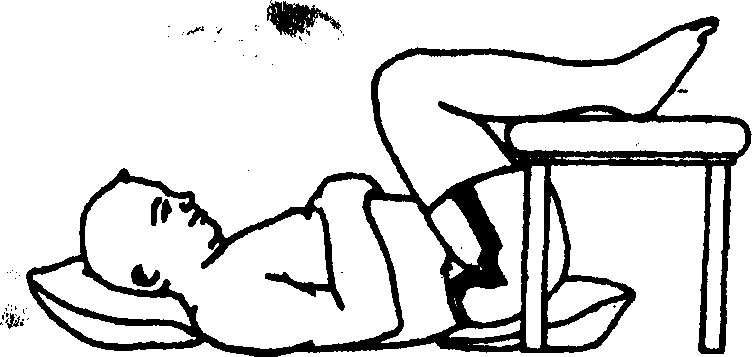


Рис. 20.

можно ближе к стулу, чтобы колени нависали над животом и тело приняло форму буквы «Z». Оставайтесь в этом положении столько, сколько нужно для снятия боли в ногах.

Комментарий. Часто для обеспечения удобного положения приходится поэкспериментировать с высотой стула и толщиной подушек.

УПРАЖНЕНИЯ, ПОМОГАЮЩИЕ КОНТРОЛИРОВАТЬ

БОЛИ ТИПА 4

Большинство пациентов с симптомами типа 4 (боль в ногах, возникающая при ходьбе и исчезающая в состоянии покоя) чув­ствуют облегчение, нагибаясь вперед. Им стоит попробовать те же упражнения, которые используются при болях типа 2. Осо­бенно эффективны упражнения 6, 8 и 10.

Боли типа 4 часто требуют большего, чем краткосрочное об­легчение. Для устойчивого улучшения состояния необходимо заниматься физической закалкой, делая упор на сгибательные укрепляющие упражнения.

СГИБАТЕЛЬНЫЕ УКРЕПЛЯЮЩИЕ УПРАЖНЕНИЯ

Начинайте эти упражнения в положении лежа на спине. Сте­пень нагрузки можно изменять, меняя положение рук. Наиболее легкий вариант — когда руки вытянуты в сторону ног. Сложив руки на груди, вы увеличите нагрузку, а подняв ладони к голо­ве и расставив локти в стороны, сделаете ее максимальной. Руки не следует заводить за затылок, поскольку при этом голо­

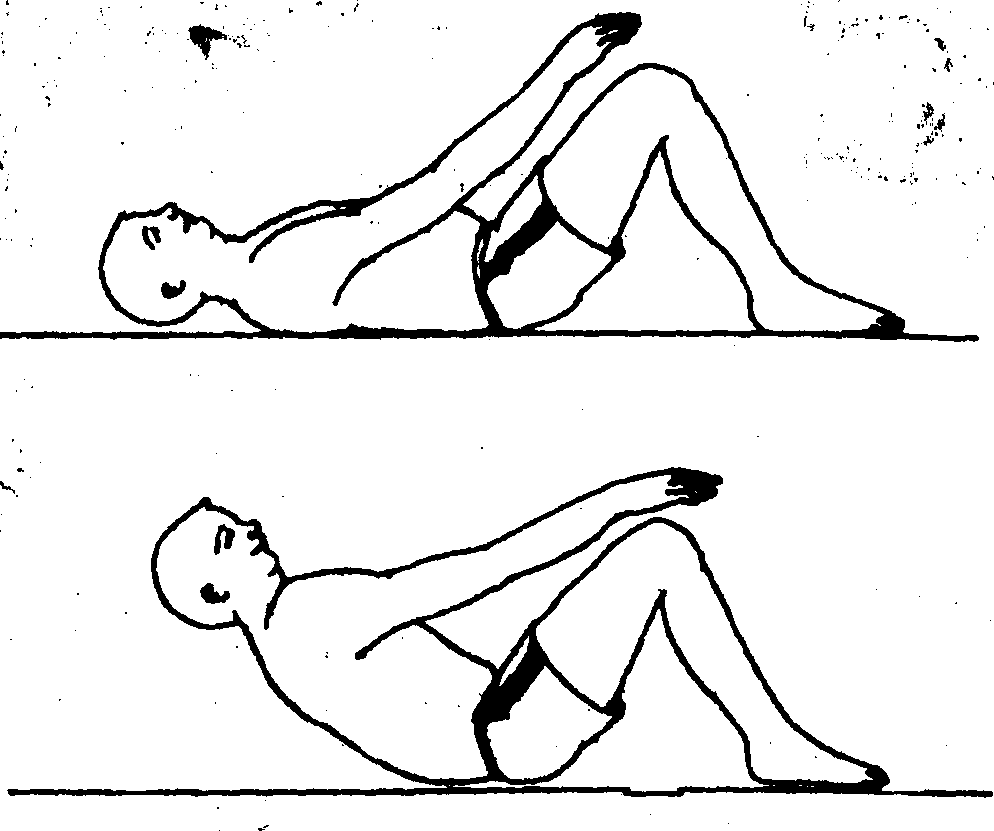


Рис 21.

ва отклоняется вперед, снижая нагрузку на мышцы живота. При выполнении упражнений на сгибание для поясницы могут по­явиться боли в области шеи. Прижимайте подбородок к груди и старайтесь поднимать голову и торс единым движением.

13. Поднятие туловища из положения лежа на спине (рис. 21)

Упражнение. Начните в положении лежа крючком, подтянув таз. Пользуясь мышцами живота, медленно поднимайте торс, пока лопатки полностью не оторвутся от пола. Ступни держите прижатыми к полу. Немного задержитесь в этой позиции и медленно вернитесь в исходное положение.

Комментарий. По моему мнению, при правильном выполне­нии это наиболее эффективное укрепляющее упражнение со сгибанием. Однако многие в начале занятий подсовывают ступ­ни ног под какой-нибудь тяжелый предмет мебели. Это непра­вильно. При насильственной фиксации ступней упражнение выполняется в основном за счет мышц ног, а мышцы живота участвуют в нем слабо. Не наклоняйте голову вперед, чтобы не разгружать мышцы брюшного пресса.

Еще одна распространенная ошибка — остановка до того, как лопатки полностью оторвутся от пола. Именно в таком по­

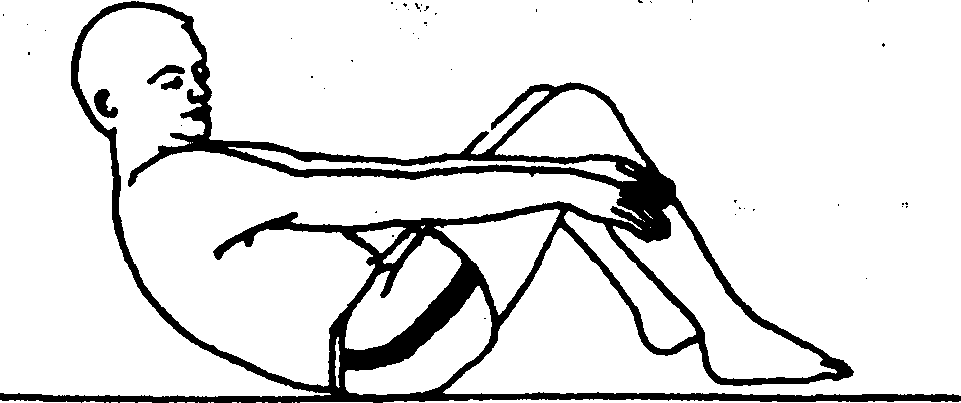


Рис. 22.

ложении мышцы развивают максимальное усилие, а значит, получают максимальную пользу. Упражнение, выполненное не до конца, во многом теряет свою ценность. Малоэффективно также дальнейшее поднимание торса с переходом в сидячую позицию. Последние 30° подъема преодолеть слишком легко. Это было бы упражнение с «встроенным» отдыхом.

14. Откидывание

Упражнение. Сядьте на пол и обхватите колени ладонями. Не отпуская их, медленно откидывайтесь назад, пока руки не распрямятся. Теперь с их помощью вернитесь в исходное поло­жение или отпустите руки и откиньтесь на спину.

Комментарий. Это упражнение можно использовать как вводное, если у вас очень слабые мышцы брюшного пресса. Здесь большую часть нагрузки берут на себя руки. Постепенно вы окрепнете и сможете возвращаться в исходную позицию без помощи рук. Откидывание превратится в приподнимание. Будьте терпеливы: для укрепления мышц брюшного пресса потребуется несколько месяцев.

15. Поднятие туловища от пола с одновременным поворо­том в стороны (рис. 22)

Упражнение. Примите исходную позицию лежа крючком, подтянув таз. Медленно поднимайте голову и плечи, пока ло­патки не оторвутся от пола. Слегка наклонитесь в сторону, как будто хотите дотянуться до наружной стороны колена. Задер­житесь в этой позиции, вернитесь в исходное положение, а за­тем повторите в другую сторону.

Комментарий. Легкий наклон в сторону заставляет вклю­

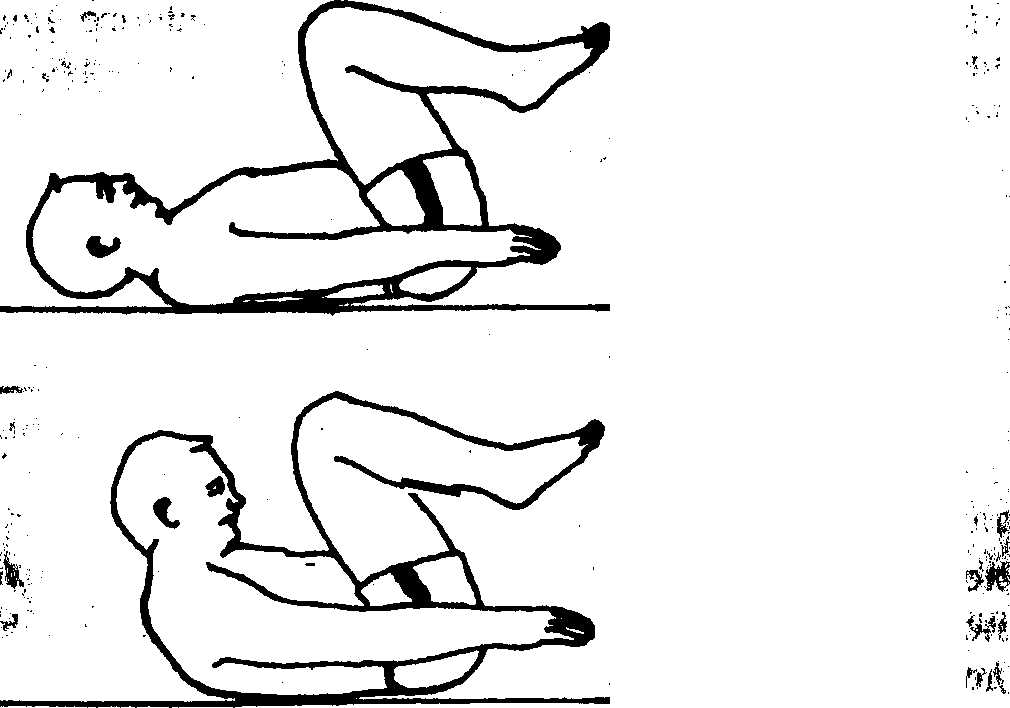


Рис. 23.

читься в работу косые мышцы брюшного пресса, продолжая нагружать и основную прямую мышцу. Это упражнение наибо­лее эффективно, когда голова и плечи направлены вперед, а боковые движения осуществляются только торсом.

16. «Клубок» (рис. 23)

Упражнение. Начинайте его из той же позиции, что и пре­дыдущее. Отрывая от пола плечи, одновременно подтягивайте к груди колени. Медленно сжимайтесь в клубок, стремясь кос­нуться лбом колен. Задержитесь в этой позиции и вернитесь в исходное положение.

Комментарий. При этом упражнении можно перенапрячь шею. Прижимайте подбородок к груди. Принимаемая вами «поза эмбриона» помогает при болях типа 2 и 4.

17. Приподнимание с помощью стула

Упражнение. Лягте на спину, согнув ноги и положив голени на табурет. Подтяните таз и медленно принимайте сидячее по­ложение — до тех пор, пока лопатки полностью не оторвутся от пола. Задержитесь в этом положении, а затем вернитесь в исходное.

Комментарий. Такое положение ног делает помощь со сторо­ны бедренных мышц несущественной, так что вы вынуждены приподнимать торс лишь мышцами брюшного пресса. Упражне­ние трудное. Можете дополнительно усложнять его, меняя по­ложение рук.

ДРУГИЕ УПРАЖНЕНИЯ НА СГИБАНИЕ НАГРУЖАЮТ МЫШЦЫ БРЮШНОГО ПРЕССА ПУТЕМ ПОДНИМАНИЯ НОГ

18. Давление на колено противоположной рукой (рис. 24) Упражнение. Из положения лежа крючком с приподнятым тазом подтяните одно колено к груди и нажмите на него ладо­нью противоположной руки. Слегка приподнимите голову и плечи и выпрямите толкающую руку в локте. Задержитесь в этой позиции, затем вернитесь в исходное положение и повто­рите то же с другой ногой.

Комментарий. Это изометрическое упражнение, то есть на­грузка на мышцы происходит в неподвижном положении. Надав­ливайте на колено как можно сильнее, но при этом не шевели­тесь. Чтобы не напрягать шею, прижмите подбородок к груди.

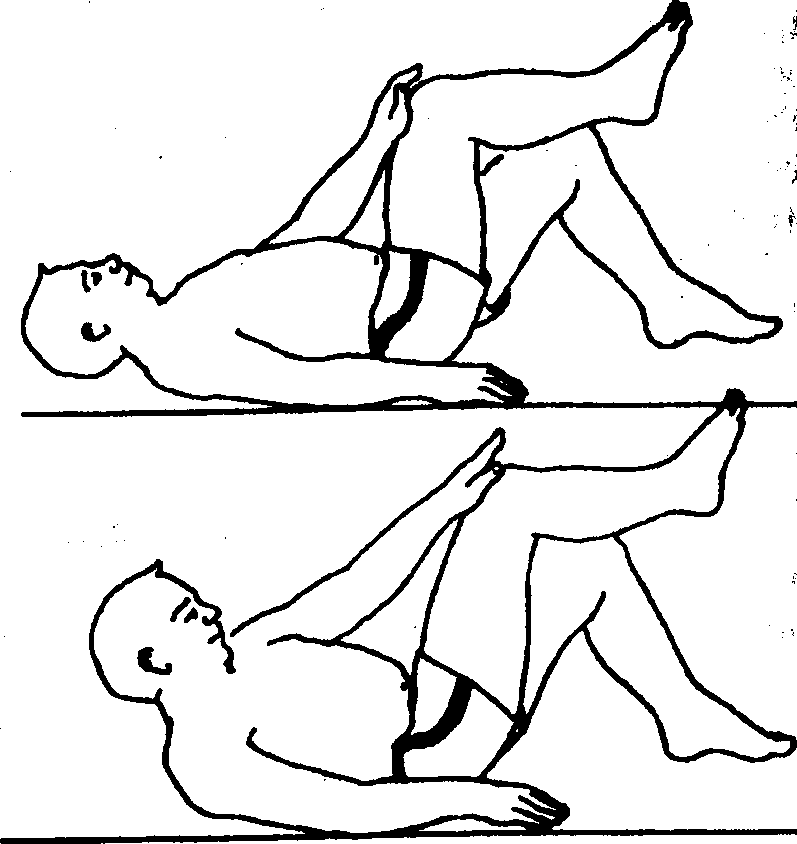


Рис. 24.

19. Подъем ног поочередно

Упражнение. Начните из положения полукрючком. Прямую ногу приподнимите до уровня колена согнутой ноги, а затем опустите. Повторите то же с другой ногой.

Комментарий. Это упражнение можно облегчить, сгибая в колене поднимаемую ногу, или усложнить, выполняя его из исходного положения лежа на спине с вытянутыми ногами.

20. Подъем обеих ног (рис. 25)

Упражнение. Лежа на спине и подтянув таз, медленно под­нимите ноги под углом в 45°. Ненадолго задержитесь в этом положении, а затем опустите ноги.

Комментарий. Выполняя упражнение, трудно удержать спину прижатой к полу. Поначалу вам будет легче начинать из пози­ции с уже приподнятыми на низкую скамеечку ногами или слег­ка сгибать колени. Упражнение укрепляет мыщцы низа живота.

21. «Ножницы»

Упражнение. Лежа на спине с подтянутым тазом, подтяните колени к груди, а затем выпрямите ноги и опустите их до угла в 45° к полу. Теперь разведите ноги в стороны и вновь соедините.

Комментарий. Чем ближе вы держите ноги к полу, тем труд­нее выполнять это упражнение и меньше вероятность того, что вам удастся удержать таз в нужном положении. Упражнение ус­ложняется, если вы поднимаете ноги, не сгибая при этом колени. Можно делать то же самое упражнение сидя, отставив для опоры руки назад. Притяните в этом положении колени к груди, выпря­мите ноги и разведите их в стороны. Разнообразьте упражне­ние, отрывая руки от пола, разводя их в стороны и балансируя на ягодицах. №

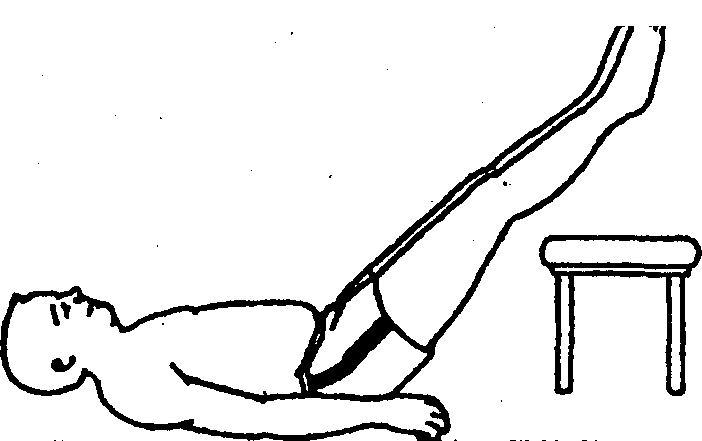


Рис. 25.

РАЗГИБАТЕЛЬНЫЕ УКРЕПЛЯЮЩИЕ УПРАЖНЕНИЯ

Исходная позиция для этих упражнений — лежа на животе. Так же, как в упражнениях на укрепление со сгибанием, вы можете менять их сложность, изменяя положение рук. Сложив руки замком сзади на пояснице, вы облегчите упражнение. Руки, сложенные на шее, — промежуточная степень сложности, а руки, вытянутые над головой, — наиболее сложный вариант исполнения. Чтобы избежать боли в шее, держите подбородок прижатым к груди.

22. Прогиб туловища

Упражнение. Лягте на живот. Медленно поднимайте голову и грудь, отрывая их от пола.

Комментарий. Можно на выбор либо задержаться в положе­нии прогиба, либо проделать упражнение несколько раз. Хорош тот вариант, который хорош для вас. Это упражнение труднее, чем кажется на первый взгляд, так что начинайте понемногу.

23. Прогиб туловища и ног

Упражнение. Лягте на живот. Подожмите подбородок к груди и поднимайте голову и грудь, одновременно приподнимая обе ноги с согнутыми коленями, пока бедра не оторвутся от пола.

Комментарий. Для правильного выполнения этого упражне­ния необходимо иметь сильные мышцы спины. Начинайте по­малу, заложив руки за спину. Упражнение усложнится, если вы будете поднимать прямые ноги, начиная от бедра.

24. Прогиб с дополнительной фиксацией

Упражнение. Лягте на стол или на плотный матрац так, что­бы нижняя часть тела до пояса размещалась на столе, а верхняя часть свисала вниз. Воспользовавшись чьей-либо помощью, удерживайте ноги прижатыми к поверхности и поднимайте вер­хнюю часть тела, пока она не примет горизонтальное положение.

Комментарий. По-моему, это лучшее из укрепляющих упраж­нений данной группы, развивающее параспинальные мышцы, не позволяя позвоночнику излишне прогибаться. Десятикратное его повторение является весьма полезной нагрузкой. Здесь, в отличие от упражнения на поднимание торса, вам необходима чья-то по­мощь или наличие какого-либо приспособления, удерживающего ваши ноги. В противном случае вы приземлитесь на голову.

Несколько укрепляющих упражнений развивают мышцы спины при вытягивании рук или ног, поскольку мышцы, располо­женные вдоль позвоночника, активно участвуют в движении конечностей.

25. Приподнимание бедра

Упражнение. Лежа на животе, согните колено одной ноги и оторвите бедро этой ноги от пола.

Комментарий. Некоторое время удерживайте ногу в подня­том положении или несколько раз повторите движение. Можно усложнить упражнение, поднимая выпрямленную ногу. Такие упражнения укрепляют и мышцы спины и ягодиц.

26. Приподнимание рук

Упражнение. Лежа на животе, вытяните руки над головой. Приподнимите одну выпрямленную руку, некоторое время удер­живайте ее, а затем опустите.

Комментарий. Это легкое упражнение. Тем, у кого слабые мышцы спины, неплохо будет начать с него, но надо помнить, что это только первый маленький шажок. Упражнение можно усложнить, поднимая одновременно противоположные руку и ногу.

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ НОГ

27. Полуприседание

Упражнение. Встаньте прямо и положите руки на бедра. Медленно сгибайте колени, следя за тем, чтобы ступни продол­жали ровно стоять на полу. Согнув ноги до угла 45—60°, начи­найте вставать из полуприседания.

Комментарий. Для максимальной эффективности следует приседать и вставать в медленном темпе. Быстро приседая, вы пользуетесь скорее силой тяжести, чем мышцами бедер. Я пред­почитаю полуприседания полным приседаниям: это уменьшает число жалоб на боли в коленях и предотвращает подпрыгива­ния, которыми некоторые любят завершать полное приседание.

28. «Воображаемый стул» (рис. 26)

Упражнение. Встаньте в 30 см от стены и прижмитесь к ней спиной. Начинайте медленно приседать до тех пор, пока не ока­жетесь в положении человека, сидящего на стуле. Бедра — па­раллельно полу. Не сдвигайте ступни вперед«.они должны распо­лагаться прямо под коленями. Удерживайтесь в этом положении

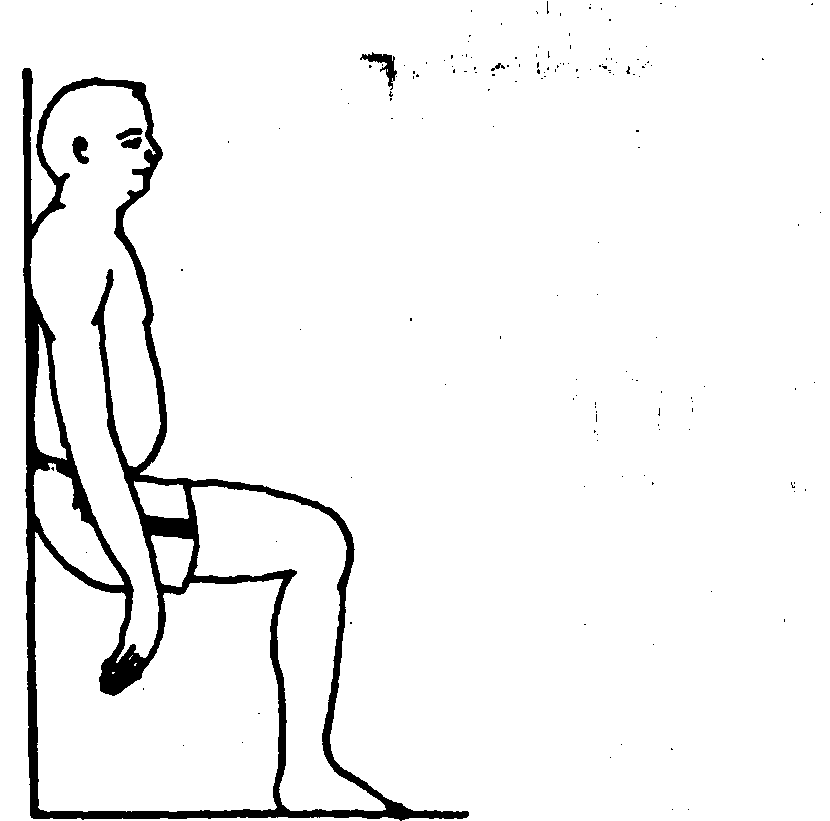


Рис. 26.

столько, сколько сможете. Не жульничайте и не упирайтесь ла­донями в колени: так выполнять упражнение гораздо легче.

Комментарий. Большинство людей, не делавших до этого по­добные упражнения, с трудом удерживаются в «сидячем» положе­нии 30 секунд. Не расстраивайтесь. Держитесь, сколько сможете. Через несколько дней или недель ваши результаты станут более впечатляющими. Для большинства хорошо подготовленных людей достижением является 3-минутный срок. Если удержитесь более 5 минут — вам открыт путь в олимпийскую сборную.

И в заключение — еще об одном. Как ни важны приведенные в этой главе упражнения, они не являются полным долгосроч­ным решением ваших проблем. Было бы нереально ждать, что 10-минутные ежедневные упражнения помогут вам контролиро­вать симптомы в течение оставшихся 23 часов 50 минут. Упраж­нения — это всего лишь часть программы, включающей также методику предохранения спины в процессе всех ваших повсед­невных действий. Хотя этот аспект программы, возможно, не кажется вам столь же важным, его роль трудно переоценить.

Но перед тем, как мы перейдем к делам, связанным с долго­срочными задачами, нужно подумать о проблеме срочной — как справиться с очередным острым приступом.

Глава • 12

К очередному приступу будь готов!

Ничто так не укрепляет вашу уверенность в себе, как созна­ние того, что вы можете справиться с неожиданным приступом болей в спине. Возможно, вы уже убедились на собственном печальном опыте, что острый приступ может быть спро­воцирован самым обычным повседневным действием: потянулся к полке, открыл окно, нагнулся, чтобы завязать шнурки... И действительно, само действие может быть настолько привычным, что вы даже не осознаете его как причину очередного приступа. Важно понимать, что подобное «про­воцирующее» движение не наносит вреда вашей спине, а по­просту активизирует дремлющий источник ваших болей. В любом случае, невозможно избежать всех действий и ситуаций, которые являются потенциальными «взрывателями». Вместо этого следует быть хорошо проинформированным и готовым хладнокровно разделаться с приступом, пресечь его в зародыше. Именно с таким настроем вы сможете избежать паники, способной отяготить ваше состояние.

Как правило, сигналом приступа является внезапная острая боль, вслед за которой быстро наступает мышечный спазм. После этого оба компонента могут неоднократно повторяться, воздействуя друг на друга. Стратегия, таким образом, состоит в проведении защитных действий настолько быстро, чтобы пер­вичная боль заглохла, а спазм не появился.

Основные защитные положения

При первом же признаке приступа примите положение, кото­рое, по вашему мнению, наиболее эффективно помогает вам. Возможно, это значит лечь на живот, приподнявшись на лок­тях, или свернуться в позе эмбриона на спине или на боку (колени подтянуты к груди, а подбородок направлен навстречу коленям). Ваша цель — выйти из вертикального положения, чтобы сила тяжести перестала нагружать позвоночник. Таз надо подать вперед или назад по сравнению с привычным по­ложением, чтобы изменить поясничный изгиб и снять излишние напряжения. Нет положений, которые были бы универсальны для всех. Нужная для вас позиция подбирается — по крайней мере, поначалу — методом проб и ошибок. При этом следует помнить, что подобные эксперименты не могут повредить вашему позвоночнику.

Мое любимое положение было описано в предыдущей главе как упражнение № 12 для контроля над болями типа 3. За­щемленного нерва у меня нет, и боли мои чисто механическо­го характера типа 1, но мне в этом положении удобно, и по­тому я его использую. При первой же возможности я ложусь, подложив под голову и ягодицы подушечки и задрав ноги на сидение стула. Находясь в этом положении, я не ощущаю боли. Может быть, это «неправильное» решение для моего типа болей, но меня это не интересует, поскольку мне в этом положении хорошо.

Конечно, подушки и стулья не везде подворачиваются под руку, так что неплохо подобрать заранее альтернативные ре­шения. Мне быстро приносит облегчение полуотжим (упражне­ние 5). Вы можете чувствовать себя глуповато, но при неко­торой изобретательности делать это можно почти где угодно. Еще один часто используемый мною прием — это притягива­ние колена как можно ближе к груди. Предпочтительно делать это лежа, но если негде лечь, можно делать это и сидя, опира­ясь на что-либо спиной.- Подушка или поролоновый ролик, подсунутые под поясницу, дают дополнительное облегчение. Специальный ролик из поролона диаметром примерно 12 см и длиной около 30 см несложно всегда носить при себе. Некото­рые люди, страдающие приступами болей в спине, считают такой ролик последним криком моды.

Неплохо бывает и присесть на корточки. Я часто пользу­юсь этим приемом, особенно когда делаю краткие перерывы во время проведения операции. Это хороший способ на не­сколько минут снизить напряжение в позвоночнике, предуп­редив таким образом приступ. Но положение на корточках имеет один недостаток: однажды вы можете обнаружить, что неспособны подняться без посторонней помощи. Если вы не слишком опытны в приседаниях, делайте это касаясь спиной какой-нибудь стены, — в противном случае вы рискуете упасть. Вообще можно использовать стену в качестве вспомо­гательного средства в любой позиции. Для того чтобы при­сесть, прислонитесь спиной к стене и, медленно сгибая коле­ни, соскальзывайте по ней, пока не примете окончательную позицию.

Все эти альтернативные средства преследуют одну и ту же главную цель: разгрузить позвоночник, изменить поясничный изгиб и быстро взять боль под контроль.

Если приступ застиг вас в ситуации, когда выбор позиции ограничен практическими соображениями или правилами при­личия, возможно, придется пойти на небольшой компромисс.

К примеру, сидя за столом в офисе, попробуйте подтянуть ногу к груди и поставить каблук на сидение своего стула. Если у вас откидывающееся кресло, может быть, вам будет удобно откинуться назад и положить одну или обе ноги на край стола — что-то вроде позы эмбриона для «белых во­ротничков».

Если ваш офис закрывается на дверь, а пол застелен ков­ром, это прекрасное место, где можно сделать десяток отжима­ний, полежать несколько минут на животе или совершить еще что-то столь же полезное для себя.

Если в момент появления сковывающих ощущений вы сиди­те за рулем автомобиля, в зависимости от обстоятельств у вас есть несколько возможностей. Если вы передвигаетесь по скоро­стному шоссе или едете без пристежных ремней, возможно, вам удастся согнуть левую ногу и подтянуть ее поближе к себе. Если у вас есть возможность съехать на обочину, лучше выйти из автомобиля и, присев рядом с ним на корточки, дождаться окончания приступа. Старайтесь держать под рукой небольшую подушечку или тот самый поролоновый ролик, о котором я говорил. Перед тем, как отправляться в путь, подсуньте этот мяг­кий предмет под поясницу. Я лучше всего чувствую себя, попе­ременно засовывая и вынимая такой ролик каждые полчаса или час. При этом меняется изгиб поясничного отдела и устраняется постоянное давление на больные точки.

В самолете вы можете успешно использовать пристежной ремень: затяните его поплотнее, предварительно подсунув под поясницу подушечку, и поставьте ноги на свой ручной багаж, чтобы колени находились выше бедер. Всегда выбирайте место у прохода, чтобы у вас была возможность почаще вставать и разминаться. Не стесняйтесь: потянитесь к верхней полке, как будто проверяете багаж, или пройдите в нос самолета и дайте командиру какой-нибудь умный совет.

Если приступ захватывает вас, когда вы стоите и невозмож­но сделать ничего другого, попробуйте прогнуться назад (уп­ражнение 1), или подать таз вперед (упражнение 6), или, если есть возможность, поставить одну ногу на какие-нибудь поруч­ни, на поребрик тротуара, либо на другое подходящее воз­вышение.

Подобные маневры расслабляют или растягивают спинные мышцы и восстанавливают нормальный изгиб поясницы. Быст­ро изменить позу — это почти так же хорошо, как лечь.

Если во время предыдущего приступа вы обнаружили, что какая-то конкретная позиция даст вам максимальное облегче­ние, используйте ее. Не чувствуйте себя связанным моими сове­тами. Рекомендуемые мною позиции помогают большинству людей, но с вами дело может обстоять по-иному. Вы сами дол­жны выяснить, каким образом лучше всего справляться с ваши­ми болями.

Ваша стратегия должна носить оборонительный характер. Это неподходящее время для экспериментов с новыми хитро­умными приспособлениями или с самыми новейшими сред­ствами, о которых только что рассказали по телевидению. Опасности в них нет и позвоночнику вы этим не повредите, но шансов на успех очень мало. Любой дополнительный дис­комфорт может напугать вас. А страх может усилить боль. В данном случае лучше всего полагаться на простые методы из­менения позы, на легкие обезболивающие упражнения и раз­грузку позвоночника.

Если вам совсем не повезло и вдобавок к приступу болей вы подхватили простуду, постарайтесь помнить эту коротенькую поговорку:

Чтобы спину не сорвать,

Кашляя-чихая,

Нужно ножки подгибать,

Низко приседая.

Никакие профилактические меры не дают стопроцентной га­рантии. Иногда приступ возникает и тянется, несмотря на все ваши усилия. Когда случается такое, помните: никакой приступ не способен перечеркнуть ваших стараний. Упражнения и пра­вильные привычки, усвоенные вами, рано или поздно дадут результат. Даже если очередной приступ заставляет вас испы­тывать те же острые боли, что и прежде, то, скорее всего, вы оправитесь от него раньше, чем от предыдущих.

Потерпите: время работает на вас

Сделав все, что в ваших силах, для отражения приступа, вы можете лишь ожидать его окончания. По большей части острые приступы проходят за несколько дней или недель. Почти 90% острых эпизодов завершаются до истечения двух месяцев. В первый день это мало утешает, но я и сам не предлагаю вам просто полеживать и искать утешения. Я вообще не советую вам ложиться. Короткие периоды отдыха весьма желательны. Отдых в щадящей позиции, позволяющей устранить действие силы тяжести, не заменишь ничем, но это не значит, что нужно неделю лежать пластом в кровати. Не существует какой-то иде­альной поверхности для отдыха. Некоторые предпочитают ле­жать на полу, другие — на жестком матраце, третьи — сидеть в кресле с жесткой набивкой. Все подходит, если вам это удоб­но и если спина может отдохнуть в наиболее щадящем для ва­шего типа болей положении. Отдых в кровати с неподходящим матрацем или пребывание в проваливающемся мягком кресле могут оказаться более мучительными, чем прогулка до ближай­шего магазина. Будьте по возможности активны и не забывай­те, что боль не является сигналом о каких-то необратимых повреждениях. Приступ болей механического происхождения тя­гостен, но он не приносит ущерба.

Темп восстановления зависит от степени изношенности по­звоночника и от типа болей. Тип 2 восстанавливается обычно быстрее, чем тип 1. Кроме того, темп восстановления зависит от вашего умения справляться .с болью и от способности на время изменить образ жизни. Возьмите себе за правило до окончания острого периода приступа отказываться от всяких действий, усиливающих боль. Этот временный запрет на опре­деленные действия имеет целью не предотвращение каких-то дальнейших повреждений (их попросту не может быть), а пре­дупреждение пессимистического настроения, появляющегося при частых возвратах боли. Иногда люди, осуществляющие активный контроль над болью, забывают о необходимости избегать травмирующих ситуаций. В результате они настолько разо­чаровываются в программе в целом, что забрасывают ее. Наде­юсь, вы не совершите этой ошибки. Вы обнаружите, что есть иные пути достижения тех же целей и иные способы вести пол­ноценную жизнь, даже в разгар приступа. Подойдите к делу творчески.

Нет никакого вреда в приеме болеутоляющих средств, но я не рекомендую наркотики. При применении правильных мето­дов ухода за спиной такие «лекарства» попросту излишни. При систематическом приеме наркотиков возникает болезненное привыкание к ним. Ограничьтесь болеутоляющими средствами, продающимися без рецепта. Если врач пропишет вам что-то более сильнодействующее, строго придерживайтесь его указаний по применению лекарства. И не забывайте, что боли в спине возникают по большей части из-за механических причин и бороться с ними лучше всего механическими средствами, таки­ми, как описанные нами упражнения и позы.

Можете попробовать отвлекающие средства. Их выбор цели­ком зависит от вас. Если холодный компресс или грелка снима­ют боль — пользуйтесь ими. Горячая ванна или горячий пунш иногда творят чудеса.

Противовоспалительные средства не являются заменой физи­ческой активности и прочих мер. Их действие непредсказуемо. Если вы относитесь к тем, кому они помогают, пользуйтесь ими, но не стройте на них свою личную программу восстановления.

Спинные корсеты и бандажи могут принести пользу людям, занимающимся физическим трудом или испытывающим иные нагрузки. Лучшее средство такого рода — это, по моему мне­нию, легкий, хорошо подогнанный, несложно снимающийся поддерживающий пояс. Такие средства способны принести об­легчение любому, однако использовать их следует лишь в каче­стве временной меры. Эффективное средство такого рода не приносит непосредственной пользы, но действует в качестве напоминания о необходимости поберечься от неуклюжих дви­жений и придает уверенности, а это полезно даже тем, чьи мышцы достаточно крепки.

Я еще раз хочу подчеркнуть, что нет в этой области каких-то абсолютов и «лучших» средств. Есть лишь два основных принципа, о которых следует помнить:

1. Используйте те методы контроля над болью, которые дей­ственны для вас. Применяйте их почаще.

2. Пока острая фаза приступа не закончилась, избегайте дей­ствий, вызывающих боль. Это временное ограничение.

Как только острый приступ начинает идти на убыль (а это происходит с любым острым приступом), вам следует обратить­ся к мерам долгосрочного характера и подумать о предотвраще­нии следующего подобного эпизода.

Глава • 13

Сосуществование со своей спиной

Можно было бы перечислить десятки правил, позволяющих избегать болей в спине в процессе повседневных действий, но, как вы уже, наверное, поняли, я не из тех, кто любит устанав­ливать правила для своих читателей либо для своих пациентов. Я всегда считал более практичным подчеркнуть необходимость соблюдения некоторых общих принципов и затем проиллюстри­ровать их рядом примеров.

Для начала три существенных принципа:

1. Поддерживайте в пояснице нейтральный изгиб при любых занятиях, насколько это позволяют обстоятельства. Слишком глубокий прогиб в пояснице или сутулость означают боли в спине.

2. Поднимая предметы, перекладывайте часть нагрузки на мышцы ног, приседая или сгибая их в коленях. Ваша спина — не подъемный кран.

3. Ищите способы разгрузить спину, используя законы меха­ники. К примеру, не носите тяжелые предметы в вытянутых руках, если можно носить их прижатыми к груди.

Теперь посмотрим, как можно использовать эти принципы в конкретных ситуациях.

Ночной отдых

Вы можете поддерживать правильное положение позвоноч­ника, лежа на спине, подложив под голову небольшую подушку и согнув ноги в коленях. Возможно, вы и сами обнаружили, что твердые поролоновые подушки вредят вашей шее, так что, если наряду с болями в спине у вас есть и боли в шее, исполь­зуйте подушку перьевую, пуховую, набитую обрезками пороло­на или новыми синтетическими наполнителями. Колени можно приподнять с помощью одной-двух больших подушек, которые удобнее завернуть в простыню или в одеяло. Завернутые по­душки не развалятся во время сна. Можно воспользоваться и валиком. Если вы предпочитаете спать на боку, свернитесь в клубок и проложите между коленями подушку, чтобы предотв­ратить вращение в тазовом суставе. Многие люди предпочита­ют вытягивать верхнюю ногу. Какое бы положение вы ни ис­пользовали, держите между бедрами подушку.

Одна из самых лучших идей, известных мне в области обеспечения комфортного сна при больной спине, — это обма­тывание талии свернутым полотенцем. Когда вы лежите, ниж­няя часть позвоночника, располагающаяся между грудной клеткой и бедрами, провисает подобно бельевой веревке. Какое бы положение вы ни принимали во сне, спина прогибается и возникает дополнительное давление в местах, являющихся возможной причиной боли. Полотенце поможет избежать тако­го провисания, взяв часть нагрузки на себя. Толщина скручен­ного полотенца зависит от соотношения объема бедер и талии. Экспериментируйте до тех пор, пока не подберете нужную толщину: не слишком тонко и не слишком толсто. Возможно, вы почувствуете себя несколько по-дурацки, но вас поразит, насколько удобнее так спать. Кстати, тот же подход можно использовать при болях в шее. Полотенце, обмотанное вокруг шеи, заполняет пространство между головой и плечом. Надо сказать, что это недорогой способ избавления от ночных болей в шее.

Сон на животе может привести к утренним болям в спине — или оказаться единственным способом обеспечить комфорт. Все зависит от типа ваших болей и от ваших личных предпочтений. Здесь нет универсальных правильных решений. Врачи часто на­стаивают на том, что сон на животе «нехорош» для спины. Людям, которые уверены, что для них единственный способ спокой­но поспать — это именно такое положение, врачи говорят, что следует найти какое-то другое (то есть неудобное) положение. Все это глупости. Никакое положение не повредит вашему позвоноч­нику. Если спать на животе удобно — спите. В данном случае именно вы должны судить о том, что хорошо, а что нехорошо.

Дневной отдых

Вот три положения, предпочитаемые большинством людей с больной спиной, особенно в период восстановления после приступа.

Положение I. Для чтения или просмотра телевизора лягте на спину в позе крючка, то есть согнув колени. Подложите под голову достаточно толстую подушку, а тонкую подушку подложите под ягодицы, чтобы поддержать небольшой изгиб позвоночника в этом отделе. Если лежать на полу слишком жестко, воспользуйтесь матрацем или чем-нибудь подобным.

Положение 2. Подложите одну большую подушку под голову и плечи, а другую — под ягодицы. Ноги положите на сидение стула или на небольшой столик. Конечно, вы узнали упражне­ние 12 — мою любимую «оборонительную» позицию. Я уверен, что это положение уберегло меня от серьезного приступа боли по крайней мере однажды. Как-то раз я вносил в дом тяжелую охапку дров и споткнулся на пороге. Стараясь удержаться от падения, я резко развернулся и почувствовал, что что-то случи­лось, — я уверен, вам знакомо подобное чувство. К счастью, это был воскресный день и по телевизору шел интересный фут­больный матч, так что я улегся на пол в гостиной, просмотрел всю игру и пролежал в этом положении еще несколько часов. Ожидаемый приступ так и не разыгрался.

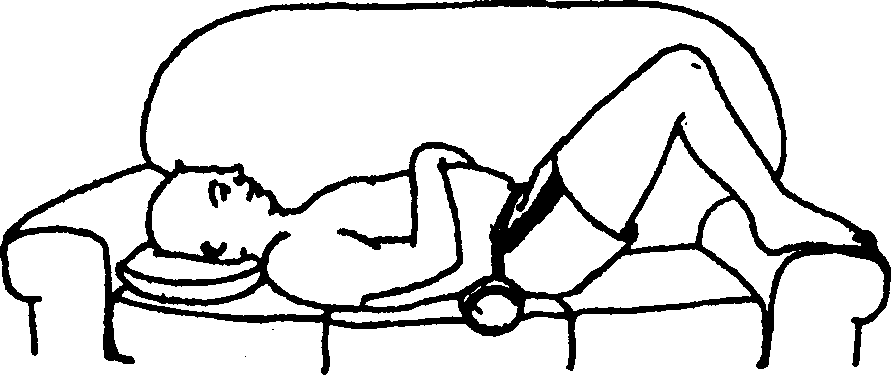


Рис. 27

Положение 3. Лежа на животе и облокотившись на предпле­чья — это положение, в котором многие люди чувствуют уменьшение болей в спине. Особенно хорошо принимать такое положение при болях типа 1. Пролежав на животе достаточно долго, вы можете почувствовать боль другого рода, поэтому неплохо время от времени менять положение.

Никакую позу, даже самую удобную, не следует сохранять весь день.

Сидячее положение

Большинство людей не сознает, что сидячее положение силь­но нагружает спину. Возможно, вы помните из главы 3, что в сидячем положении, а тем более при наклоне вперед, нагрузка на диски позвоночника больше, чем в положении стоя выпря­мившись. Это одна из причин того, что люди, занимающиеся сидячей работой, часто жалуются на боли в спине.

Начните с выбора удобного кресла — с хорошей подушкой, но не чрезмерно набитой. У него должна быть твердая спинка, откидывающаяся под углом примерно в 10°, и слегка приподня­тое спереди сидение, чтобы ваши колени располагались чуть выше таза. Очень хороши кресла-качалки, но в них трудно ра­ботать за столом.

Если речь идет о выборе кресла для офиса, то лучше всего кресло с регулируемым наклоном спинки. Такую спинку можно либо зафиксировать в вертикальном положении, чтобы конт­ролировать правильное положение поясничного отдела, либо откинуть назад, чтобы несколько разгрузить позвоночник. Под­локотники дают возможность время от времени разгружать по­ясничный отдел, опираясь на локти и чуть приподнимая верх­нюю часть тела. Сидение должно быть достаточно широким, чтобы позволить вам время от времени менять позу, немного по-иному распределяя свой вес.

Кроме того, нужно обратить внимание и на ноги: передняя кромка сидения не должна врезаться в ляжки. Подножка кресла или подножная скамеечка будет хорошим дополнением, если вы не достаете ногами до пола. Каким бы типом кресла вы ни пользовались, почаще меняйте позу, чтобы разделять нагрузку между разными дисками и суставами позвоночника.

Если вы проводите в сидячем положении большую часть дня, вашей главной заботой должно стать принятие правильной позы во время сидения. Когда вы сидите, уменьшается нор­мальный прогиб в пояснице и увеличивается напряжение на переднюю часть позвоночника. Восстановление нормального изгиба почти всегда означает прогиб в поясничной области. Регулярное использование поясничной прокладки (я предпочи­таю поролоновый валик) — пожалуй, самое важное, что вы можете сделать для предотвращения болей в спине.

Вот три решения проблемы, как сидеть с больной спиной.

Положение 1: сдвиньтесь на ягодицах к спинке жесткого кресла. Слегка нагнитесь и положите поясничную прокладку за спину в районе талии. Наилучшую толщину прокладки и ее окончательное положение подберите сами. Откиньтесь назад ровно настолько, чтобы не испытывать неудобства. Если ноги не достают до пола, воспользуйтесь скамеечкой.

Положение 2: сядьте на пол, прислонившись спиной к стене, и обхватите руками колени.

Положение 3: сядьте на корточки. Существует множество различных вариантов сидения на корточках, весьма разнообраз­ных и часто уменьшающих боли в спине. Если же вы не при­выкли сидеть на корточках и к тому же достигли преклонного возраста, возможно, вам будет легче стоять на коленях. Можно также встать на одно колено, опираясь другой ногой на пол. Старайтесь садиться на корточки во всех ситуациях, которые в противном случае потребовали бы от вас встать на колени или согнуться в пояснице. Положение на корточках идеально для садовых работ, возни с маленькими детишками и участия в неформальных вечеринках, где гости располагаются на полу.

Я уверен, что вы уловили идею. Каждое из этих положений позволяет восстановить нормальный прогиб в поясничной обла­сти и снижает избыточное напряжение, возникающее при сиде­нии с наклоном вперед. Для большинства людей наиболее прак­тично первое положение, но не стесняйтесь и изобретайте свои собственные.

Одна из лучших возможностей защитить спину в сидячем положении возникает при путешествии самолетом. Вспомните приемы, которые я описал в предыдущей главе. Подушечка за поясницу, ручной багаж под ноги, пристежной ремень, не даю­щий соскользнуть вперед, и место в проходе, позволяющее встать и размяться. Даже длительные полеты не будут для вас тягостны, если вы воспользуетесь этими простыми советами. Руководствуясь теми же принципами, вы сможете сидеть где угодно и столько, сколько вам нужно.

Выполнение домашних занятий сидя

И здесь соблюдение принципов поддержания нейтрального изгиба позволит вам не совершить ошибок. В кухне держите все принадлежности так, чтобы до них было легко достать. Там, где не подходит низкое кресло, пользуйтесь высоким табуретом со ступенькой или вставайте. Читая, держите руки на столе. Всегда имейте под рукой поясничную прокладку. С этим несложным приспособлением, обеспечивающим поддержку по­ясницы, простой кухонный стул с прямой спинкой может пре­вратиться в самое комфортабельное место в доме.

Выполнение домашних занятий стоя

Никогда не стойте на двух ногах, если можно поставить одну ногу на табурет или подставку (такую позу часто принимают посетители, стоящие у стойки бара). Содержатели салунов поняли удобство этого положения задолго до того, как врачи создали соответствующую теорию, и нет причин, по которым вы должны были бы отказаться от преимуществ подобной позы в собственном доме. Это просто еще один способ поддержать нормальный поясничный изгиб.

Совершая действия, которые могут усилить боль, — накло­няясь к нижней полке буфета, делая уборку на высоко висящей полке и т.п., почаще меняйте вид занятий, чтобы не находиться подолгу в одном и том же положении. Делайте частые пере­дышки, пусть даже по нескольку минут.

Убирая полы, обрабатывая ковер пылесосом, сгребая листья в саду, можно заполучить боли, вызванные длительным накло­ном вперед. Все эти действия следует выполнять правильно: включать в работу ноги, поддерживать хорошую осанку (как фехтовальщик во время выпада, то есть с прямой спиной) и избегать скованности в движениях. Попрактиковавшись, вы будете с легкостью следовать этому совету так, что никто ничего не заметит, а вашей спине станет гораздо легче.

Рабочие поверхности

Для большинства людей, страдающих от болей в спине, иде­альная высота рабочей поверхности — стола, прилавка, верстака должна быть на 5 сантиметров ниже локтя. Поскольку рабочие поверхности большей частью невозможно регулировать по высо­те, вам следует обойти это препятствие, пользуясь дополнитель­ными предметами, например, сесть на табурет, если рабочая по­верхность расположена слишком низко и на ней неудобно работать стоя. Кроме того, имейте в виду, что рабочая поверх­ность идеальной высоты перестает быть таковой, если вы работа­ете на ней со слишком высоким или объемным предметом. К примеру, если вы чините на верстаке стул, рабочее пространство может располагаться гораздо выше удобной для вас зоны.

В офисе

Вы можете оказать спине огромную услугу с помощью столь несложного приспособления, как толстая телефонная книга, подложенная под ступни ног, когда вы сидите. Почаще меняйте позу. Выдвиньте нижний ящик письменного стола и используй­те его в качестве подножки, беседуя с посетителем или разгова­ривая по телефону. Используйте подкладку под поясницу и по­чаще вставайте, чтобы размяться. Если вы начальник — клади­те ноги на стол.

Подъем тяжестей

Нет единственно верного способа поднимать тяжести. В кон­кретной ситуации правильный способ определяется размером и весом предмета, а также другими обстоятельствами, например, тем, насколько этот предмет доступен. Здесь имеются три ос­новных принципа:

1. Используйте принцип рычага, удерживая груз как можно ближе к телу.

2. По возможности выполняйте подъемы и повороты с помо­щью мышц ног, а не спины.

3. Держите спину прямой и ровной. Это не значит двигаться так, словно вы аршин проглотили; в некоторых случаях придется нагибаться, но и тогда следует большую часть нагрузки пе­реложить на мышцы бедер, стараясь удерживать правильный прогиб в пояснице.

Вес вашего тела, инерция и даже сила тяжести должны стать вашими союзниками. Конкретный выбранный вами метод мо­жет различным образом сочетать эти силы и факторы. К приме­ру, для того, чтобы поднять с полу тяжелую коробку, я бы по­дошел к ней вплотную, присел на корточки, прижал ее к груди, а затем встал, выпрямляя ноги. Такая манера подъема щадит мою спину, но колени при этом испытывают значительную на­грузку. Чтобы достать с верхней полки тяжелый ящик с инстру­ментами и перенести его в другой угол комнаты, я положусь на силу тяжести, инерцию и быстроту своих движений: вытяну ящик с полки и использую его тяжесть для создания инерцион­ного момента, с помощью которого развернусь на пятках в же­лаемом направлении и перенесу туда ящик, выполнив таким образом серию движений, плавно переходящих одно в другое. Это один из примеров многих ситуаций, в которых вы, возмож­но, попытались бы осуществить поворот за счет позвоночника, чего не любит ни одна больная спина. Если вам часто прихо­дится поворачиваться, держа в руках тяжести, избегайте враще­ния позвоночника и активнее пользуйтесь ногами. Лучший спо­соб поднять данный груз в данных обстоятельствах — это спо­соб безопасный, эффективный и удобный. Суть в том, чтобы все распланировать заранее. Разрабатывайте операцию в уме, прежде чем включать в работу мышцы.

Из всех ситуаций, связанных с поднятием тяжестей, наиболее опасна та, к которой вы не готовы. Например, вы с напар­ником поднимаете по лестнице тяжелый шкаф или комод; на­парник неожиданно спотыкается, и вся тяжесть приходится на вас. В этой ситуации у вас нет времени собраться и защитить позвоночник. Перед тем, как приступать к подобным операци­ям, обсудите ее детали и договоритесь о том, как обеспечить безопасность в случае какой-то неожиданности. Затем убедитесь, что применяете технику, которая дает максимальные пре­имущества с точки зрения механики. Принимайте эти меры предосторожности даже в тех случаях, когда задача не кажется особенно серьезной.

Самая сложная ситуация с поднятием тяжестей, даже если вы подготовитесь к ней, это та, в которой тяжелый предмет нужно поднимать на вытянутых руках, а затем ставить на ка­кое-то возвышение или переносить через препятствие. Типичные примеры — выемка подвесного мотора из багажника авто­мобиля или необходимость взять на руки ребенка, который на­ходится в кроватке с высокими стенками или в манеже.

В таких случаях не следует начинать подъем, пока вы не при­близитесь к предмету и не сведете до минимума мешающий фак­тор барьера. К примеру, доставая из багажника подвесной мотор, поставьте ступню одной ноги на бампер или, еще лучше, прямо в багажник. Тем самым вы окажетесь в максимальной близости от груза до начала его подъема. В детской откиньте боковую стенку кровати или колыбели, если это позволяет ее конструк­ция, а затем присядьте так, чтобы можно было прижать ребенка к груди. Вы сможете уменьшить нагрузку, научив ребенка при­ближаться к вам и вставать навстречу вашим рукам.

Независимо от ваших стараний позаботиться о своей спине, непременно возникнут моменты, когда будет просто невозмож­но избежать использования и, возможно, перегрузки дисков и суставов. Как раз поэтому очень важны укрепляющие упражне­ния: они обеспечивают вас тем самым резервом на «банковском счету спины», с которого можно время от времени «снимать суммы», не испытывая при этом ненужной боли.

Половые отношения

Подобно освященной веками головной боли, боль в спине яв­ляется удобным оправданием для уклонения от сексуальных кон­тактов. Поскольку никто не может доказать, что у вас нет болей в спине, невозможно оспорить и основательность ваших отгово­рок. Как бы то ни было, сексуальные разочарования и распавши­еся браки часто являются следствием реально существующих неприятностей с позвоночником, из-за которых один из партне­ров боится совершать движения, способные вызвать приступ боли. Вашей спине не удастся лишить вас сексуальной жизни, если вы научитесь защищаться от боли, используя меры долго­срочного характера и технические приемы. К первым относится укрепление мышц нижней части спины и брюшного пресса с помощью упражнений. Можно ли найти лучший стимул для за­нятий физической подготовкой, чем устранение препятствий на пути к любви? Ко вторым относится подбор позиций, в которых возможность возникновения болей сводится к минимуму. В этом вопросе вам следует достичь договоренности с партнером.

Если у женщины боли в спине усиливаются при наклоне вперед, она, возможно, предпочтет находиться внизу, опираясь на ладони рук и колени, обеспечивая доступ, сзади и избегая активно двигаться самой. Позиция лежа на животе со слегка согнутыми коленями — еще один вариант, позволяющий прове­сти сношение без изгиба позвоночника вперед.

Для мужчины с болями типа 1 тоже может оказаться удоб­ной пассивная позиция. Он может лежать на спине, в то время как партнерша садится на него верхом. Вообще единственная позиция, которой нужно избегать, — это стоя, когда партнерша обхватывает партнера ногами. Это очень мужественно и атле­тично, но спине от этого не поздоровится.

Чтобы обеспечить максимальное удобство женщине с болями типа 2, мужчина может лечь на спину, согнув ноги в коленях, а женщина садится на него сверху и наклоняется вперед так, чтобы ее туловище расположилось горизонтально. Она может поставить свои локти над или рядом с его плечами, дав частич­ную опору весу своего тела. В данной позиции, пока ее тулови­ще направлено вперед, она избегает прогиба и в поясничной и в шейной области.

Возможно, ей будет удобнее сидеть на партнере лицом к его ногам. В этом случае она не склоняет торс вперед в горизон­тальное положение, но сохраняет наклон примерно в 45°.

Оба партнера могут уменьшить боли в спине, использовав вариант классической позиции «ложка». В ней оба партнера лежат прижавшись на одном и том же боку лицом в одну и ту же сторону, с согнутыми коленями, и женщина раздвигает коле­ни в достаточной степени, чтобы мужчина мог просунуть свои колени между ее бедрами и получить доступ.

Партнеры могут свести к минимуму боли в пояснице и в шее, приняв позицию на боку, лицом к лицу. К примеру, мужчина может лежать на правом боку, а женщина — на левом, лицом к нему. Он приподнимается, чтобы дать ей возможность запустить левую ногу под его тело, а правую ногу положить на него. Те­перь они сближаются до тех пор, пока она не обхватит его талию своими бедрами. Таким образом, он получает устойчивое поло­жение и сохраняет свободу движений, положив ладони рук на ее ягодицы, в то время как она обнимает его за шею. Некоторым парам бывает легче достичь этого положения из исходной позиции, в которой мужчина находится сверху. Женщина охватывает его бедрами, а затем пара поворачивается набок.

Если вы еще не опробовали описанные здесь позиции, вам, возможно, понадобятся некоторые эксперименты для того, что­бы приспособиться и достичь удовлетворения. Если оба партне­ра испытывают проблемы со спиной, им следует вести себя тер­пеливо, добиваясь взаимопонимания и поощряя друг в друге такое отношение. Предварительная любовная игра, оральный секс и откровенные разговоры могут повысить уровень сексу­ального контакта и дать удовлетворение без травм позвоночни­ка. Вы убедитесь в том, что дополнительные усилия, требующи­еся от обоих партнеров, вознаграждаются. Они способны рас­ширить диапазон вашей сексуальной жизни, укрепить брачные отношения и улучшить состояние вашей спины.

Беременность

Влияние беременности на недомогание спины — распростра­ненное явление. Ко мне часто обращаются за консультациями женщины, которые хотели бы забеременеть, но боятся отяготить этим свои хронические боли в спине. Естественно, их интересу­ет, насколько велик риск и можно ли его каким-то образом снизить. Хотя боли в спине при беременности нередки, состоя­ние это вовсе не обязательно усиливает такие боли. Я знаю женщин с долгой историей хронических болей в спине, прошед­ших весь период беременности без единого покалывания в по­яснице. В то же время многие женщины впервые испытали боли в спине, вынашивая своего первенца.

Я не думаю, что боли в спине должны стать основанием для отказа от беременности, хотя слышал от многих женщин, что их врачи прямо советовали и не мечтать о семейной жизни из-за состояния спины. Мой совет таков: если вы хотите забеременеть, не отказывайтесь от этого намерения. Я советую вам заранее, за несколько месяцев до планируемого зачатия, начать укрепляю­щие упражнения, чтобы добиться контроля над собственной спи­ной и свести к минимуму вероятность появления болей.

Если боли в спине возникают во время беременности, обыч­но это происходит на четвертом — шестом месяце или ближе к концу срока. Боли в спине, связанные с беременностью, как правило, бывают результатом изменения механических свойств тела. Смещение центра тяжести приводит к характерному изме­нению походки и к дополнительному прогибу в поясничной области. Гормоны, способствующие нормальному деторождению, расслабляют связки в основании позвоночника и на задней поверхности таза. Рост плода приводит к вытягиванию мышц живота; увеличение молочных желез приводит к дополнительной нагрузке на верхнюю часть позвоночника. Все это заставляет вновь подчеркнуть важность выработки хорошей осанки, укрепления мышц, знания приемов щадящего обращения со спиной.

Если вы посещали специальные курсы для беременных, воз­можно, вы заметили сходство между упражнениями, рекомен­дуемыми их программой, и упражнениями, входящими в про­грамму, описываемую в данной книге. Причина состоит в том, что хорошая подготовка к родам и хороший уход за спиной одинаково требуют защитить позвоночник и развить крепкие мышцы живота. Очевидно, программу по уходу за спиной во время беременности придется несколько изменить, но принципы остаются теми же.

Изменить придется и еще кое-что. Обувь на высоких каблу­ках, которая вовсе не обязательно вызывает боли в спине в иных случаях, может стать источником серьезных неприятнос­тей во время беременности. Вам понадобится более продолжи­тельный отдых, а от ряда позиций, снимающих боли, придется отказаться. Однако понимание исходных причин боли и заранее запланированные альтернативные меры позволят вам прекрасно перенести беременность.

Одна из проблем, на которую многие женщины не обращают внимания, — это частое появление болей в спине у молодых матерей. Нередко женщины, которым удается обойтись во вре­мя беременности без болей, испытывают их в течение первых недель после рождения ребенка. В это время молодая мать стал­кивается со многими непривычными для нее задачами. Особен­но опасны многократные наклоны, связанные с необходимос­тью достать ребенка из колыбели, искупать его, переодеть, а затем заняться большой стиркой.

Все это приходится делать в тот самый период, когда мышцы живота находятся в ослабленном состоянии после беременности, а времени для восстановления мышечного тонуса не хватает.

Если вы оказались в подобной ситуации, я рекомендую вам обратить особое внимание на способ выполнения повседнев­ных дел и на принятие разумных мер по защите своей спины. Как только врач разрешит, начинайте новую программу уп­ражнений.

Специальные приспособления, позволяющие носить ребенка на груди или на спине, помогают избежать ненужных нагрузок на поясничный отдел спины. Ценность таких приспособлений состоит в том, что при их использовании вес ребенка при­лагается к точке, минимально удаленной от вашего тела, и не возникает ненужных напряжений, как при ношении ребенка на руках.

Йога

Техника релаксации, практикуемая в йоге, может принести пользу людям с болями в спине в любое время, даже в момент приступа, поскольку йога помогает предотвратить и побороть мышечный спазм.

Можно рекомендовать также некоторые упражнения йоги. Как вы, вероятно, уже заметили, ряд упражнений, описанных в главе 11, похожи на асаны йоги, и если вы предпочитаете последние, то нет причин отказываться от них. Хотя они не столь специфичны, как описанные мной упражнения для контроля над болями, но если они помогают вам снять боль — удачи вам. Выявите в своей программе йоги упражнения на сгибание вперед и на прогиб назад и, как в любой программе упражнений, выберите те, которые нужны именно вам. Наш основной принцип справедлив и здесь: избегайте упражнений, которые вызывают или усиливают типичные для вас боли, и делайте те, которые улучшают ваше самочувствие.

Спорт

Люди, страдающие болями в спине, иногда отказываются от занятий спортом, и многие из них делают это по совету своих врачей. Поступая таким образом, они понапрасну лишают себя здорового отдыха и удовольствия от дружеских соревнований.

Конечно, некоторые виды спорта слишком активны для обычного человека, страдающего болями в спине. Если у вас часто отмечаются приступы, вряд ли вам захочется заниматься боксом, дельтапланеризмом, прыгать с парашютом либо заниматься такими видами легкой атлетики, как метание диска, копья, толкание ядра. Не то чтобы они могли повредить ваш позвоночник — этого не произойдет; просто дело в том, что боли, которые вам придется переносить, занимаясь этими видами спорта, окажутся слишком высокой ценой за получаемое удовольствие.

Тем не менее перед вами остаются открытыми десятки дру­гих возможностей, и если вы здоровы в иных отношениях и любите спорт, я не вижу причин, почему боли в спине долж­ны оставлять вас за боковой линией. Любой вид спорта в ка­кой-то степени опасен для занимающегося им, независимо от того, есть боли в спине или их нет. Можно сломать палец, играя в пинг-понг, и даже сорвать ноготь, вскрывая устрицу. Главное — понимать степень риска, которую представляют занятия данным видом спорта, и вести себя соответствующим образом.

Я хочу обратить особое внимание на то, что речь идет о напряжениях, испытываемых при занятиях спортом в некрити­ческих ситуациях. Речь не идет о том, стоит ли в уик-энд заняться горными лыжами, рискуя на полном ходу врезаться в пень или быть погребенным под снежной лавиной. Мы здесь рассматриваем лишь влияние на вашу спину обычных действий, выполняемых при занятиях спортом. Позвоночник может испытывать при занятиях три вида напряжений: весовую нагрузку, вращение и нагрузки от особых поз. При весовой нагрузке непривычная тяжесть сжимает диски и заставляет по­звоночные суставы испытывать болезненное трение. Вращение оказывает нагрузку на диски, которые не особенно любят ра­ботать на скручивание, поскольку при этом могут травмиро­ваться волокна их оболочки. Ряд поз вызывает боль оттого, что позвоночник принимает крайние положения, превышающие его способность изгибаться. В таком положении любой удар может вызвать сильную боль в спине.

Далее я оцениваю различные развлекательные виды спорта с точки зрения этих трех факторов. Некоторые виды спорта указаны более чем в одной категории. Перед тем как мы нач­нем, я хочу вновь подчеркнуть, что список этот должен помочь вам сделать разумный выбор. Его нельзя рассматривать как рекомендацию отказаться от того или иного вида спорта.

Весовая нагрузка

Поднятие тяжестей оказывает сильное давление на травми­рованные диски. Если вы не являетесь опытным профессио­нальным и полупрофессиональным спортсменом, разумно будет отказаться от тяжелой атлетики. Более приемлемы относящиеся к этой же группе крекинг, боулинг, подводное плавание с аквалангом, бег трусцой, верховая езда, мотоциклетный спорт, охота и рыболовство.

Может показаться странным включение в эту группу бега трусцой, но непрерывные удары, испытываемые дисками-амортизаторами, заставляют причислить его именно к этой группе. В полную программу человека, занимающегося бегом трусцой, обязательно должны входить и упражнения по укреп­лению мышц туловища.

Опасность для охотников и рыболовов состоит в том, что им приходится иметь дело с тяжелым оборудованием, таким, как лодка и подвесной мотор, а иногда и с тяжелой добычей.

Вращение

Видимо, наиболее характерными для этой группы явля­ются виды тенниса: сквош, рэкет-болл и собственно теннис. Гольф, хотя и является гораздо менее динамичным видом спорта, чем перечисленные, неизбежно включает в себя вра­щательные движения большой амплитуды. Любители голь­фа, у которых болит спина, должны стремиться к коротким игровым сеансам или к модификации своих привычных ударов. Реже встречается элемент вращения в европейском футболе.

При ходьбе на лыжах вращение не является серьезным фактором, если вы используете правильную технику катания. Хорошие лыжники разворачиваются ногами, а не позвоноч­ником, и у них редко возникают проблемы со спиной из-за вращательного движения. Бейсбол можно причислить к этой группе из-за движений, связанных с ударом битой по мячу, но, как правило, за игру вам приходится нанести всего три-четыре таких удара, так что риск появления болей в спине гораздо меньше, чем, скажем, при занятиях гольфом.

Нагрузка от особых поз

В хоккее приходится сгибать спину для того, чтобы вести клюшку по льду. В трех видах спорта, где мяч перебрасывается через сетку, — в теннисе, бадминтоне и волейболе — приходится перегибаться, как минимум, при подаче. Баскетбол, бейсбол, гребля (академическая и на каноэ), ныряние с дыхательным аппаратом, стрельба из лука и некоторые стили плавания, в особенности брасс — все эти виды спорта заставляют прини­мать положения, в которых может возникнуть боль в спине.

При езде на велосипеде приходится сильно наклоняться впе­ред, однако возникающее напряжение отводится тем, что значи­тельная часть веса тела переносится на ручки руля.

Ваша стратегия при выборе подходящего вида спорта долж­на опираться на понимание того, каким образом конкретное движение может вызывать боль. Там, где это возможно, следует изменять технику выполнения движений и модифицировать ее, сводя дискомфорт к минимуму. Если вы играете в гольф, не таскайте на плече сумку с клюшками, а пользуйтесь тележкой. Находясь на теннисном корте, выберите тот тип подачи, при котором ваша спина минимально прогибается назад. Занимаясь бегом трусцой, подбирайте подходящую обувь. Бегайте по воз­можности по упругой поверхности и обязательно укрепляйте мышцы корпуса. В некоторых видах спорта временное облегче­ние может принести бандаж.

Самое главное, помните: если исключить возможность трав­мы или несчастного случая (которые, в конце концов, могут приключиться с кем угодно и где угодно), даже самые активные виды спорта не нанесут вреда вашей спине. Может статься, она просто поболит у вас несколько дней. Мы уже не раз повторя­ли, что боль не равнозначна вреду и стоит пойти на сделку с болью ради возможности испытать удовольствие и ощущать себя нормальным человеком, а не наполовину калекой.

Какой бы вид спорта вы ни избрали, помните, что общая физическая форма, которую дают занятия им, не заменит необходимых вам ежедневных десятиминутных сеансов упражнений.

Ваша личная программа консервативного лечения спины бу­дет успешной, если вы сумеете сочетать все четыре ее суще­ственных элемента: оптимистический настрой, правильное вы­полнение повседневных действий, упражнения, позволяющие контролировать боль, и (что, может быть, важнее всего) выра­ботку позиции человека, который взял на себя ответственность за собственную проблему.

Важность этого последнего пункта еще раз продемонстриро­вал мне Марк, пожарный 41 года, явившийся ко мне на прием с жалобами на боли в спине, которые практически лишали его подвижности. Я определил, что у него сочетание болей типа 1 и 2, то есть при наклоне и вперед, и назад с интенсивными мы­шечными спазмами, не позволяющими сохранять прямую осан­ку. До меня Марк уже обращался к другим врачам. Он не рабо­тал почти год. Ему сказали, что он никогда больше не сможет работать, и встал вопрос о проведении хирургической операции.

Марк хотел вернуться к своей работе пожарного, но для это­го ему была нужна помощь. Я разъяснил ему механизм появле­ния его болей и обрисовал возможность решения этой пробле­мы. Ввиду длительности и тяжести симптомов, прежде чем при­нимать решение об операции, я рекомендовал ему программу активной реабилитации под наблюдением специалиста. Через три месяца Марк вновь пришел на прием, очень разочарованный. Ему отказали в оплате программы реабилитации, и поэтому он не прошел рекомендованный курс терапии. Ему не позволили вернуться к прежним обязанностям и усадили вместо этого на целый день за письменный стол. Сидячая работа только способствовала увеличению боли типа 1. Марк был полон ре­шимости вернуться на прежнюю работу и, посоветовавшись со мной, убедился в том, что это возможно.

Основываясь на информации, почерпнутой из моих книг, он создал собственную систему упражнений, позволяющую конт­ролировать боли. Он записался на курсы, на которых усовер­шенствовал свои знания в области борьбы с пожарами. В тре­тий раз Марк появился в моем кабинете в форме пожарного и сообщил, что спина у него еще побаливает, но ему от меня нужна всего лишь справка о том, что отсутствуют медицинские противопоказания для возвращения на работу. Я без колебаний выдал ему такую справку. У этого человека были все основания проиграть, но он выиграл, потому что взял на себя ответствен­ность за собственное выздоровление. Мораль в истории с Мар­ком проста: позаботьтесь о своей спине сами. Никто и ничто не смогут сделать этого лучше, чем вы.

Глава • 14

Вы не одиноки

Читая эту книгу, вы, вероятно, не раз узнавали на ее страни­цах себя и свои симптомы. Если так, то вы уже осознали, что ваши проблемы — проблемы жертвы болей в спине — отнюдь не уникальны. Миллионы людей страдают от той же боли и разделяют ваши заботы и страхи по поводу будущих присту­пов. Надеюсь, вы окажетесь одним из множества тех, кто сумел получить пользу от моих несложных советов.

Возможно, вы удивитесь тому, что не получали ту же самую информацию от своего врача. Исходя из собственного опыта, я знаю, насколько трудно врачу дать даже самую минимальную информацию всем тем пациентам, которые хотят и должны по­лучить ее. Я очень хорошо помню один типичный пример та­ких трудностей. Произошло это за несколько минут до конца очень напряженного трудового дня. Мой стол был буквально завален текущими бумагами: бланки рапортов о травмах, исто­рии болезней, письма, требующие ответа, — в общем, занятие на весь оставшийся вечер. К тому же я опаздывал на встречу с профессором кафедры хирургии, где я преподаю.

Однако в данный момент я чувствовал себя обязанным за­быть на время о профессоре и бумагах и сосредоточить все свое внимание на пациентке, женщине средних лет, страдавшей от типичных болей в спине, порожденных диском.

К несчастью, она собиралась рассказать мне гораздо больше, чем я мог выслушать. Это был ее первый визит ко мне, и она полагала, что я должен познакомиться с историей болезни во всех подробностях. И она говорила, говорила, говорила...

Я вертелся на стуле. Я поглядывал на часы. Я поджимал губы, как бы собираясь изречь нечто ужасно важное. Возмож­но, это оборвет поток ее слов и она начнет слушать? Неужели эта медицинская сага никогда не закончится?

Наконец это произошло. Завершив свое повествование, дама откинулась на спинку стула и изрекла последнее, незабываемое откровение. Вы не знаете, — сказала она, — насколько ценной оказалась возможность посидеть с вами и выговориться. Хи­рург, к которому я ходила, всегда был очень занят. Я так рада, что у вас нашлось время посидеть и послушать меня».

Я сумел выжать из себя жалкую улыбку, однако когда она выходила, я понял (наверное, гораздо лучше, чем она), что не сумел дать ей существенную информацию, в которой она нуж­далась для контроля над своими болями. Я выслушивал ее, но не давал советов. Она вернется, и мне придется выкроить время для практического инструктажа, чтобы оправдаться перед са­мим собой.

Нужда этой женщины в сострадательном слушателе и все более уплотняющийся рабочий день подтолкнули меня к орга­низации групп, которые в конце концов превратились в Канад­ский институт спины.

Будучи хирургом-ортопедом, ежедневно наблюдающим парад больных спин, я обнаружил, что меня все больше утомляют мои собственные слова, которые я бесчисленное количество раз повторял пациентам: «Снимайте приступ острой боли, принимая соответствующие позы и совершая рекомендованные действия. Делайте упражнения, предотвращающие очередной приступ боли. Вырабатывайте новые привычки в своих повседневных действиях. Будьте терпеливы и настойчивы. Не ожидайте исцеления, но ожидайте облегчения. Спине нужно время, чтобы поправиться...» Советы важные, полезные и легко выполнимые. Но вы представляете, каково давать их день за днем, год за годом? Конечно же, существовало более удачное решение. Я начал организовывать своих пациентов в группы, обычно примерно по 12 человек. И члены этих групп, в отличие от моей словоохотливой пациентки, имели обширную, понимающую, доступную аудиторию: друг друга.

Идея таких групп была подсказана временем. Программа моя быстро расширялась, вначале в рамках города Торонто, а затем и всей Канады, став Канадскими образовательными курсами. Медицинские центры Северной Америки и даже Австралии признали важность обучения пациентов, страдающих от болей в спине, тому, как следует справляться со своими проблемами, и программа начала расширяться.

Типичными для этих занятий были самые первые наши классы. Вас приглашали посетить серию полуторачасовых лек­ций, раз в неделю, в течение четырех недель. Первое занятие вел хирург-ортопед или другой специалист по опорно-двига­тельному аппарату, рассказывающий об анатомии, физиологии и патологии в аспекте распространенных болей в спине. На втором занятии физиотерапевт рассказывал об основах физио­терапии и об эффективности различных методов ухода за спи­ной, в том числе и об упражнениях. В третий вечер занятия вел психолог, который говорил о роли эмоций в возникновении и течении хронических болей, а также о стереотипах поведения на фоне проблем спины. Последнее занятие проводилось не в аудитории. Вы отправлялись в гимнастический зал, располага­лись там на полу, а потом психолог учил вас расслабляться, а физиотерапевт корректировал вашу осанку и показывал, как правильно выполнять упражнения.

Целью этой программы было дать вам новое понимание ва­ших проблем и их механизмов. Пройдя ее, вы получали основы тех знаний, которые изложены в данной книге.

Однако не всегда успех нам сопутствовал. Как-то раз в пят­ницу в шесть часов вечера ко мне в кабинет позвонила по телефону женщина и сообщила, что она только что «провалила» курс.

«И что вы теперь собираетесь делать со мной?» — требова­тельно спросила она. По возможности спокойно я повторил ей основные пункты программы, которую она должна была изу­чать на наших лекциях. А потом опять переложил ответствен­ность на нее. Что она сама собирается делать дальше?

«Я полагаю, что исцелить меня способна только гидротера­пия», — сказала она, явно игнорируя наш основной принцип, гласящий, что боль в спине не исцеляется.

Ясно, что эта женщина не желала слышать ни о каких ша­гах, которые она должна была предпринять сама, чтобы взять под контроль свою собственную боль в спине. Она не желала слышать о том, что гидротерапия лишь на время снижает остро­ту симптома. Поскольку ничто остальное ее не интересовало, я предписал ей гидротерапию.

Мое разочарование таким непониманием между пациентом и врачом привело к созданию Канадского института спины — наследника Канадских образовательных курсов. В сотрудниче­стве с преданными своему делу физиотерапевтами, как и я, убежденными в том, что активное участие пациентов необходи­мо для успеха, нам удалось открыть первую клинику института. Уже сформировавшаяся просветительная программа была до­полнена оборудованием для тренировок и оценки функциональ­ного состояния организма. Так появилась альтернатива гидро­терапии и другим пассивным формам кратковременного облег­чения боли. У пациентов появилась возможность включиться в процесс лечения, возможность проводить под наблюдением специалистов упражнения и процедуры, помогающие контроли­ровать боль.

Невозможно добиться полного успеха со всеми пациентами. Однако на каждого пациента, желающего получить легкие отве­ты на сложные вопросы и свалить задачу на кого-нибудь друго­го, приходятся десятки пациентов, извлекающих огромную пользу из самой возможности искренне и в полном объеме об­судить вопросы, касающиеся болей в спине и методов ее конт­роля.

Всякий непредубежденный человек может получить огромное чувство удовлетворения, обучаясь контролировать боль в спине и сознавая, что нет нужды бояться следующего приступа. Удов­летворение может стать еще более полным, если он обучается в составе небольшой группы таких же, как он, дружелюбно на­строенных пациентов.

Говорят, что страдание любит компанию, однако я имею в виду отношения гораздо более теплые и человечные, чем пред­полагает эта поговорка. Если вы страдаете от болей в спине, то вас согревает сознание, что тысячи людей, живущих по сосед­ству, прекрасно понимают, что вы при этом чувствуете, и что тысячи других людей уже усвоили те знания, которые вы здесь получаете, применили их на практике и теперь ведут нормаль­ный образ жизни. Моральная поддержка, которую почти с са­мого начала оказывают друг другу члены таких групп, напоминают ту, которую можно наблюдать на собраниях общества анонимных алкоголиков.

Эта поддержка имеет и свои практические аспекты. Одна из моих пациенток, миниатюрная женщина (я назову ее Виолетта), жаловалась на то, что страдает от болей в спине всякий раз, когда садится за руль своего автомобиля. Ее автомобиль был старой моделью «веги» с педалями тормоза и газа, расположен­ными очень далеко. Садясь за руль, малютка Виолетта была вынуждена изо всех сил тянуться ногами вперед. В этом поло­жении спина неизбежно прогибается назад и возникает боль. Я посоветовал ей обратиться к механику, чтобы он модифициро­вал педали, удлинив, скажем, их рычаги, что позволило бы ей не тянуть ноги, а держать их ближе к сидению. Она последова­ла моему совету, и с тех пор вождение автомобиля уже не со­провождалось у нее болезненными ощущениями.

Вскоре после этого на занятиях она услышала, как другая женщина в группе жалуется на боли в спине, начинающиеся в основном, когда она сидит за рулем своей «веги». «Это из-за педали газа!» — воскликнула Виолетта, вскочила со стула и бросилась к подруге по несчастью, чтобы поделиться своим опытом: где можно переделать педали, сколько это будет стоить и даже как зовут механика. Подобные эпизоды заставляют меня поверить в то, что занимающиеся получают почти такое же удовлетворение от помощи друг другу, как и от помощи себе.

Когда в группе преобладают такие настроения, процесс обу­чения начинает идти как бы сам по себе. Легче воспринимать и усваивать новую информацию и идеи, когда окружающие занимаются тем же самым. Слушатели Канадского института спины быстро осознают, что на занятиях они не просто разучивают серию шаблонных упражнений, но учатся понимать функционирование собственной спины, пользоваться ею и укреплять ее в соответствии с рядом простых, основанных на здравом смысле принципов.

Они быстро избавляются от ожидания каких-то магических тайн и мгновенных исцелений. Они с удовольствием отбрасы­вают ложные представления о «сместившихся» дисках и спи­нах, «вышедших из строя». Они учатся обращаться с больной спиной как с порезанным пальцем, которому нужно дать за­щиту и отдых, пока затягивается рана, а затем — побольше движений, несмотря на боль и потерявший подвижность сустав. Они заново оценивают то, каким образом их прежние врачи пытались им помочь. Как правило, они становятся более благодарными, склонными к сотрудничеству пациентами, чем были раньше.

Надеюсь, что моя книга окажет на вас то же воздействие, какое оказывают занятия в нашем институте на наших пациен­тов. Надеюсь, вы проникнитесь пониманием того, что именно вы должны взять на себя ответственность за собственную спину и ее проблемы и что, делая это, вы последуете примеру тысяч других людей с точно такими же проблемами.

Поскольку у многих из вас никогда не будет возможности лично явиться в Канадский институт спины, я составил список вопросов, которые чаще всего задают на занятиях, и привел ответы, которые вы, скорее всего, услышали бы.

Вопрос. Мой врач прописал мне таблетки, и я их принимаю. Но вы о них почти не упоминаете. Неужели вы не верите в

лекарства?

Ответ. Конечно, я верю в лекарства — для людей, у которых есть заболевания. Однако у вас нет заболевания в узком смысле этого слова. У вас болит спина, а болит она оттого, что стареет и изнашивается. Вполне оправданно вводить инсулин диабети­кам и дигиталис сердечникам. Такие лекарства помогают при этих заболеваниях. Однако прием аспирина или чего-нибудь по­сильнее не излечит вспучившегося диска или изношенного суста­ва. Болеутоляющие средства, противовоспалительные препараты и даже миорелаксанты можно применять для кратковременного снятия болей, если сочетать их с соответствующими мерами фи­зического характера. Но они не являются первой линией оборо­ны. Они не способны решить данную проблему. Их следует ис­пользовать в случае необходимости, получив соответствующий инструктаж, воспользовавшись отвлекающими средствами и уп­ражнениями. Таблеткам нет места в долгосрочной программе по борьбе с распространенными болями в спине.

Вопрос. Я знаю, что у меня есть лишний вес. Станет ли моей спине легче, если я его сброшу?

Ответ. Вероятно, нет, если вы просто сбросите вес, не пред­приняв одновременно никаких позитивных шагов. Лишний вес не может быть главной причиной болей в спине, хотя действи­тельно создает две дополнительные проблемы: он мешает вам делать упражнения, которые помогли бы держать спину, в фор­ме, и усугубляет боли, вызванные механическими нагрузками. Степень ухудшения не зависит только от количества лишнего веса, разве что вы перевалили за 135 кг. Боль более тесно свя­зана с типом телосложения, тонусом мышц и с тем, каким об­разом вы приложили дополнительную нагрузку. У мужчин от­четливо выражена тенденция набирать вес в области живота. Женщины чаще набирают вес пониже и с противоположной стороны, где этот вес меньше влияет на позвоночник.

Подверженность тучных мужчин болям в спине стала одним из любопытных открытий исследования, проведенного более чем на 3000 пациентов нашего института — весьма солидное количество для исследований подобного рода. Вкратце скажу о некоторых других результатах исследования:

• тучные мужчины, страдающие от болей в спине, с возра­стом склонны продолжать набирать вес, в то время как женщи­ны в аналогичном положении склонны худеть;

• у людей высокого роста проблемы со спиной встречаются чаще, чем у низкорослых;

• есть два периода в жизни, когда мы наиболее подверже­ны распространенным типам болей в спине: 35-45 лет и 55-59 лет;

• наиболее ранимая группа — это женщины, чей возраст приближается к 60 годам.

Вопрос. Несколько недель назад я потянул спину, доставая сумку с продуктами из багажника автомобиля. С тех пор меня беспокоит спина. Что вы можете сказать насчет несчастных случаев, вызывающих боли такого рода?

Ответ. Тяжелые травмы являются очевидной причиной бо­лей в спине. Люди, которые получили переломы позвоночника, неизбежно страдают от болей, по крайней мере какое-то время. Но это не тот вид несчастных случаев, который обычно бывает спусковым крючком болей, вызванных естественным износом. Всего 30—40% людей, у которых развиваются симптомы, связанные с диском или с суставом, могут соотнести возникновение болей с каким-то конкретным событием или происшествием. Если не возникает необходимости указать конкретную причину (например, в делах о выплате материаль­ной компенсации), более 60% людей, страдающих от болей в спине, не могут идентифицировать причину возникновения приступа.

Мелкие травмы и даже подъем тяжелых грузов не имеют ничего общего с возникновением или ускорением естественных процессов старения, хотя конкретное событие может впервые в болезненной форме сообщить о наличии такого процесса.

Иллюстрируя данное положение, я часто использую анало­гию с автомобилем, у которого изношена покрышка. Колесо попадает в выбоину, и шина лопается. Что вызвало ее разруше­ние? Если бы шина была новой, она преодолела бы эту выбои­ну без труда. Если бы изношенная шина не попала в эту выбо­ину, она, возможно, пробежала бы еще пять тысяч миль. Ясно, что разрушение было вызвано сочетанием двух факторов: степе­нью изношенности шины и критическим эпизодом.

Вопрос. Я полагаю, что у меня боли в спине вызваны растя­жением мышцы. Но доктор говорит, что у меня миофасциаль-ное растяжение. Ни о чем подобном вы не рассказывали.

Ответ. Растяжение мышц спины действительно случается, но редко. Спина содержит мощную группу мелких мышц, ус­троенных так, что они хорошо защищены от повреждений. Од­нако серьезная травма и в самом деле может повредить спин­ные мышцы точно также, как удар в бедро способен повредить его мощную мышцу. Но подобное случается нечасто, и это не такого рода инцидент, который до поры до времени остается незамеченным. «Хроническое растяжение спинных мышц» — это обычно один из способов описания мышечного спазма, сопровождающего боли по типу 1 или 2, а о них я уже кое-что рассказывал.

В общем и целом «растяжение мышцы» — это следствие, а не причина проблемы, и, занимаясь лишь мышечными болями, можно легко упустить из виду их главную причину, что, в свою очередь, в будущем может привести к возникновению новых проблем.

Кстати, «миофасциальный» значит «относящийся к мышцам и окружающим их волокнистым оболочкам». Миофасциальная дистракция в переводе с «докторского» означает растяжение мышцы.

Вопрос. Вы говорите, что упражнения принесут пользу боль­ной спине, а мой лечащий врач велит мне лежать в постели. Кому верить?

Ответ. Длительное пребывание в постели — более одного-двух дней — не приносит пользы в борьбе с распространенны­ми болями в спине. Еще более длительный покой может даже осложнить ваше восстановление, поскольку от этого ослабляют­ся мышцы, которые понадобятся вам, когда вы вновь начнете двигаться. Пребывание же в постели в неправильном положе­нии может оказаться не менее болезненным, чем пребывание на ногах. Постельный режим не приносит пользы при хронических болях в спине и не дает облегчения пациенту, чье поведение сосредоточено на боли. Во время острого приступа главное — фактор времени: ложитесь как можно быстрее, ложитесь пра­вильно, но не залеживайтесь.

Вопрос. Следует ли мне носить спинной бандаж, и если да, то в течение какого времени?

Ответ. Пользуйтесь спинным бандажом так же, как пользуетесь рабочими перчатками: надевайте для какой-то конкретной цели и снимайте, когда дело сделано. Вы носите рабочие перчатки, копаясь в саду, но не надеваете их, отправ­ляясь на завтрак.

Если бандаж дает вам поддержку в области живота и при­бавляет уверенности при выполнении каких-то работ, то, ко­нечно, носите его. Но ослабляйте его или вообще снимайте, когда ситуация не требует бандажа. Бандаж не дает вам гаран­тий против травмы спины, а правильное его использование включает в себя правильную технику подъема грузов и регу­лярную программу укрепления мышц спины и живота.

Вопрос. Если у меня защемление нерва, продолжает ли этот нерв функционировать?

Ответ. Да, как правило. Проблемы типа 3 или 4 обычно не мешают нерву работать. Потеря нормальных функций в виде полного ослабления какой-то группы мышц или отсутствия рефлексов отмечается редко. И не забывайте, что боли типа 3 или 4 относятся к числу наименее распространенных.

Вопрос. Мне больно делать упражнения. В чем дело? Следу­ет ли мне продолжать занятия?

Ответ. Если какое-то упражнение вызывает или усиливает характерную для вас боль в спине или ноге, не делайте его. Вреда оно вам не принесет, но зачем страдать без всякой необ­ходимости? Есть другие упражнения, которые помогут вам. Только не забудьте, что речь идет о вашей старой, знакомой боли, а не о той боли при растяжении, которая может возник­нуть от непривычных движений. Разумно избегать всяких дей­ствий, вызывающих боль, за исключением тех случаев, когда имеется какая-то достойная компенсация, вознаграждающая за перенесенные страдания. Оценивайте с этой точки зрения свои упражнения, занятия спортом и всякие иные действия.

Вопрос. Мой врач сказал, что мне нельзя носить туфли на высоких каблуках, потому что это вредит спине. А вы как счи­таете?

Ответ. Туфли никогда не «повредят» вашей спине в том смысле, что они не способны нанести ей какие-то физические повреждения, а вот спровоцировать боль они вполне способны. Туфли на слишком высоких каблуках меняют вашу нормальную осанку, вынуждая вас выгибать спину для сохранения равнове­сия. Если у вас боли типа 2, то в этом случае неприятные ощу­щения усилятся. В общем, дело опять сводится к следующему: всякий раз, когда вы надеваете туфли на высоких каблуках, вы снимаете очередную «сумму» с «банковского счета спины». Если вы готовы смириться с болью в спине в обмен на возможность походить на высоких каблуках, мой ответ: вперед!

Если у вас боли типа 1, высокие каблуки могут даже облег­чить ваше состояние. Я приобрел свою первую пару ковбойских сапожек у торговца, которому делал замыкание позвонков и который поклялся мне, что сапоги на высоких каблуках были единственным средством, делавшим боли терпимыми.

Кстати, на самом деле вы наказываете вовсе не спину. Ваше тело спроектировано таким образом, что эффект ношения высо­ких каблуков испытывают прежде всего лодыжки, а затем коле­ни и бедра, так что спине в любом случае достается мало. Иными словами, туфли на высоких каблуках подвергают гораздо большим нагрузкам кости и мышцы ног, чем элементы спины.

Вопрос. Вы уверены, что физиотерапия — стоящее дело? Я ее как-то раз попробовал, и мне ничуть не помогло.

Ответ. Это все равно что сказать, что вы не верите в меди­цину, поскольку один раз попробовали и она вам не помогла. Существует множество форм воздействия на организм, подпада­ющих под определение «физиотерапия»: горячие компрессы, ультразвук, электростимуляция, массаж, манипуляции, а также образовательная и тренировочная программы. Если врач пред­писывает вам физиотерапию, выясните, о каких именно проце­дурах идет речь и чего врач хочет этим достичь.

Вопрос. Как вы думаете, сколько будут длиться мои боли?

Ответ. Как вы думаете, какой длины будет взятый наугад кусок веревки? Ничего нельзя сказать наверняка. Каждый при­ступ является результатом ряда отдельных факторов, и его дли­тельность зависит от степени изношенности позвоночника, ре­акции на лечебные меры и, помимо всего прочего, от вашего собственного отношения к происходящему. Отдельные приступы могут сливаться, создавая впечатление цельного длительного эпизода. Однако, как правило, эпизод с болями типа 1 длится от нескольких недель до нескольких месяцев. Боли типа 2 могут исчезнуть за несколько дней.

Вопрос. Должен ли я позволять врачу делать рентген всякий раз, когда он сочтет это нужным? Или существует какая-нибудь предельная норма?

Ответ. В своей современной форме, с использованием слож­ной техники, рентген безопасен. Если ваш доктор знает, какое приблизительно количество сеансов рентгенографии вы прошли, вам следует доверять ему в том, что он не будет злоупотреблять данным видом обследования. Однако на рентгеновском снимке нельзя увидеть боль, а для ранней диагностики типичных механических болей рентген дает гораздо меньше, чем грамотно составленная история болезни и непосредственный осмотр пациента.

Вопрос. Какая разница между врачом, хиропрактиком и остеопатом?

Ответ. Врач-медик имеет степень в области медицинских наук, которую присваивает одно из общепризнанных учебных заведений. Как правило, он четыре года изучает медицину, а затем один-два года работает интерном — что-то вроде стаже­ра при крупной больнице.

Остеопаты тоже обучаются в течение четырех лет, и их про­грамма во многом сходна с той, что изучается в обычных меди­цинских учебных заведениях. Школы остеопатической медицины расположены преимущественно в Соединенных Штатах. Само название «остеопат» говорит, казалось бы, о том, что эти люди занимаются лишь заболеваниями костей. На самом деле они лечат широкий диапазон болезней — от диабета до гипертонии. Остеопаты, как и врачи-медики, могут продолжить свое последипломное образование, совершенствуясь, предположим, в области хирургии. Операцию на позвоночнике может выполнить и дипломированный врач-хирург, и хирург-остеопат.

Хиропрактики учатся по четырехлетней программе, сосредо­точивающейся в основном на анатомии спины и на манипуля­циях над ней. Их знания более ограниченны, чем у врачей или остеопатов, а лечение направлено исключительно на заболева­ния, которые можно устранить методом манипуляций.

Вопрос. Каждый раз, когда у меня случается острый приступ болей в спине, ее левая сторона отекает. Что со мной происходит?

Ответ. То, что вы чувствуете, не является отеком в строгом смысле этого слова, то есть отсутствует скопление подкожной жидкости. Ваши боли заставляют спину очень сильно зажаться, и масса сократившихся мышц выглядит отеком. Хотя в данном случае сокращение мышц является непроизвольным, во всех других отношениях оно не отличается от ситуации, когда вы напрягаете бицепс, демонстрируя свою мощную руку. Это наиболее вероятное объяснение происходящего с вами. Другая возможность заключается в том, что в процессе мышечного спазма — распространенной реакции на боль в спине — ваше тело слегка кренится на одну сторону. Такое положение тела заставляет вас слегка выдвигать и разворачивать наружу бедро, отчего создается впечатление, что эта сторона тела у вас отекла или «что-то там сместилось».

Вопрос. Мой лечащий врач сказал, что у меня фибромиал-гия. Что это такое?

Ответ. Термин «фибромиалгия» относится к болям, свя­занным с небольшими болезненными шишечками или бугорка­ми, прощупывающимися под кожей. Чаще всего они отмечаются в пояснице, в районе шеи Или на уровне лопаток. Эти бугорки являются неким вторичным состоянием, имеющим отношение к точкам, используемым при акупунктуре. Именно поэтому они довольно болезненны при нажатии. Фибромиал-гия никогда не диагностировалась в качестве какого-то от­дельного или первичного болезненного состояния. По моему мнению, это часть более крупной проблемы — стереотипа по­ведения, сосредоточенного на боли, которую вкратце определяют как хронический болевой синдром. Думаю, было бы ошибкой выделять этот один аспект состояния в качестве отдельного заболевания. Слишком легко и для пациента и для врача сосредоточиться на конкретном физическом проявлении, оставив без внимания проблему более крупного масштаба. Это значит не видеть леса за деревьями.

Сама природа узелков из фиброцитов загадочна. Многие хирурги делали операции с целью удаления этих образований, но, проникнув под кожу, ничего там не обнаруживали.

Врач может порекомендовать вам инъекции кортизона или местного анестетика прямо в эти бугорки. Таким образом можно эффективно решить текущие проблемы. Даже акупунктурные иглы, введенные в эти бугорки, дают хороший, хотя и временный, эффект снятия болей. К сожалению, подобные инъекции воздействуют только на следствие, а не на причину, поэтому боли впоследствии всегда возвращаются. Однако по­скольку вы страдаете от болей, для вас временное облегчение предпочтительнее, чем никакого облегчения. Для получения устойчивого эффекта необходимо заняться гораздо более слож­ным вопросом ваших хронических болей. Нужно понимать, что существуют реальные причины периодического возвращения ваших неприятностей.

Вопрос. Что нужно помнить в первую очередь, если страда­ешь от болей в спине?

Ответ. Нужно помнить следующее:

• Боль в спине не является болезнью, и поэтому ее нельзя вылечить, однако можно держать под контролем.

• Ваша боль реальна и существует отнюдь не в вашем вооб­ражении.

• Эмоциональные расстройства ухудшают ваше состояние.

• Бывают дни хорошие, и бывают дни плохие.

• Острота приступа смягчится, если вы будете использовать отдых, корректировку осанки и соответствующие упражнения.

• Упражнения для спины полезны в том случае, если при их проведении не воспроизводится характерная для вас боль.

• Боль и вред — понятия далеко не всегда равнозначные.

• Для улучшения своего состояния вам придется потратить время, запастись терпением и проникнуться чувством ответ­ственности.

Гамильтон Холл ВАШ ПОЗВОНОЧНИК

Редактор Е. Гуляева Художественный редактор И. Марев Технический редактор Т. Фатюхина Корректор И. Блинова

ЛР № 071673 от 01.06.98 г. Подписано в печать 22.09.98 г. Гарнитура Тайме. Формат 60х90'/|б. Печать офсетная. Усл. печ. л. 16,0. Уч.-изд. л. 14,76. Зак 1938.

ТЕРРА—Книжный клуб. 113093, Москва, ул. Щипок, 2, а/я 27.

Отпечатано в ОАО «Ярославский полиграфкомбинат». 150049, Ярославль, ул. Свободы, 97.

ISBN 5-300-02123-7

9785300021238