А.П.Лукьянов

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ИДИОПАТИЧЕСКИЙ СКОЛИОЗ

2021

Андрей Петрович Лукьянов

Новый взгляд на идиопатический сколиоз

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=64461931
ISBN 9785005341129

Аннотация

Две с половиной тысячи лет врачи пытались понять причину сколиоза. Публикация этой книги представляет собой научную сенсацию: тайна сколиоза раскрыта! Теперь эту болезнь можно будет лечить без операций.

Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ 5
НАУЧНЫЙ ТУПИК 8
Позвоночник – проклятие современной медицины 12
Локомотив прогресса 40
Глава 2 53
КРАТКАЯ МИОЛОГИЯ И МИОПАТОЛОГИЯ 53
Конец ознакомительного фрагмента. 78

Новый взгляд на идиопатический сколиоз

Андрей Петрович Лукьянов

Требуется консультация специалиста.

© Андрей Петрович Лукьянов, 2023

ISBN 978-5-0053-4112-9
Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

ПРЕДИСЛОВИЕ

Когда я вижу плоды трудов сотни поколений врачей, изучавших сколиоз, и эти плоды горькие, мой разум отказывается воспринимать такое.

«Идиопатический сколиоз… впервые был описан Гиппократом… Хотя клинические проявления сколиоза известны давно, но до сих пор никто не смог определить причину этого состояния» (М.В.Михайловский, А.М.Зайдман, 2004);

«…ортопеды не пришли к единому мнению о причинах возникновения и развития деформации позвоночника» (А.И.Казьмин, И.И.Кон, В.Е.Беленький, 1981);

«…у нас нет почти никакого представления об этиологии этого заболевания» (J. James, 1967);

«До сих пор причины идиопатического сколиоза остаются неясными, а лечение является сложнейшей проблемой медицины» (М.В.Михайловский, Н.Г.Фомичёв, 2002).

Я сдерживаю свои эмоции, но оставаться политкорректным в подобных обстоятельствах невозможно. Здание идиопатического сколиоза веками строилось и продолжает строиться из негодных материалов. И кто-то должен об этом честно сказать и назвать вещи своими именами. Научные наработки и практические достижения ортопедов в области сколиоза на поверку оказались бесполезной трухой. Я постарался быть в своих суждениях максимально аккурат-

ным и предельно конкретным. Безусловно, люди, вложившие много сил в изучение этой болезни, заслуживают хотя бы соболезнований за свои бессмысленно потраченные жизни. Но их заблуждения чудовищны. Они упорно шли неверным путём, заводя науку в стоячее болото безнадёжности, тем самым лишая тысячи и тысячи пациентов возможности исцеления от недуга. Человечество дорого заплатило за бесконечные врачебные ошибки и научное мракобесие. Пришло время выбираться из многовекового тупика на правильную дорогу. Но сначала будет разбор полётов.

Доктор Андрей Петрович Лукьянов

Глава 1

НАУЧНЫЙ ТУПИК

«Вы никогда не сумеете решить возникшую проблему, если сохраните то же мышление и тот же подход, который привёл вас к этой проблеме»
Альберт Эйнштейн

Выход из тупика, реального или ментального, люди ищут по-разному. Естественно, что чем раньше человек осознает, что шёл неправильным путём, тем быстрее он начинает искать выход. Однако иногда понимание приходит с большим опозданием. Вот уже третье тысячелетие мировая медицина не может найти разгадку природы идиопатического сколиоза (ИС). В 2009 году М.Г.Дудин и Д.Ю.Пинчук, говоря о проблеме сколиозов, констатировали: «…несмотря на все многовековые попытки её решить, до сих пор поиски причин развития этой патологии остаются актуальными».

Люди запустили в космос автоматический аппарат к облаку Оорта, в серии экспериментов на адронном коллайдере подтвердили предсказанное теоретиками существование бозона Хиггса, доказали теорему Пуанкаре, научились клонировать животных, секвенировали человеческий геном… Почему же до сих пор не найдена причина возникновения идиопатического сколиоза – обычной, в общем-то, болезни? Почему так невероятно долго не решается эта стандартная

научная задача?! Уже нет никаких сомнений, что медицина в этом вопросе двигается в неверном направлении, изначально выбрав тупиковый вариант и неуклонно ему следуя.

Мне видятся как минимум две системные ошибки, которые помешали врачам разобраться в патогенезе сколиоза и увидеть причину, запускающую весь этот процесс. Между тем, изучая литературу, посвящённую данной проблеме, я замечал проблески здравых суждений и трезвых мыслей, которые подобно крупицам золота, поблёскивающим в залежах пустой породы, давали надежду, что учёные когда-нибудь смогут найти золотую жилу истины. Верные суждения отдельных специалистов могли стать катализаторами плодотворных идей, но они почему-то неизменно оказывались проигнорированными и не получали развития или признавались другими исследователями заведомо негодными. Более того, правильная этиология идиопатического сколиоза врачами неоднократно предположительно называлась. Но учёное сообщество этот вариант каждый раз отметало, чтобы продолжать тупо пережёвывать привычную унылую жвачку или улетать под облака за порцией новых утопических идей, ложащихся затем в основу очередных ходульных теорий. А между тем лечить сколиоз врачи так и не научились.

Почему ортопеды с таким патологическим упорством отстаивают бесплодные ложные постулаты, не желая даже задуматься о разумной альтернативе? Размышления на эту тему привели меня к пониманию того, что только освобожде-

ние сознания учёных от системных ошибок могло бы дать им шанс открыть заветную дверцу. Необъяснимое добровольное сужение исследовательского горизонта в ортопедии можно объяснить с позиций теории информационного каскада. Врачи, как панургово стадо, двигаются в русле ложных, но общепринятых в медицине тенденций и даже не пытаются выйти за рамки официальных догм, которые за десятилетия приобрели для них статус аксиомы, незыблемой истины, не подлежащей малейшему сомнению.

Изложенную в этой книге теорию гравитационного сколиоза по разным причинам я не публиковал почти 30 лет, наблюдая за развитием событий. Но, к сожалению, в ортопедии за эти годы принципиально ничего не изменилось. Периодически появляются публикации с новыми гипотезами, дающие коллегам повод для сдержанного оптимизма, который спустя какое-то время сменяется разочарованием. В разгадке секрета сколиоза врачам не смогли помочь ни компьютерная томография, ни магнитно-резонансные сканеры. «С приходом каждой из новых технологий возникает мысль: «Сейчас мы откроем тайну идиопатического сколиоза!» (М.Г.Дудин, Д.Ю.Пинчук, 2009).

Большие надежды возлагались на международную исследовательскую группу Хармса, специально созданную для изучения идиопатического сколиоза. Однако никаких прорывных идей за четверть века, прошедших со дня учреждения этой организации, так и не прозвучало. Очевидно, что

сначала всё же необходимо поменять мышление: слом догматических стереотипов и расчистка вековых завалов. Возводить новое здание невозможно, пока на месте храма науки на стройплощадке возвышается нечто вроде культового сооружения, построенного врачами из псевдонаучного шлака. Чтобы убрать из ортопедической науки бесполезное окаменевшее старьё, нам потребуется бульдозер, и он у меня есть.

Позвоночник – проклятие современной медицины

«У кривого Егорки
взгляд зоркий.
Одна беда —
глядит не туда»
Народная поговорка

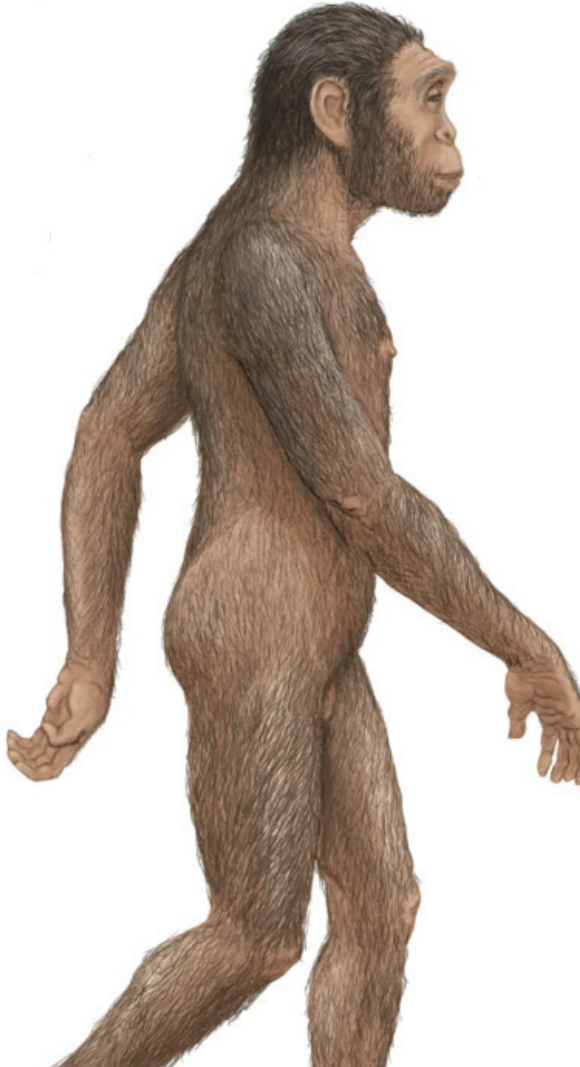
Учёные мужи, занимающиеся сколиозом, начиная от периода античности и до наших дней, почему-то непоколебимо убеждены в том, что стоит только кому-то из них подобрать правдоподобное объяснение причин деформации позвоночного столба, которая возникает при данном заболевании, и всё мгновенно прояснится. Пожалуй, наибольшая странность сильно затянувшегося периода всеобщего непонимания этой патологии опорно-двигательного аппарата заключается в том, что и врачи древнейших времён, и современные ортопеды рассматривают сколиотическое искривление позвоночника не в качестве отдельного симптома заболевания, а как суть самой болезни. «Считая, что **данное поражение позвоночного столба является первичным**, а вся патологическая симптоматика со стороны других систем организма – вторичной, Я.Л.Цивьян (1972) предложил новый термин – «сколиотическая болезнь» (М.Г.Дудин, Д.Ю.Пин-

чук, 2013).

Вот она, первая системная ошибка: идиопатический сколиоз – это вовсе не заболевание позвоночника! Искривление позвоночного столба – всего лишь симптом, именно симптом! Но если врачи за столько веков не смогли этого осознать, то надежд на самостоятельное прозрение ничтожно мало. Чтобы смести окостеневшие ментальные завалы в науке потребуется мощный интеллектуальный бульдозер, который расчистит дорогу к новому. Иначе ортопеды будут изучать позвоночник вечно, во все стороны расширяя и углубляя научный тупик. Необходимо окончательно и бесповоротно избавить медицину от абсолютно бесплодной вертебрологической идеи сколиоза. Похоже, что сопротивление ортопедов новому будет упорным. «Структурные изменения первичны и исходят от самого позвоночника» (Robert A. Dickson, 2018). Да ничего подобного, сэр, фронтальное искривление позвоночного столба с ротацией и другими костно-хрящевыми деформациями возникает как следствие патологии мышц. Не сам же он себя гнёт!

Хочу сказать ещё нескольких слов по поводу приведённого выше высказывания заслуженного профессора Диксона. За многие годы работы врачом и изучения медицинской литературы, посвящённой болезням органов движения, я постоянно сталкивался с фантастическими выдумками коллег по поводу позвоночника. Например, врачи-неврологи, утверждают, что позвоночный столб разрушается то ли са-

мопроизвольно, то ли от веса нашего собственного тела, что в итоге якобы приводит к остеохондрозу, грыжам и т. п. Другими словами, они считают, что человеческий позвоночник не приспособлен к естественному для человека способу передвижения. Ни больше, ни меньше!



Homo Habilis

Чтобы заявлять такое, надо совершенно не знать или не понимать теории эволюции видов. По материалам Википедии: “ Переход гоминид к прямохождению начался от четырёх до семи миллионов лет назад». В продолжение темы ещё одна короткая цитата оттуда же: «Один из самых заметных для наблюдения результатов эволюции – адаптация (морфологическая, физиологическая или поведенческая), которая является результатом естественного отбора. Адаптация увеличивает приспособленность организмов». И далее: «Несмотря на неоднозначное восприятие в обществе, эволюция как естественный процесс является твёрдо установленным научным фактом, имеет огромное количество доказательств и не вызывает сомнений в научном сообществе». Очевидно неврологи, выдумавшие остеохондроз и считающие такой диагноз правомочным, находятся за рамками научного сообщества и про адаптацию и естественный отбор даже не слышали.

Ортопедам тоже стало жалко бедный позвоночник: «Переход homo sapiens в ортоградное положение создал большие трудности для нагрузки и выносливости позвоночника…» (В.Д.Чаклин, Е.А.Абальмасова, 1973). Поразительное невежество! Четыре миллиона лет назад ещё не было Homo sapiens! Прямохождение возникло задолго до нас. И что такое выносливость позвоночника? Использование этого тер-

мина по отношению к скелету абсурдно, потому что в отличие от мышц у костей не бывает снижения работоспособности вследствие утомления. А в чём конкретно заключается непосильность нагрузки? Может быть, природа ошиблась, и людям достался мышиный позвоночник, если для него вес человеческого тела слишком велик? Сторонники грыжевой теории всерьёз полагают, что позвоночник сам из себя выдавливает грыжи. Это ещё одна нелепость в ряду прочих, ставшая официальной точкой зрения медицинской «науки» и одновременно народной страшилкой. Вот такие дикие идеи рождаются в головах врачей с туннельным мышлением, сфера научных и профессиональных интересов которых добровольно ограничена позвоночником.

В медицине, занимающейся изучением болезней органов движения, вообще всё вертится вокруг позвоночника. Учёные при этом даже не десятилетиями – веками топчутся на месте. Вместо патогенетического лечения врачи назначают своим пациентам убогую симптоматическую терапию, закамуфлированную под современные методы. Применение обезболивающих препаратов провозглашено золотым стандартом лечения боли в спине! Повсеместно создаются противоболевые центры, где гормонами, местными анестетиками, сильнодействующими препаратами заглушаются болевые ощущения у страдальцев. Радиочастотными импульсами пациентам выжигают нервы, вшивают в тела электрические глушилки боли. Вместо лечения больных мышц хи-

рурги кромсают человеческую плоть, вырезая безобидные хрящики и вкручивая в людей шурупы. Психиатры пациентам с телесными страданиями назначают антидепрессанты и прочую химию, воздействующую на мозг.

Идёт непримиримая борьба с болью вместо лечения болезни, которая её вызывает, и это стало позором современной медицины, к сожалению, самими врачами пока ещё не осознанным. Коллеги, боль в спине – не диагноз! Противоболевые центры – это признание вами собственного невежества, которое довело медицину до омерзительного убожества. Россия много пережила в XX веке, в том числе ленинградскую блокаду. И вот теперь в нашей стране случаются сотни индивидуальных блокад ежедневно. Коммерческие уколы, безосновательно пафосно названные «блокадой», врачи делают пациентам с сильными болями вместо этиопатогенетической терапии болезни, которая вызвала болевой синдром. Ситуация с лечением этой категории больных настолько неприглядная, что мне стыдно за коллег и за весь наш цех.

Вот такой комментарий мне написала женщина под одним из моих роликов на YouTube:

Галина Плебанська

Андрей Лукьянов нееет :))) мне поставили диагноз аномалия Арнольда Киари, это когда мозжечок опускается ниже линии затылочного отверстая в черепе, сказали операция, и только иначе с каждым днём будет только хуже, даже если постоянно колоть гормоны. Причём ставили в очередь на операцию через 2 недели, хорошо, что страх оказался сильнее, и не только: насторожила фраза врача, что можете к другим нейрохирургам показаться, но (!) не все в этом разбираются и вряд ли кто- то увидит и поставит правильный диагноз (!!!). На тот момент у меня было 3 МРТ головы, 2 МРТ шеи и 1 МРТ грудного отдела (и это все назначали врачи, к которым я обращалась))). Слава богу, поехала в Италию, записалась к нейрохирургу на приём, пришла со своим « портфолио», он проверил у меня какие- то рефлексы, посмотрел снимки и сказал: то что у вас МРТ конечно хорошо, но их ваши врачи не умеют читать, и сказал что мышца вдоль позвоночника с правой стороны спазмирована и отёкшая, спазм мышц вызывает плохой отток крови от головы, отсюда и проблемы... А насчёт Киари, так вместе со мной была женщина, которая обратилась с головными болями, ей поставили тот же диагноз, прооперировали.... через 8 месяцев ее не стало. После операции с затылка долго сочилась жидкость, потом она стала опухать, причём все тело; потом перестала узнавать близких, ходить и умерла.

Обратимся к Википедии: «Подзатылочная декомпрессионная краниотомия (ПДК) не устраняет причину заболевания. ПДК при Синдроме Арнольда Киари I (САК. I) всего лишь освобождает от давления на нервную систему в затылочном отверстии, что может иногда сопровождаться временными клиническими улучшениями в постоперационный период. Данное лечение имеет высокий показатель осложнений и смертности (0,7—12%) … Но показатель внезапной смертности от заболевания… несоизмеримо ниже показателя смертности от предлагаемого лечения, в последние три десятилетия было опубликовано 8 таких случаев».

Уровень смертности больных от последствий лечения гораздо выше, чем вовсе без лечения! Безумная вертебрология стала явлением, опасным для жизни пациентов. Врач, выискивающий болезни на МРТ позвоночника, а не в теле больного человека, представляет из себя гораздо большую угрозу, чем реальная болезнь! На самом деле летальных случаев, как мы видим, гораздо больше, чем описывается в литературе. Пора уже на кабинетах таких «специалистов» вешать таблички, как на пачках с сигаретами: «Вни-

мание: вертебрология! Опасно для вашего здоровья!». Косность мышления, невежество и приоритет костных структур в сознании врачей давно уже слились воедино, родив новое явление в медицине – косТное мышление.

«…в зарубежных работах последних лет активно дискутируются вопросы о роли аномалий Chiari и нарушений развития шейного отдела позвоночного столба в этиопатогенезе идиопатического сколиоза…» (М.Г.Дудин, Д.Ю.Пинчук, 2009). Может быть, хватит уже мракобесия? Пора остановиться, безумное увлечение врачей позвоночной тематикой давно стало занятием, опасным для здоровья и для жизни пациентов. Тренируйтесь на кошках! Не лезьте к людям о своими бредовыми идеями! Да и кошек тоже жалко. Все эти так называемые аномалии – просто врождённые особенности человеческой анатомии. Врачи видят их на снимках у 30-40-50-летнего человека, который все предшествующие годы не имел от «аномалий» никаких проблем, и приписывают этим случайным находкам вину за болевой синдром и плохое самочувствие. А потом лечат эти выдуманные болезни. Иногда вот так жёстко. У женщины была всего лишь головная боль, обычный симптом триггерной болезни мышц, который успешно лечится консервативно. И она скончалась после оказания ей медицинской *помощи.* После ненужной операции, сделанной от… головной боли! Мне иногда кажется, что врачи сошли с ума…

Егор Голышев • Год назад

@Олег Николаев посмотри все видео А.Лукьянова.и Вы всё поймёте. Тоже мучался страшными болями в голове аж до тошноты иотключения памяти и обмороками . Плюс постоянные панические атаки и мигрень. СПАСИБО ВАМ АНДРЕЙ ПЕТРОВИЧ.ВРАЧИ МЕНЯ ЧУТЬ ПОД НОЖ НЕ ПУСТИЛИ.ХОТЕЛИ ШЕЙНЫЙ ПОЗВОНОК ПРООПЕРИРОВАТЬ ПОТОМУ ЧТО ТАМ ПРОТРУЗИИ КОРЕШКИ ЗАЖИМАЕТ. ЗА ЭТО СКАЖУ ВРАЧАМ -НЕВРОЛОГАМ ГРЫЖНИКАМ ХОНДОЗНИКАМ И Т.П. Я ВАМ ГОВОРЮ ВЫ ПОЛНЫЙ ПРОВАЛ В МЕДЕЦИНЕ,ТОЛЬКО СТРАШНО КАЛЕЧИТЕ ЛЮДЕЙ СВОИМИ СТРАШИЛКАМИ.И ЕЩЁ ЭТИ ВРАЧИ ОЧЕНЬ НА ПСИХИКУ ВЛИЯЮТ., КОГДА ГОВОРЯТ ГРЫЖА ДАЛЕЕ ОПЕРАЦИЯ, ВОТ И ТОГДА НАЧИНАЕШЬ ПЕРЕЖИВАТЬ И СХОДИТЬ С УМА ОТ СТРАХА.Я СХУДАЛ НА 8 КГ КАК К НЕВРОЛОГУ СХОДИЛ.ТАК ЗАПУГАЛ УРОД.

И какое отношение шейный отдел позвоночника может иметь к патогенезу идиопатического сколиоза? Давайте проведём параллель в строительную индустрию. Здание может наклониться, если у него просядет фундамент, и это вполне объяснимо. Пизанская башня тому наглядное свидетельство. А вот каким образом несимметричный чердак может наклонить расположенные под ним средние и нижние этажи дома? Как можно в здравом уме всерьёз рассматривать подобные версии? Если прямо стоящий здоровый человек нагнёт шею вперёд или вбок, у него не появится сколиоз или кифоз в поясничном отделе позвоночника. Это настолько легко проверить, что вызывает удивление сама постановка вопроса об этом. Очередная дикая версия врачей про волшебный позвоночник: о том, как один отдел позвоночного столба гнёт другой. Напрасно эти замечательные сказочники работают ортопедами! Мир фэнтези им явно ближе.

Clava Rossii • Год назад

Попал в больничку на скорой с адской болью в левой ноге! Первое же что предложил доктор (кстати положили на скорой по знакомству бесплатная наше еп в рот медицина, пол корпуса было пустым) так вот доктор сразу говорит у вас грыжи давайте операцию 5000 руб и все в ажуре! вежливо отказался! благо сосед лежал сказал что мужичку которого выписали и чье место я занял сделали уже эти спецы ШЕСТЬ операций и мужик еле ползает!!!!!! 10 дней прокорячился ставили капельницу и вечером обезболивающие! увозили из больнички полулежу кореша! дома отвалялся еще 2 недели потом стало отпускать полез в интернет увидел канал доктора Лукьянова появилось дикое желание поехать в больничку сделать этому спецу доктору трепанацию черепа! Жена отговорила! Доктор ОГРОМНОЕ ВАМ СПАСИБО ЗА ВАШУ РАБОТУ И наше просвещение! да еще когда лежал пришла медсестра процедурная и шепотом сказала ни в какую не соглашайтесь на операцию этим лижбы бабло с человека поиметь а толку ноль!!!!!!

Завершая тему относительно аномалии Арнольда-Киари, разберём ещё один момент. Цитата из Википедии: «С 2005 года существует новая теория, которая считает, что причиной Мальформации или Синдрома Арнольда Киари 1 является анормальное натяжение спинного мозга из-за напряженной концевой нити. Также эта теория связывает с натяжением спинного мозга и другие проблемы, которые часто появляются вместе с Синдромом Арнольда Киари 1: идиопатическую сирингомиелию, *идиопатический сколиоз*, платибазию, базиллярную импрессию и т. д.».

Вот так, ни больше, ни меньше! Сначала выдумали несуществующее натяжение нити, потом «натянули» этой нитью спинной мозг. И вот готова база для сочинительства теретических концепций самых разных болезней. В том числе очередной дикой гипотезы сколиоза, которые и так растут, точно грибы-мутанты после радиоактивного дождя. Само по себе это не страшно. До тех пор, пока руководимые этими теориями врачи не начинают размахивать ножиками.

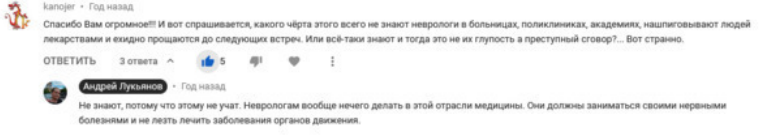
Неужели человечество до сих пор не осознало, что там, где в медицине на иконостас водрузили позвоночник и нача-

ли на него молиться, не было, нет, и не будет никаких открытий. Одно убожество, неудачи и поражения. Что лечить надо не кости, хрящи или нервы, а тем более не психику людей, страдающих от боли. Лечить нужно болезнь, которая вызывает боль и другие симптомы, одним из которых является искривление позвоночника.

Повышенный интерес докторов к человеческим костям стал уже какой-то патологией. Если у врача на уме одни скелеты, его место на кладбище, а не в больнице! В медицине уже давно что-то очень сильно протухло. Нестерпимую вонь источают вековые завалы антинаучного костно-хрящевого

говнища. Нужен свежий ветер перемен. И бульдозер помощнее, чтобы расчистить авгиевы конюшни в ортопедии и неврологии. Кстати, согласно легенде, Авгий не чистил свои конюшни всего-то 30 лет. Представляете, сколько вертебрологического дерьма скопилось в медицине со времён Гиппократа?!

Очевидно, руководствуясь тезисом, что все болезни от позвоночника, доктора с косТным мышлением и позвоночными наклонностями создали под себя целую «науку» вертебрологию, безуспешно занимающуюся разработкой методов лечения выдуманных болезней скелета. Приписав человеческим костям фантастические качества, эти самозванцы занялись их углублённым изучением посредством ковыряния в собственном носу. Неаппетитные продукты своих раскопок они беззастенчиво выдают за результаты научных исследований. Откровенная дичь про первичность структурных изменений позвоночника в исполнении заслуженного профессора Диксона является типичным примером такого медицинского мракобесия.


kanojer • Год назад

Спасибо Вам огромное!!! И вот спрашивается, какого чёрта этого всего не знают неврологи в больницах, поликлиниках, академиях, нашпиговывают людей лекарствами и ехидно прощаются до следующих встреч. Или всё-таки знают и тогда это не их глупость а преступный сговор?... Вот странно.

ОТВЕТИТЬ 3 ответа 5

Андрей Лукьянов • Год назад

Не знают, потому что этому не учат. Неврологам вообще нечего делать в этой отрасли медицины. Они должны заниматься своими нервными болезнями и не лезть лечить заболевания органов движения.

А вот ещё один вертебрологический перл: «…*несмотря на успехи вертебрологии*, остаётся справедливым выражение Я.Л.Цивьяна (1988): «…Мы не знаем истинной этиологии возникновения сколиотической болезни и не можем применить этиопатогенетическое лечение» (М.Г.Дудин, Д.Ю.Пинчук, 2009). Я понимаю, что профессорам, относящим себя к секте вертебрологов, приятно порассуждать про успешность вертебрологии, порыгивая икрой после сытного обеда. Но пациентам от сказочных достижений этой лженауки нет никакой пользы. Если успехи действительно есть, предъявите их миру! Полный провал в лечении сколиоза – это ваши успехи?

Позвоночник как орган изучают больше 150 лет (!), пора бы энтузиастам «игры в кости» удивить мир хоть каким-то открытием. Сколько веков ещё нужно, чтобы эти «учёные» смогли объяснить причину грыжеобразования или идиопатического сколиоза? Как будто до появления вертебрологов в медицине не хватало несметной армии неврологов, которые всеми четырьмя копытами залезли в болезни органов движения. Неврологам было мало «родных» инсультов и парезов? Они настолько давно занимаются не своим ремеслом, что уже мало кто представляет, как в медицине должно быть на самом деле. И лечить непрофильных пациентов неврологи с вертебрологами не научились, тупо назначая всем подряд обезболивающие препараты. И в науке ничего серьёзного не наваяли. Один и тот же, уже давно набивший оскоми-

ну, позвоночный эпос.

И вот теперь мы видим, что уважаемые ортопеды творят на передовом научном рубеже, двигаясь всё в том же вертебрологическом мейнстриме: оказывается, позвоночник при сколиозе сам себя гнёт, корёжит и вертит по разным осям! Бесспорным итогом каких исследований стало умозаключение заслуженного профессора Диксона о самогнущемся позвоночнике? Какое отношение к доказательной медицине имеют подобные откровения? Вот так, дамы и господа, пока человечество терпеливо ждёт очередную «революционную» теорию сколиоза, теоретики, зажмурившись то ли в ужасе, то ли в экстазе, истово прилюдно молятся позвоночнику. И приносят этому Молоху в жертву всё новых и новых пациентов.

«Что представляет собой сколиоз – болезнь или симптом?» (А.И.Казьмин, И.И.Кон, В.Е.Беленький, 1981). Ответ был предсказуем, спасибо, что хоть на миг задумались. Итак, если принять во внимание, что искривление позвоночника – всего лишь симптом, а не болезнь, то проясняется причина затяжных неудач: попытки найти разгадку болезни одного органа, изучая другой, изначально были обречены на провал. Заметьте, как только в медицине какая-либо патология объявляется болезнью позвоночника, сразу начинаются теоретические проблемы и терапевтические неудачи, после которых «на помощь» приходят доблестные хирурги. Иногда со смертельным исходом. Народ уже давно сочиняет о врачах

анекдоты. В последние годы набирает обороты новая тенденция: люди стали бояться врачей. Коллеги, вам больше нравится, когда над вами смеются или когда вас боятся?

С научной точки зрения примитивный вертебрологический подход к поиску решения давней медицинской проблемы сколиоза выглядит как бесконечные попытки недалёкого и упёртого человека протолкнуть верблюда в игольное ушко! Все эти так называемые исследователи позвоночника напоминают мне слабоумных клептоманов, которые не понимают, что отправились на заведомо провальное дело. Представьте себе, что воришки пришли в некое заветное место и наперебой стараются открыть замок, чтобы проникнуть внутрь. Но почему-то никак не поймут, что ломятся в заброшенный общественный туалет, дверь которого наглухо заколочена. А внутри нет ничего ценного.

В нынешней искажённой парадигме, при очевидной интеллектуальной близорукости, поиск причин идиопатического сколиоза путём углублённого умственного ковыряния в позвонках представляется безнадёжным делом. Удивительно, но за столько веков бесплодных попыток решить проблему сколиоза, этот научный тупик человечеством так и не был осознан. И поэтому выхода из него врачи искать не собираются, упорно продолжая биться лбом о гранитную стену. «Ошибочно думать, что сколиоз – только деформация позвоночника» (В.Д.Чаклин, Е. ААбальмасова, 1973). Это, пожалуй, единственные авторы из тех, что я читал, которые

смогли ненадолго оторваться от вертебрологической пуповины и сделать шаг, нет, просто посмотреть в правильном направлении. После чего снова привычно погрузились в родную позвоночную матрицу, чтобы дальше трепать всё то же мочало.

Предлагаю немного порассуждать. Почему-то эхинококкоз головного мозга, например, никто не принимает за болезнь головного мозга, а эхинококкоз печени не считают болезнью печени. Потому что медиками своевременно была найдена причина, вызывающая это заболевание и фекально-оральный путь заражения яйцами гельминта. Человечеству несказанно повезло, что хоть какие-то заболевания врачи уже никогда не смогут привязать к позвоночнику, а то неизлечимых болезней было бы намного больше.

Искривление позвоночного столба при сколиозе возникает всего лишь как следствие, как осложнение основных, экстравертебральных процессов. Ортопедам следовало бы озаботиться поиском реальных механизмов сколиотической болезни, а не строить химерические гипотезы относительно её отдельного симптома, каким бы ярким он ни был. По их кривой логике экзофтальм при базедовой болезни можно было бы смело причислять к глазным заболеваниям и десятилетиями ждать, когда же окулисты откроют тайну этих выпученных глаз путём исследования сетчатки и замерами внутриглазного давления. Таким образом, в отношении сколиоза вся мощь науки и человеческого интеллекта оказались бро-

шенными на скрупулёзное *изучение дырок на мишени* вместо того, чтобы попытаться найти *стреляющее по мишени «ружьё»*.

Давайте на минутку отвлечёмся от сколиоза и представим себе одно из последних первобытных племён, чудом сохранившееся в наши дни где-нибудь в тропических лесах Амазонии или в джунглях Индонезии. Допустим, что по странному стечению обстоятельств, первым предметом современности, попавшим в руки дикарей, не имевшим до этого никаких контактов с цивилизованным миром, оказалась новенькая бумажная мишень из тира. Естественно, вождём или шаманом племени эта чудесная бумажка с концентрическими кругами тут же с почестями будет помещена на священное дерево, чтобы стать предметом поклонения дикарей. Так может продолжаться до тех пор, пока какие-нибудь бледнолицые любители экстрима, забравшиеся в джунгли поохотиться, её случайно не заметят в бинокль. Допустим, что при себе у них имеются винтовки с мощной оптикой, позволяющие с большого расстояния попадать в цель. Бумажка из тира как нельзя лучше подходит для проверки ружья на точность. Один из выстрелов вполне может оказаться удачным. В результате попадания пули в мишень, на ней тут же появится пробоина. Можно представить себе изумление дикарей: на неприкасаемом священном предмете, висящем высоко на дереве, неожиданно *самопроизвольно* возникла дырка!

1
2
3
4
5
6
7
8
9

Представили? А теперь ответьте на два вопроса. Первый: как долго появление дырки на мишени будет оставаться загадкой для первобытных людей? Ответ: да сколько угодно долго! Ровно до того момента, пока племя не перестанет быть диким. Причём, только знакомство папуасов с огнестрельным оружием способно пролить для них свет на эту загадку. Второй вопрос: помогут ли дикарям, не ведающим о существовании винтовки, в раскрытии этой тайны лупа и микроскоп? Сможет ли им помочь вся мощь современной техники с цифровым рентгеном и анализом бумаги на качество целлюлозы? Нет. Этот пример показывает, насколько современные врачи, создавшие в медицине культ позвоночника, невежественны. Ортопеды и вертебрологи имеют одинаковые с первобытными людьми интеллектуальные проблемы.

Причём, если папуасам дать пострелять из ружья, то они быстро поймут механизм образования дырок. Но у меня есть большие сомнения, что врачи – адепты позвоночной секты, – способны прозреть так же легко. Скорее всего, они будут настаивать на своём священном праве продолжать изучение дырок. Давайте вспомним наивное до степени идиотизма предположение вертебрологов о какой-то загадочной слабости соединительной ткани. Или не менее дикую идею ортопедов: «В 1985 году D.Lukas выдвинул гипотезу, согласно которой идиопатический сколиоз – это следствие

дефекта позвоночника, вызванного изменениями эластичности межпозвонковых структур или соединительной ткани в целом» (А.М.Зайдман, 1994). Смешно, когда люди с высшим медицинским образованием, занимающиеся научными исследованиями, как дети верят в чудеса! И мыслят теми же категориями, что и неандертальцы. Не там копаете, господа ортопеды! Клад находится на другом континенте!

Таким образом, решение проблемы происхождения дырки зависит вовсе не от степени крутизны технологий изучения самой мишени. Раскрыть секрет получится только тогда, когда придёт понимание, что пробоина появляется при попадании в мишень пули. Для разгадки нужны знания, интеллект и непредвзятость мышления, а совсем не сложное и дорогостоящее оборудование, позволяющее глубже заглянуть в дыру.

Вот именно поэтому изучение позвоночника при помощи рентгена, мощных компьютеров и МРТ не помогло, и в принципе не могло помочь врачам раскрыть секрет сколиоза. «Для решения этой „старой и вечно юной проблемы“ (Чаклин В. Д., Абальмасова Е. А., 1973) использовались самые современные диагностические и исследовательские технологии» (М.Г.Дудин, Д.Ю.Пинчук, 2009).

К сожалению, в медицине сегодня, как и две тысячи лет назад, отсутствуют важнейшие интеллектуальные предпосылки для создания рабочей теории сколиотической болезни: нет реалистичных предположений относительно её этио-

логии и патогенеза, и нет готовности медицинского сообщества выдвигать принципиально новые идеи. А ортопеды упорно занимаются изучением позвоночника, то есть исследуют *«дырку на мишени»*, и чрезвычайно в этом деле преуспели. «Объём научной печатной информации по сколиозу, который накоплен в мире со времён античного периода, трудно себе представить» (Э.В.Ульрих, 2009). И мне видится только три отличия современных учёных от первобытных дикарей:

1. На единственную дикарскую гипотезу о божественном происхождения дырки на мишени у ортопедов сочинены сотни фантастических теорий сколиоза;

2. Папуасы не имеют в своём распоряжении щедро расходуемых учёными колоссальных ресурсов и самых совершенных технологий, которые помогают просвещённым бездарностям вуалировать собственную интеллектуальную и профессиональную беспомощность;

3. Дикари не называют себя специалистами по изучению мишеней, и у них не бывает докторов наук, профессоров и академиков, сделавших карьеру на дырках.

«На протяжении двух столетий была предложена **масса** теорий, объясняющих этиологию и патогенез идиопатического сколиоза, но ни одна из них не могла претендовать на позицию научного факта, опираясь на который можно было бы проводить патогенетическое лечение» (Э.В.Ульрих, 2009). Массой низкопробной дряни хотели задавить? Для

чего сочинять сотни бесполезных теорий? В науке правильная дорога бывает только одна, зато ложных путей может быть великое множество. И, похоже, что врачи хотят поочерёдно пройти их все. Но человечество не может бесконечно ждать, пока ортопеды будут играться в науку, отбивая поклоны позвоночнику, придумывая фантастические варианты происхождения и развития сколиоза.

Как это иногда бывает, на решение заведомо неразрешимой задачи были брошены значительные интеллектуальные и материальные ресурсы, чтобы в итоге констатировать: «… мы не знаем истинной этиологии возникновения сколиотической болезни и не можем применить этиопатогенетическое лечение» (Я.Л.Цивьян, 1988). К великому сожалению, даже осознание собственной беспомощности не привело к прозрению. И в XXI веке ортопеды продолжают выдвигать новые диковинные гипотезы, ограниченные старыми рамками всё того же вертебрологического «прокрустова ложа».

Так происходит потому, что вертебрология в целом и та часть ортопедии, которая изучает идиопатический сколиоз, страдают разновидностью интеллектуальной инвалидности, так называемой *структурной болезнью*: врачи ищут не этиологию возникновения болезни сколиоз, а выдумывают из головы разные фантастические причины искривления позвоночника, к морфологии которого они за уши притягивают имеющиеся у пациента клинические проявления. Вот как

писал об этой проблеме К. Левит: «Морфологические изменения не могут объяснить великое множество болей, идущих от двигательной системы» (1997). Добавлю: и не только болей.

Морфологические изменения костей вообще ничего объяснить не могут, потому что эти изменения вторичны. По этой причине врачи, которые лекарствами пытаются исправлять костно-хрящевую структуру позвоночника своих пациентов, являются шарлатанами. Это хорошо видно на примере лечения остеохондроза или межпозвонковой грыжи. После применения различных терапевтических средств как в качестве монотерапии, так и в любых сочетаниях, на МРТ ничего не меняется. Остеохондроз или грыжа не исчезают. Следовательно доктор, который считает структурные изменения, видимые на сканах, болезнью позвоночника, и который поставил сугубо морфологический диагноз, а затем приступил к лечению скелета, – шарлатан или сумасшедший.

Ведь любой адекватный человек, а тем более специалист с высшим медицинским образованием, не может не понимать, что назначенные им таблетки и физиопроцедуры не изменят состояние костно-хрящевых структур. Однако из поставленного таким врачом диагноза видно, что невролог или ортопед «лечит» именно позвоночник! Таким образом, мы приходим к пониманию того, что вертебрологические теории, взятые на вооружение медицинской наукой, лож-

ные. И что практическая медицина, занимающаяся терапией структурных изменений позвоночника или суставов, – должна быть признана шарлатанством. Причём, это справедливо для любых без исключения безуспешных попыток исправления костно-хрящевых деформаций, будь то лечение остеохондроза, сколиоза или грыжи.

«…сколиоз – самое изучаемое нарушение опорно-двигательного аппарата человека» (М.Г.Дудин, Д.Ю.Пинчук, 2009). Если посмотреть на вещи непредвзято, то становится очевидно, что это не совсем так. В сознании врачей неуловимым образом произошла подмена понятий: вместо изучения *болезни*, приводящей к сколиозу, ортопеды с фанатичным упорством изучают сам искривлённый позвоночник. То есть один из симптомов болезни, следствие, а не причину. При этом они искренне не понимают, почему многовековая загадка сколиоза до сих пор не разгадана. Так её никто по-настоящему и не разгадывал!

На сегодняшний день в отношении идиопатического сколиоза в ортопедии сложилась парадоксальная ситуация, когда совершенно ничтожные с практической точки зрения минимальные изменения на рентгене в виде ротации, торсии и клиновидности позвонков и межпозвонковых дисков возведены в ранг основополагающих симптомов сколиотической болезни. «Я. Л. Цивьян считал, что патологическая ротация позвонков – первый в ряду значимых симптомов сколиоза» (М.Г.Дудин, Д.Ю.Пинчук, 2009). Заметьте, даже

не фронтальное искривление позвоночника и не рёберный горб названы самыми важными признаками! А не имеющий абсолютно никакого значения небольшой поворот позвонков вокруг своей оси. Краеугольные для этого заболевания структурные особенности скелета, не относящиеся к позвоночнику, врачами вообще не принимаются во внимание.

Совершенно непонятно, почему экстравертебральные клинические признаки сколиоза первостепенной важности врачи игнорируют или считают чем-то несущественным. Более того, действительные причины костной деформации часто предвзято трактуются как её следствие. Такой странный, совершенно необоснованный, гипертрофированный интерес к позвоночному столбу при почти полном пренебрежении важнейшими для понимания патогенеза иными органами и тканями организма исключает саму возможность осмысленных теоретических прорывов в этой области ортопедии. Естественно, что до тех пор, пока интерес врачей сконцентрирован на позвоночнике, причина сколиоза открыта быть не может. И ровно до этого времени сколиотическая болезнь будет оставаться неизлечимой.

Когда-то Гиппократ, ошибочно выбрав тракционную терапию позвоночника и силовое давление на горб для лечения сколиоза, оказался первым в лодке, плывущей в никуда по мёртвому морю медицинской безнадёги. Потом в эту лодку садились Гален, Амбруаз Паре и многие другие. В настоящее время вместо античного утлого кораблика учёные

имеют современный суперлайнер, в нём вальяжно разместились ортопеды, неврологи, вертебрологи. Заниматься «наукой» в наше время стало выгодно и престижно. Проблема в том, что пользы от этих занятий нет никому, кроме самих «учёных». Потому что этот лайнер продолжает плыть всё по тому же мёртвому морю в никуда. И его самодовольных пассажиров заботят вовсе не интересы пациентов, а собственный комфорт и сытость. Для этих господ сочинение графоманских псевдонаучных статеек и книг – возможность быстрейшего карьерного продвижения. Чтобы протиснуться как можно ближе к заветному корыту. И отогнать их от кормушки будет весьма проблематично.

Локомотив прогресса

«Я пришёл дать вам волю»
В. М. Шукшин

Второй системной ошибкой является абсолютно неверная трактовка теоретиками сколиоза состояния паравертебральных мышц при этом заболевании. Подобно тёмным лекарям доисторического периода, современные ортопеды и в XXI веке не ведают о миофасциальных триггерных точках, хотя первая научная публикация на эту тему появилась в далёком 1943 году. Непонятно, сколько десятилетий ещё потребуется, чтобы эти «учёные» освоили базовые знания по своей специальности. Миссия невыполнима, господа ортопеды?

Важно подчеркнуть, что в официальной медицине по абсолютно непонятным причинам отсутствует само понятие «болезнь мышц». Её как будто бы нет в природе. Я имею в виду триггерную болезнь мышц (ТБМ), возникающую вследствие формирования в поперечнополосатой мускулатуре триггерных точек. «Здоровье и болезнь представляют собой две основные формы жизни» (А.Д.Адо, 2000). И это действительно так. Но современная медицина демонстрирует нам, что эту простую и понятную истину можно нагло игнорировать.

Исторически сложилась совершенно дикая ситуация, при

которой врачи отрицают саму возможность мышцы как органа иметь болезни! Естественно, подобная нелепость должна быть (и непременно будет!) устранена. Это просто нонсенс! «Каждая скелетная мышца является единым органом, обладающим сложной структурной организацией…» (Н.А.Красноярова, 2004). Любой орган человеческого организма может быть больным или здоровым, здесь даже обсуждать нечего. Тем не менее, для врачей пока это не так.

Ортопеды в своих опусах на тему идиопатического сколиоза про триггерную болезнь мышц вообще не упоминают, зато применительно к мускулатуре всё время пишут о каком-то её функциональном состоянии. Долгое время я всё никак не мог взять в толк, что имеют в виду врачи под термином «функциональное состояние мышц». Проштудировав несколько учебников по нормальной физиологии, ответа я не нашёл. Такого термина в физиологии нет, он просто кем-то выдуман на пустом месте. Вот, например, в учебнике под редакцией Н.А.Агаджаняна и В.И.Циркина (2003) перечислены основные функции скелетных мышц: передвижение тела в пространстве, перемещение отдельных частей тела, поддержание позы, передвижение крови и лимфы, выработка тепла, участие в дыхательном процессе, депонирование воды и солей и защита внутренних органов. Может быть, ортопеды имеют в виду какую-то из этих функций? Какую именно?

В учебниках патологической физиологии даже разде-

ла про мышцы не предусмотрено. Попробуем разобраться. «В такой, объективно сложившейся ситуации дефицита прямых данных о **функциональном состоянии** мышц, роль которых в патогенезе идиопатического сколиоза достаточно чётко просматривается, становится важной уже любая, даже косвенная информация, позволяющая по крупицам формировать общую картину» (М.Г.Дудин, Д.Ю.Пинчук, 2013). Вряд ли в цитате речь идёт о норме, в медицине есть дела поважней, чем описание здоровых мышц у больного человека. Следовательно, авторы подразумевают состояние мышц отличное от нормы, т.е. от здоровья. Состояние органа, отличное от здоровья, принято считать патологией. Если это так, почему болезнь не названа? Где диагноз, коллеги? О каком заболевании вы пишете? Вы придумали новую болезнь, назвав её функциональное состояние мышц? Каких? Всех мышц сразу?

«Для врача важно знать общие критерии, которые бы давали ему возможность безошибочно отличать здоровье от болезни» (Н.Н.Зайко с соавт., 2015). Ортопеды умеют это делать? Доктор, который не способен отличить норму от болезни, профнепригоден! Представим себе на минуту, что творилось бы в кардиологических отделениях, если вместо постановки конкретного диагноза инфаркт миокарда, миокардит или мерцательная аритмия, врачи вели бы речь о функциональном состоянии сердечной мышцы!

Доктор говорит пациенту с подозрением на инфаркт мио-

карда: «Функциональное состояние сердца у вас очень плохое, прямо не знаем, что делать». Ведь если нет диагноза, то нет адекватного лечения. Сколько страданий и человеческих трагедий принесло бы это пациентам с сердечной патологией, а также их близким! Представили? И вот ровно этот кошмар происходит сейчас с людьми, страдающими триггерной болезнью мышц. Неврологи при болях в спине, вызванных ТБМ, ссылаются на грыжи, а когда их нет, отправляют человека с больной мускулатурой к психиатру. А ортопеды при так называемом идиопатическом сколиозе ищут мышечный дисбаланс и пишут статьи про загадочное функциональное состояние мышц. И называют своё невежество «объективно сложившейся ситуацией».

Это ведь абсолютно ненормально, когда врачи вместо выполнения своего профессионального долга – постановки диагноза и лечения больных, имеющих все признаки триггерной болезни мышц, ведут академические дискуссии о функциональном состоянии их мускулатуры. Хорошо понимая, как мы видим, что роль мышц «в патогенезе идиопатического сколиоза чётко просматривается». Напомню, что «патос» переводится с греческого как «болезнь». Неужели людям с высшим медицинским образованием требуются дополнительные объяснения, что здоровый орган не может участвовать в болезнетворном процессе в качестве его инициатора или движущей силы?

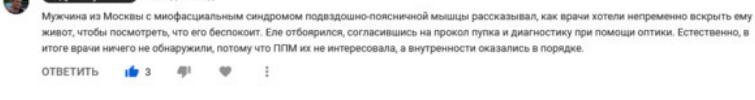
Кому и зачем потребовалось выдумывать третью ипо-

стась? Здоровье, болезнь и функциональное состояние! Неужели никто из коллег ни разу не задумывался обо всей этой вакханалии, творящейся вокруг мышц? И не надо ничего формировать по крупицам, как предлагают авторы процитированного отрывка. Достаточно выбросить на помойку «функциональное состояние» и признать наличие мышечной патологии, чтобы без всякой «косвенной информации» начать правильно понимать суть идиопатического сколиоза. Вместо сочинения глупых сказок, выдаваемых за теории сколиоза, ортопеды уже давно самостоятельно могли бы приступить к разработке его патогенеза и к осмысленному поиску этиологического фактора.

Заплесневелым конфеткам про дисбаланс мускулатуры, загадочное изменение её тонуса, про какую-то необъяснимую слабость мышцы или многолетний спазм – место на свалке. У специалиста, разбирающегося в диагностике и лечении триггерной болезни мышц, эта абракадабра вызывают недоумение. Что имеют в виду врачи, когда используют эти мусорные термины? Это характеристика здоровых

мышц? Больных? Нечто среднего? Отдают ли себе отчёт ортопеды, с чем они имеют дело? И понимают ли они степень своего невежества?!

В очередной раз приходится напомнить, что работа врача заключается в оказании медицинской помощи больным людям, именно в этом смысл нашей профессии. Соответственно, терминология доктора относительно состояния мышц, как и всех прочих частей организма пациента, должна быть предельно конкретная. Либо мышца здоровая и не нуждается в лечении. И врачу не нужны электронейромиография и прочие специальные исследования мускулатуры. Либо она больная, – тогда, её надо обследовать, чтобы поставить диагноз, а затем лечить. Третьего не дано. Половинчатость, когда доктор в монографии описывает явно патологические свойства органа, но при этом наличие болезни этого органа им то ли не осознаётся, то ли тупо замалчивается, не делает чести такому специалисту. Чем объяснить этот когнитивный диссонанс?


Андрей Лукьянов • 2 года назад

Мужчина из Москвы с миофасциальным синдромом подвздошно-поясничной мышцы рассказывал, как врачи хотели непременно вскрыть ему живот, чтобы посмотреть, что его беспокоит. Еле отбоярился, согласившись на прокол пупка и диагностику при помощи оптики. Естественно, в итоге врачи ничего не обнаружили, потому что ППМ их не интересовала, а внутренности оказались в порядке.

ОТВЕТИТЬ 3

Триггерная болезнь мышц пока вообще не нашла отра-

жения в учебниках и монографиях по сколиозу, как, кстати, и в других отраслях медицины. Создаётся впечатление, что последние полвека ортопеды проспали в общей с другими врачами-специалистами колыбельке, и поэтому оказались не в курсе того, что наука о мышцах уже давно существует. То, что уважаемые профессора и академики пишут про мускулатуру больных сколиозом, противоречит принципам серьёзной исследовательской работы и ставит под сомнение не только их профессионализм, но и интеллектуальную зрелость.

Ортопеды, похоже, даже не понимают, что описывают заболевание, которое называется триггерная болезнь мышц, используя при этом самодельную и кустарную терминологию, устаревшую до степени антинаучности. И в условиях полного отсутствия специалистов по мышцам берут на себя смелость делать весьма спорные заявления относительно роли мускулатуры в патогенезе сколиоза: «Вообще, мышечная теория является архаизмом» (А.М.Зайдман, 2004). Ваше профессиональное невежество является архаизмом, госпожа Зайдман! Это же касается и всех прочих исследователей позвоночника, испоганивших медицину своими бреднями.

Как бы там ни было, именно триггерная болезнь мышц будет тем долгожданным локомотивом, который вытащит ситуацию с идиопатическим сколиозом из многовекового тупика. Чтобы успешно преодолеть вторую системную ошиб-

ку ортопедов, нам потребуются два компонента. Первая составляющая – новые знания о триггерной болезни мышц, появившиеся благодаря трудам доктора Дж. Трэвелл и её единомышленников. Вторым компонентом должны стать мои собственные теоретические разработки и тридцатилетний практический опыт лечения пациентов, страдающих разными формами триггерной болезни мышц, в том числе сколиозом. Если продолжить образный ряд, то научные знания о патологии мышц и будут тем мощным локомотивом, который вытащит ситуацию из тупика. А ваш покорный слуга готов выступить в качестве его машиниста. Дорога может оказаться трудной, не исключено, что обиженные и возмущённые ретрограды будут всячески пытаться мешать продвижению к истине. Но мы этот путь обязательно пройдём, потому что научный прогресс остановить невозможно.

«В современной философии сколиоза сложилось две принципиальных позиции относительно роли мышечного фактора. С одной стороны, изменения в состоянии нейромышечного аппарата рассматриваются в качестве патогенных факторов, вызывающих трёхплоскостную деформацию позвоночного столба, а с другой – он же рассматривается уже в роли инструмента, противостоящего процессу деформирования» (М.Г.Дудин, Д.Ю.Пинчук, 2013).

Какой нейромышечный аппарат? Почему не мышцы? Доктора пишут о философии, то есть о наиболее общих, принципиальных моментах участия мышц в патогенезе ско-

лиоза. Мы видим, что ортопеды почему-то никак не могут определиться насчёт роли мускулатуры: по их «философии» она то ли сильный враг, то ли слабый друг для позвоночника. Отказывая мышцам в праве на органную самостоятельность и не владея информацией о триггерной болезни мышц, врачи так и будут бесконечно ходить вокруг да около. Научная близорукость и профессиональная некомпетентность не есть философия, господа!

Незнание процессов, происходящих в больных мышцах и непонимание ряда важнейших механизмов, которые вследствие этого запускаются, по итогу привело к тому, что ортопеды недооценивают мощнейшее патологическое влияние больной мускулатуры спины на позвоночный столб и рёбра.

По этой причине они всё время пытаются выдумать какие-то экзотические механизмы искривления позвоночника, зачастую при этом выходя за рамки здравого смысла. Громадный пробел в профессиональной подготовке врачи смело восполняют собственным воображением и игрой ума. Однако, научную проблему можно решить только владея соответствующей базовой информацией. Точные знания при исследованиях невозможно заменить чем бы то ни было. По этой причине работы по изучению сколиоза в последние десятилетия во многом перестали быть научными. Их можно отнести скорее к категории низкопробной беллетристики. Причём гипертрофированный интерес ортопедов к позвоночнику превращает их художественные вымыслы о ско-

лиозе в разновидность баек из склепа.

В данной ситуации вполне ожидаемо, что за горизонтом внимания врачей оказалось также обязательное для идиопатического сколиоза грозное осложнение триггерной болезни мышц, миофиброз, приводящий к жёсткой фиксации искорёженного позвоночника. Это при том, что на рентгене нет анкилоза, которому можно было бы приписать ригидность позвоночного столба. Удивительно, но никто из исследователей серьёзно не задумался: что удерживает сколиотическую дугу в деформированном положении. Почему искривление становится настолько жёстким, что теряется малейшая естественная подвижность позвонков? «Основная особенность нормального позвоночника заключается в его способности к быстрому активному и полному возврату из асимметрического положения к полной симметрии. Патологическая асимметрия удерживается стойко…» (В.Д.Чаклин, Е.А.Абальмасова, 1973). Конечно, волшебный позвоночник сначала сам себя гнёт, а потом крепко удерживает! Господа ортопеды, извините, что я прерываю ваши молитвы. Но мы с вами медицинские работники, а не служители культа.

Обратите внимание, взгляд врачей в данном случае избирательно фокусируется на позвоночнике, который они наделяют сверхъестественными свойствами. Такую пристрастную оценку ортопедами возможностей скелета можно было бы понять при наличии костного анкилоза, но ведь его нет! Да и читать про «активность» в отношении костно-хря-

щевых структур, по меньшей мере, странно. В приведённой цитате авторы приписывают позвоночному столбу качества, которых у него нет. Мы видим, что реальность при описании позвоночника явно искажена, про существование мышц, производящих все движения в человеческом организме, исследователи даже не вспомнили. Правильно фраза должна звучать так: *одна из особенностей нормальной (здоровой) паравертебральной мускулатуры заключается в её способности к быстрому активному и полному возврату позвоночника из асимметрического положения к полной симметрии.*

Итак, мы выяснили, что в ортопедии позвоночная матрица превратила научный поиск в примитивный калейдоскоп, в котором врачи под разными углами зрения, в различных сочетаниях разглядывают всё новые и новые комбинации вертебрологических «стекляшек». Только чёткое понимание того, что сколиоз – это не болезнь позвоночника, а всего лишь симптом, осложнение диагональной триггерной болезни мышц спины, даёт возможность исследователю выбраться из многовекового научного тупика. При описании асимметрии паравертебральной мускулатуры врачи даже не отдают себе отчёта в том, что имеют дело с патологией мышц. Туннельное мышление и отсутствие знаний были главными преградами на пути к разгадке тайны идиопатического сколиоза. На поиски стреляющего по мишени ружья у врачей было двадцать пять веков, которые они потрати-

ли на пристальное изучение дырки, каждый раз ожидая чуда от применения очередной технической новинки, позволяющей увидеть ещё больше деталей.

Пожалуй, вторая системная ошибка стала для ортопедов главной проблемой. Нежелание врачей изучать научную литературу о патологии мускулатуры не позволило им понять ключевую роль триггерной болезни мышц в развитии сколиоза. Вместо серьёзного исследования больных мышц ортопеды насочиняли про них всякие дисбалансы, функциональные состояния, спазмы и прочую «философию». Причину всех этих выдуманных явлений они приписали нервной системе, произведя на свет для этого дела надорганного монстра, которого назвали нейромышечным аппаратом. А причину деформации позвоночника стали искать в нём самом и в разных потаённых уголках организма. На каждом этапе сочинительства для теоретического обоснования и обслуживания разномастных выдумок появлялись новые генерации всё более экзотических гипотез.

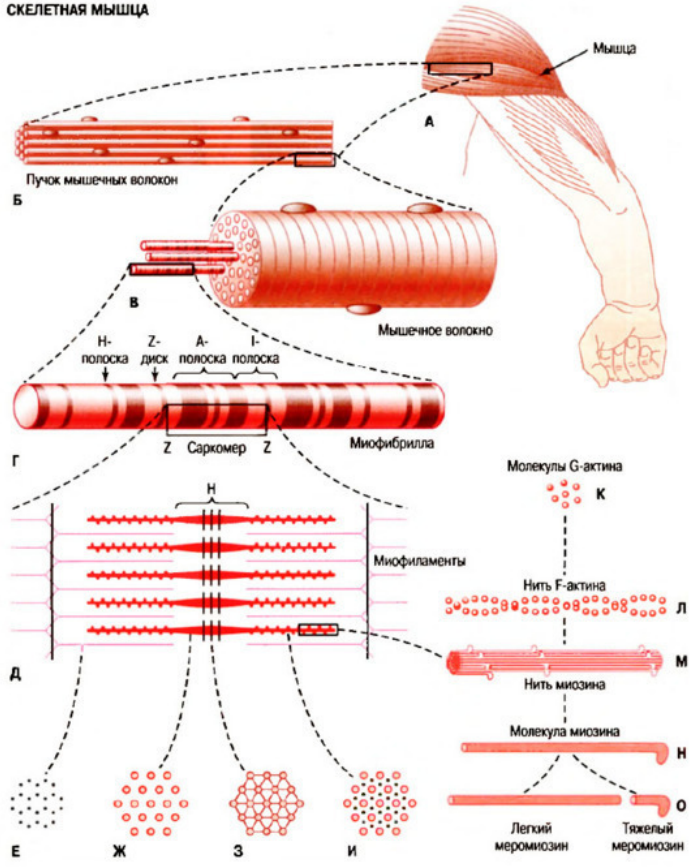
В этой книге мы с вами, не дождавшись ответов от учёных, самостоятельно найдём загадочный этиологический фактор, запускающий асимметричную триггерную болезнь мышц, приводящую к сколиозу. То есть назовём того, чей палец нажимает на спусковой крючок. «Этиология и патогенез такого сложного заболевания, каким является сколиоз, постепенно проясняются» (В.Д.Чаклин, Е.А.Абальмасова, 1973).

Согласен, вот только для начала надо отобрать у ортопедов калейдоскоп.

Глава 2

КРАТКАЯ МИОЛОГИЯ И МИОПАТОЛОГИЯ

1. Строение скелетной мышцы



По Гайтону А. К., 2008

Миология – наука о строении и функционировании

мышц, это часть нормальной анатомии, гистологии и физиологии. Миопатология изучает болезни мускулатуры человека. Самая распространённая из них – это триггерная болезнь мышц, которую называют также миофасциальным синдромом.

Как и любой другой орган, мышца состоит из клеток. Это мышечные волокна, они сгруппированы в пучки. Обычно длина волокна равняется длине мышцы. Мышечное волокно покрыто сарколеммой, или плазматической мембраной. Поверх неё есть наружное клеточное покрытие из полисахарида, содержащего множество нитей коллагена, которые достигают конца мышечного волокна и там вплетаются в сухожилие. Одно волокно, как правило, иннервируется одним двигательным нервом, подходящим к его середине.

Каждое мышечное волокно состоит из множества миофибрилл (от нескольких сотен до нескольких тысяч). Миофибрилла включает в себя громадное количество больших белковых молекул: 1500 нитей миозина и 3000 нитей актина. Они расположены параллельно, причём их концы частично перекрывают друг друга, что под микроскопом выглядит как чередование тёмных и светлых полосок. Светлые называются I-полосками, это нити актина. Тёмные именуют A-полосками, это миозиновые нити, на которые немного наслаиваются концы актиновых нитей. С другой стороны концы актиновых нитей прикрепляются к Z-диску, который, проходя через всё мышечное волокно, скрепляет миофибриллы меж-

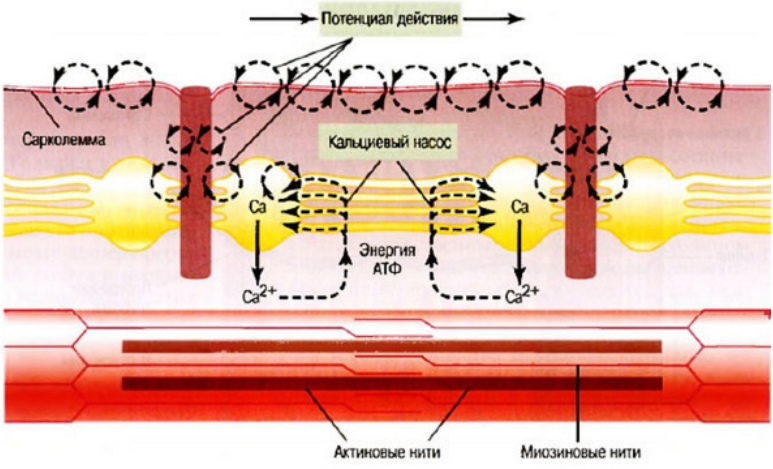
ду собой.

Часть мышечного волокна, расположенную между двумя соседними Z-дисками, называют саркомером. Его длина во время сокращения составляет примерно 2 мкм, при этом актиновые нити полностью перекрывают миозиновые, а кончики актиновых нитей частично наезжают друг на друга.

Актиновые и миозиновые нити в нужном положении удерживает каркас, состоящий из гигантских и очень упругих молекул тайтина. Пространство между миофибриллами заполнено саркоплазмой – внутриклеточной жидкостью, содержащей множество ферментов, а также калий, магний, фосфаты. Для обеспечения мышечного сокращения энергией в каждом мышечном волокне между миофибриллами имеется большое количество митохондрий, вырабатывающих аденозинтрифосфат (АТФ).

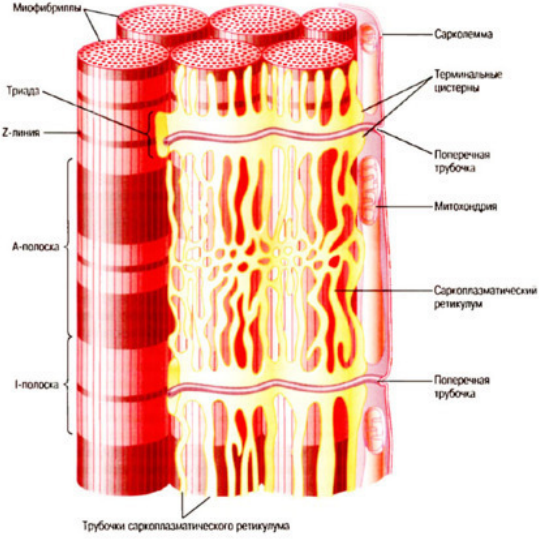
Каждая миофибрилла окружена системой маленьких Т-трубочек, проходящих через всё мышечное волокно поперёк него. Т-трубочки представляют собой выросты клеточной мембраны, соединяющие саркоплазму с внеклеточной жидкостью. Именно по Т-трубочкам потенциал действия распространяется вглубь мышечного волокна.

В саркоплазме, окружающей миофибриллы, есть так называемый саркоплазматический ретикулум, состоящий из больших камер, это терминальные цистерны (прилежащие к Т-трубочкам), а также из длинных трубочек, окружающих миофибриллы.



По Гайтону А. К., 2008

Потенциал действия, распространяющийся по Т-трубочкам, попадает внутрь терминальных цистерн. Это приводит к быстрому открытию кальциевых каналов в мембранах цистерн и прикреплённых к ним продольных трубочек. В результате из терминальных цистерн в саркоплазму выходят ионы кальция, запускающие сокращение мышцы.

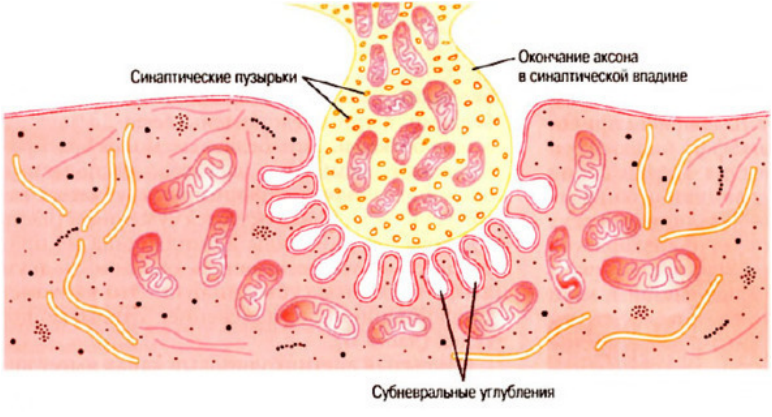


Система поперечных Т-трубочек и саркоплазматического ретикулума. Обратите внимание, что Т-трубочки связаны с наружной стороной клеточной мембраны и, погружаясь в мышечное волокно, тесно прилегают к концам продольных трубочек саркоплазматического ретикулума, окружающих со всех сторон сокращающиеся миофибриллы. На рисунке представлена мышца лягушки, в волокнах которой на каждый саркомер приходится одна Т-трубочка, расположенная на уровне Z-линии. Аналогичная структура обнаружена в сердечной мышце млекопитающих, но в скелетной мышце млекопитающих на каждый саркомер приходятся две Т-трубочки, расположенные на уровне соединений А- и I-полосок (рис. Sylvia Colard Keene) [Bloom W., Fawcett D.W. A Textbook of Histology. Philadelphia: WB Saunders, 1986, с измен.]

По Гайтону А. К., 2008

Так выглядит нервно-мышечное соединение, или двигательная концевая пластинка. Шванновские клетки, отделяя её от окружающей жидкости, выступают в роли изоляторов. Нервное волокно двигательного нерва, подходя к мышце, разветвляется и образует нервные окончания, которые немного заглублены в синаптическую впадину мышечного волокна, не контактируя напрямую с сарколеммой. Ширина синаптической щели между мышцей и нервом составляет 20—30 нм. Каждый нервный импульс, приходящий в нервно-мышечное соединение даёт выброс из окончания

аксона в синаптическое пространство 125 везикул, содержащих ацетилхолин, что вызывает сокращение мышцы. Синаптическая щель богата ацетилхолинэстеразой, которая через несколько миллисекунд после выброса пузырьков, расщепляет весь ацетилхолин, давая возможность напряжённому мышечному волокну расслабиться и восстановиться.



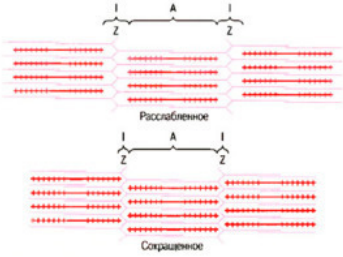
По Гайтону А. К., 2008

2. **Сокращение мышцы**

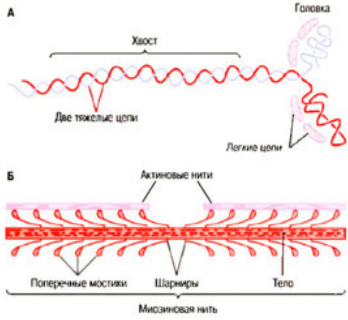
Давайте бегло вспомним физиологию мышечного сокращения. Всё начинается с того, что по двигательному нерву к синапсу приходит потенциал действия, вызывающий секрецию ацетилхолина. Воздействуя на плазматическую мем-

брану, ацетилхолин открывает встроенные в сарколемму каналы, по которым ионы натрия проникают внутрь мышечного волокна. Это создаёт на мембране потенциал действия, который распространяется по мышечному волокну, что приводит к выделению ионов кальция из саркоплазматического ретикулума. Кальций запускает процесс сцепления актиновых и миозиновых нитей и их скольжение относительно друг друга. Мышца сократилась. Последующее за этим почти мгновенное включение кальциевого насоса для обратной закачки ионов кальция в саркоплазматический ретикулум останавливает мышечное сокращение и создаёт условия для нового сокращения, если оно понадобится.

Сокращение скелетной мышцы



Миофибрилла в расслабленном и сокращенном состоянии. Показано (вверху), что актиновые нити (розовые) вдвинуты в пространства между миозиновыми нитями (красные). Сближение Z-дисков друг с другом (внизу)



А. Молекула миозина. **Б.** Объединение многих молекул миозина в одну миозиновую нить. Показаны также тысячи миозиновых поперечных мостиков и взаимодействие их головок с прилежащими актиновыми нитями

По Гайтону А. К., 2008

3. **Триггерная болезнь мышц**

Триггерная болезнь мышц (ТБМ) – это заболевание поперечнополосатой мускулатуры. Оно возникает при статической или динамической перегрузке мышцы, вследствие чего в ней в строго определённых местах образуются специфические зоны патологического укорочения и утолщения некоторой части мышечных волокон в виде узлов. Локальный комплекс таких сокращённых микроузлов в мышце называется триггерная точка (ТТ), или триггер. Триггерная точка на ощупь воспринимается как резко болезненное плотное образование в середине натянутого в виде струны мышечного пучка. Как уже было сказано выше, это состояние мышцы нельзя расценивать как спазм. Оно является самоподдерживающимся и довольно энергозатратным процессом, но при этом не требующим для сохранения статус кво дополнительных нервных импульсов. По сути это локальная мышечная контрактура.

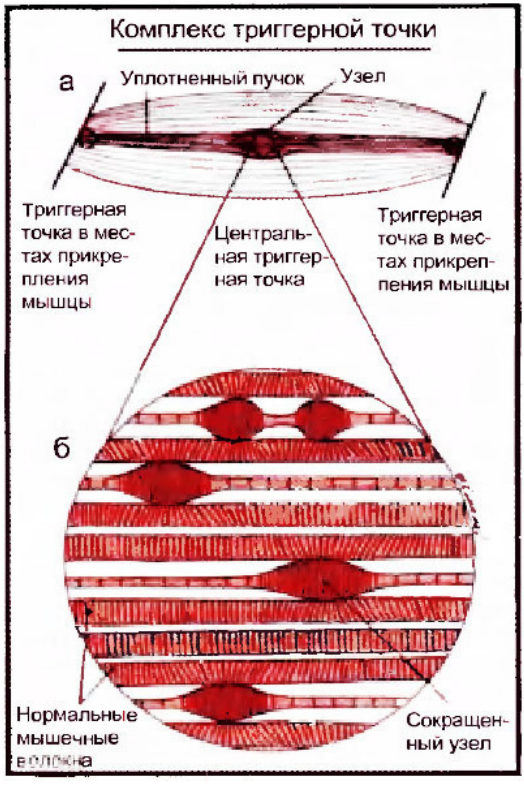
С обеих сторон от сокращённых микроузлов происходит компенсаторное удлинение и натяжение поражённых волокон. Принципиально важно иметь в виду, что больная мышца с момента возникновения в ней триггера становится укороченной до размеров патологического уплотнённого пучка внутри неё. По этой причине обычно уменьшается объём движений в соответствующем суставе, вплоть до выражен-

ной тугоподвижности, особенно при множественном поражении мышц региона. Нарушение плавности движения сустава при этом может давать щелчки. Длительное натяжение мест крепления мышцы часто вызывает энтезопатию и при определённых условиях провоцирует появление в ней периферийных мышечных или сухожильных триггеров.

Однажды появившись, триггерная точка без лечения не исчезнет, она будет существовать в мышце пожизненно. Дело в том, что на поддержание постоянного напряжения больная мышца расходует значительные энергетические ресурсы и кислород, поступающие к ней по кровеносным сосудам. При этом часть капилляров, питающих напряжённые мышечные волокна, сдавливаются патологически уплотнёнными узлами триггера. Возникающий вследствие этого локальный дефицит энергии препятствует запуску энергоёмкого кальциевого насоса в больных миоцитах. Кальций блокирует расслабление мышцы, которая продолжает тратить на работу все свои ресурсы. Так замыкается триггерный порочный круг.

Возникновение триггерной точки обычно сопровождается болью, причём её сила и продолжительность у разных людей значительно варьирует. Необходимо учитывать, что ТТ могут находиться как в активном, так и в латентном состоянии. Латентный и активный периоды могут многократно чередоваться. Активным называется триггер, дающий спонтанную боль. Боль возникает в результате выброса биологи-

чески активных веществ в области триггера. Иногда выраженность болевого синдрома может быть значительной и доходить до невыносимой, когда человек не способен даже пошевелиться и занимает вынужденную позу. Длительная активность триггера объясняется различными негативными обстоятельствами, влияющими на мускулатуру.



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

К таким негативным факторам относится утомление мышцы, её длительная обездвиженность или долгое пассивное укорочение, неловкая поза, холод, сквозняк, простуда, обострение хронической инфекции, дефицит витаминов.

Даже погодные условия или изменения атмосферного давления могут провоцировать усиление болей. Ухудшение самочувствия у метеозависимых людей или когда говорят, что на погоду кости ломит или старые раны болят, – это всё на самом деле проявления триггерной болезни мышц. Большая часть людей, страдающих ТБМ, испытывает периодические обострения болевого синдрома, которые затихают самостоятельно или на фоне приёма обезболивающих препаратов. Однако у некоторых пациентов болевой период может быть очень ярким или сильно затянуться, и тогда без специального лечения не обойтись.

Активные триггерные точки способны давать отражённые боли, иногда на большое расстояние от больной мышцы. Иррадиация боли происходит в строго определённые для каждого триггера места, зная которые можно найти её источники. Однако из этого правила бывают исключения. Некоторые пациенты сообщают о своих, особенных вариантах болевых паттернов. Отражённая боль часто бывает намного сильнее местной, которая на её фоне может вообще не ощущаться. В этом обстоятельстве кроется источник колоссальных диагностических ошибок.

В зоне иррадиации боли часто формируются сателлитные триггерные точки, которые становятся дополнительным негативным фактором, осложняющим течение болезни. Сила и выносливость больных мышц значительно снижается, что приводит к чрезмерной нагрузке на мышцы-синергисты,

в которых вследствие этого тоже могут возникать вторичные триггеры. Их образование также возможно в мышцах-антагонистах. Таким образом, долго не леченая триггерная болезнь мышц, начавшаяся когда-то с единичных триггеров, со временем может захватить большое количество мышц нескольких соседних регионов.

Наложение и суммирование болевых паттернов от разных триггеров создаёт индивидуальную для каждого пациента клиническую картину. Триггерная болезнь различных мышц может проявляться по-разному. Если учесть, что в человеческом теле примерно 500 различных мышц, часть из которых может быть вовлечена в патологические процессы в различных комбинациях у разных людей, то становится понятно, что довольно трудно найти двух одинаковых пациентов. Тем не менее, клиническая практика показывает, что у значительной части пациентов с триггерной болезнью мышц источником проблем становятся в основном одни и те же группы мышц в разных сочетаниях.

ТБМ – болезнь образа жизни. Homo sapiens как вид сформировался предположительно в саваннах Африканского континента примерно 200 тысяч лет тому назад или раньше. Жизнь современного человека очень сильно отличается от той, которую вели в дикой природе наши предки. За многие века естественного отбора человеческий организм хорошо приспособился к жестокой борьбе за выживание. Что подразумевало наличие мощной мускулатуры, которая с са-

мого раннего возраста укреплялась естественным образом. Современные дети растут в совершенно других, по сути в тепличных условиях. У них нет ежедневных тренирующих динамических нагрузок на мышцы, как это было у детёнышей древних людей. Вместо этого нынешние поколения школьников получают колоссальные статические перегрузки обусловленные сидячим образом жизни.

Итак, современные Homo sapiens по сравнению с предками, которые когда-то жили в Африке, имеют заметно атрофированную мускулатуру вследствие противоестественной для животных гиподинамии на фоне невиданного в дикой природе комфорта. Вторым мощнейшим деструктивным фактором являются статические перегрузки мышц с раннего возраста, особенно школьные. Поэтому неудивительно, что даже рутинная мускульная работа по дому или на отдыхе часто становится травмирующим агентом, дающим болевую манифестацию.

Мощнейший удар по здоровью мышц был нанесён в XX и особенно в XXI веке, когда работа в офисе почти полностью вытеснила физический труд. Всеобщее среднее образование, предполагающее длительную статику, зачастую в неправильной позе, многолетняя сидячая жизнь, автомобили, компьютеры, смартфоны и другие гаджеты оказались самыми сильными негативными факторами, которые в итоге привели к поголовному поражению людей миофасциальными триггерными точками.

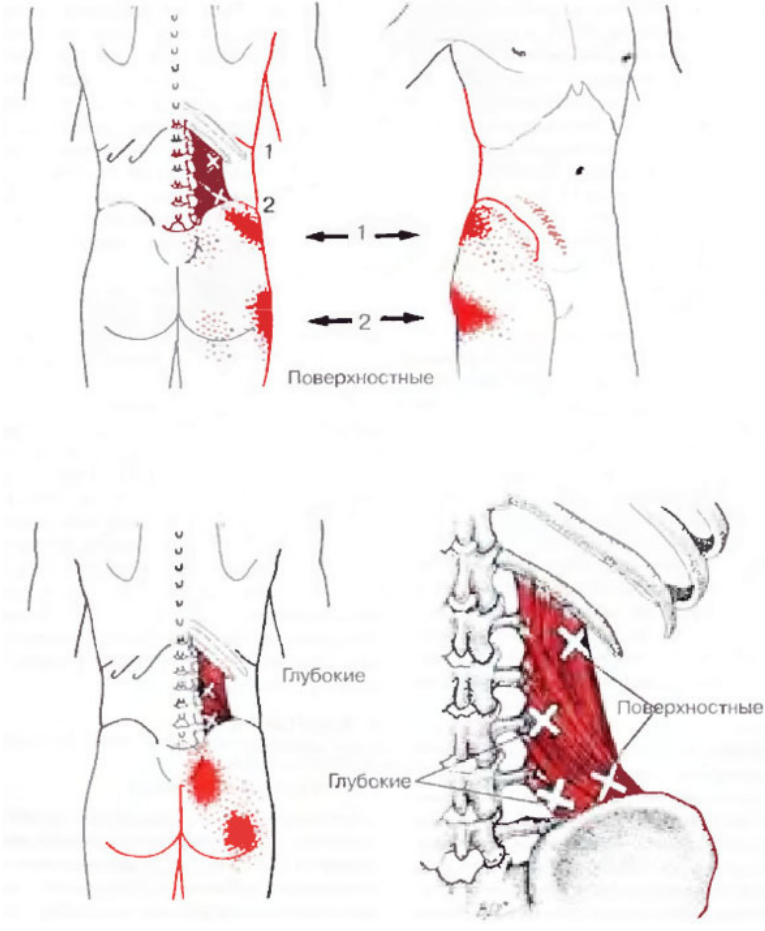
Сильнее всех пострадала молодёжь, которая является наиболее продвинутой в техническом плане. Подрастающее поколение с раннего детства активно пользуется сомнительными благами цивилизации в виде компьютеров, гаджетов и тому подобного. По этой причине в клинической практике чётко прослеживается поколенческий фактор, когда самый тяжёлый миофиброз выявляется не у стариков, а у лиц молодого возраста.

При определённых обстоятельствах триггеры могут появляться даже у младенцев, например, при громком и затяжном плаче. У подавляющего большинства детей они начинают формироваться уже в младшем школьном возрасте, поэтому можно констатировать, что на сегодняшний день триггерная болезнь мышц – самое распространённое заболевание в мире. Мышцы являются главным источником болевых синдромов со стороны органов движения. Необходимо также понимать, что боль при триггерной болезни различных мышц не всегда является главным или обязательным клиническим симптомом. Бывают и безболевые варианты, когда пациенты в основном жалуются на онемение, расстройство со стороны внутренних органов или головокружение.

Если принять во внимание, что мышцы крепятся к костям, то становится понятно, что длительно не леченая триггерная болезнь мышц рано или поздно неизбежно будет приводить к изменению взаиморасположения костей, пассивно

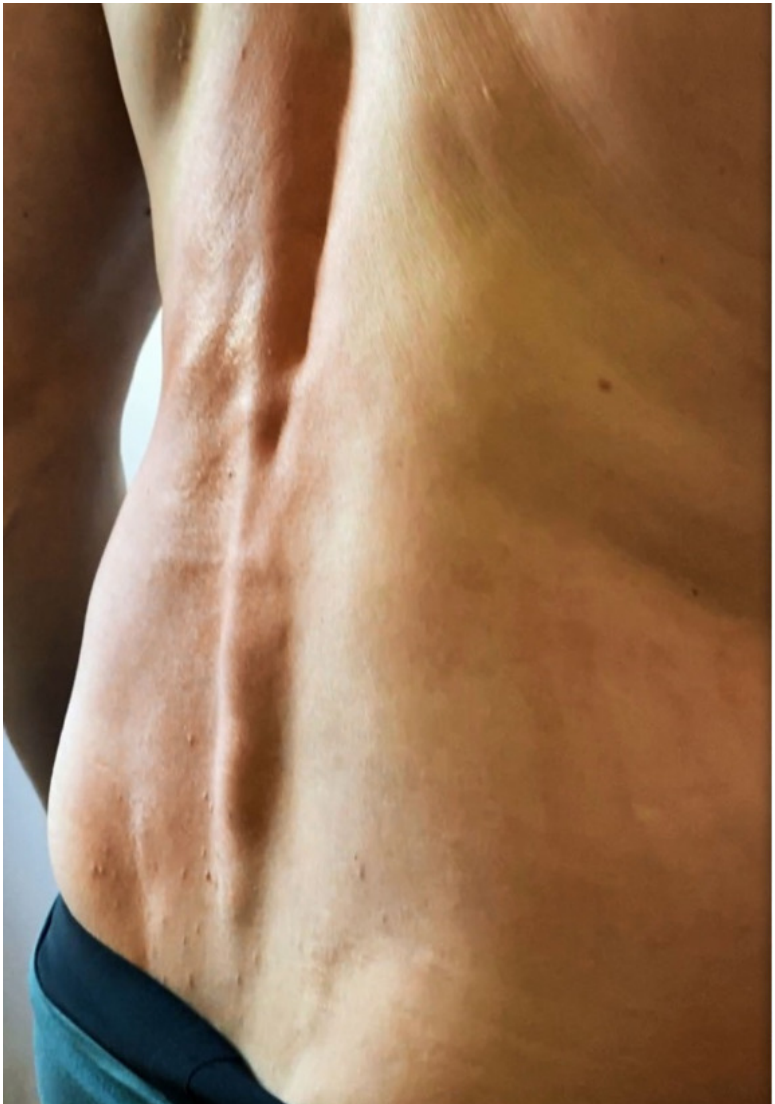
участвующих в данном патологическом процессе, а в дальнейшем – также к костным деформациям. Один из примеров этого можно увидеть на фотографиях пациента с горбом на пояснице.

Асимметрия рёбер левой и правой половин грудной клетки, клиновидность позвонков и дисков на вершине сколиотической дуги, поясничный и рёберный горб, которые образуются при сколиозе, – это всего лишь осложнения нелеченой триггерной

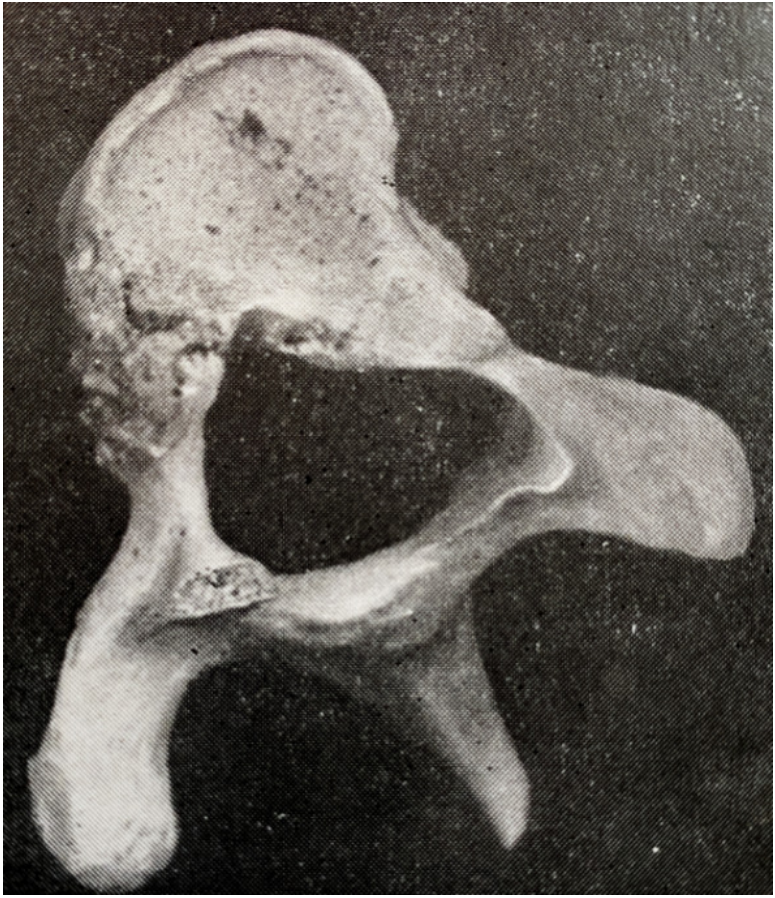


Триггерные точки в квадратной мышце поясницы и отражённые боли, по Трэвелл Дж. Г и Симонсу Д. Г., 2005

болезни мышц, возникшей на фоне клинически значимой разницы в длине нижних конечностей. Длительное воздействие укороченных вследствие ТБ мышц на места их крепления к позвонкам при сколиозе вызывает деформацию растущих позвонков, это явление называют торсией.



Горб на пояснице при триггерной болезни мышц



Торсия позвонка при сколиозе, по Мовшовичу И. А.

Боль мышечного происхождения, а также многие другие симптомы, возникающие при триггерной болезни мышц, врачи по невежеству привычно приписывают позвоночнику, суставам, нервам, сосудам, костям, хрящам. Всему тому, что давать эту боль и эти симптомы не может. Ортопеды М. В.Михайловский и Н.Г.Фомичёв (2002), например, считают, что боль при сколиозе даёт само прогрессирование деформации (!), а также дегенеративные процессы в позвоночнике, усиливающиеся вследствие увеличения его кривизны. Неврологи болевой синдром мышечного происхождения приписывают нервным структурам и позвоночнику.

Такие ошибочные суждения обусловлены сложившейся в медицине в течение многих десятилетий искажённой картиной мира, когда клиницисты не принимают мускулатуру всерьёз, даже не рассматривая её в качестве самостоятельного источника боли. По их мнению, паравертебральные мышцы нашего тела, как крепостные крестьяне, приписаны к барину позвоночнику, а мускулатура конечностей, как им кажется, обслуживает суставы. По этой причине болезни мышц не изучают в медицинских вузах, специалистов по миопатологии нет, лечить больные мышцы никто не умеет и не собирается учиться. Врачи совершенно не подозревают, что мышцы у людей могут иметь свои болезни и что миофасциальные триггеры являются главным источником болевых синдромов со стороны органов движения.

У большинства людей активные триггеры со временем за-

тихают самостоятельно или на фоне симптоматической терапии, обычно назначаемой при боли, исходящей из органов движения. Главными специалистами по лечению таких пациентов в нашей стране самоназначились неврологи. Их медицинская помощь людям заключается в прописывании в обязательном порядке обезболивающих препаратов. Понятно, что таким странным способом никакую болезнь вылечить невозможно.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на ЛитРес.

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