

УДК 616.711
ББК 54.12
Х71

Перевод с английского М. Петрова

Hamilton Hall, M. D.

THE BACK DOCTOR

X71 Холл Г. Ваш позвоночник / [перевод с англ.]. — М.: Издательский дом БИНОМ, 2017. — с. 472, ил.

ISBN 978-5-9500-0847-4 (БИНОМ)

ISBN 978-0-770-42619-0 (USA)

В популярной, доступной форме профессор канадского Института позвоночника, д-р Гамильтон Холл рассказывает о проблемах, затрагивающих большинство взрослого населения.

УДК 616.711
ББК 54.12

Все права автора защищены. Ни одна часть этого издания не может быть воспроизведена в любой форме или любыми средствами, электронным или механическим, включая фотографирование, магнитную запись или иные средства копирования или сохранения информации, без письменного разрешения издательства.

ISBN 978-5-9500-0847-4 (БИНОМ)
ISBN 978-0-770-42619-0 (USA)

© Published by arrangement with
Macmillan Canada
© Hamilton Hall, 1989
© Издательский дом БИНОМ, 2017

Оглавление

Введение	6
Глава 1. Что приходится выслушивать врачу	11
Глава 2. «Страшилка», «пинг-понг» и другие развлечения	29
Глава 3. Безболезненный курс анатомии	46
Глава 4. К какому типу относитесь вы?	66
Глава 5. Причины ваших болей	81
Глава 6. Неужели это все от головы?	111
Глава 7. Поможет ли вам хиропрактик?	129
Глава 8. Проходите на осмотр	148
Глава 9. Припарки, вытяжки и пилюли	169
Глава 10. Хирургия: когда, зачем и как?	185
Глава 11. Можете ли вы уделить себе 10 минут в день?	204
Глава 12. К очередному приступу будь готов!	229
Глава 13. Сосуществование со своей спиной	236
Глава 14. Вы не одиноки	254
Глава 15. Вы обнимали сегодня мусорное ведро?	268
Глава 16. Приручая зверя	287
Глава 17. «Удар хлыста» и другой фольклор	295
Глава 18. Как насчет боли в шее?	306
Глава 19. Страдающий от боли в спине или просто от боли?	324
Глава 20. Половая жизнь, беременность и ваша боль в спине	342
Глава 21. По мере старения	355

Глава 22. Аэробика, растяжение и другие забавы ...	372
Глава 23. «Волшебные лекарства», или альтернативное лечение ...	378
Глава 24. Инструменты деятельности врача при лечении спины ...	390
Глава 25. Кандидат на операцию? ...	400
Глава 26. Если вы собираетесь идти в суд... ..	427
Глава 27. Новый подход к лечебным упражнениям ...	435

Гамильтон 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 заболеваний спины. Разработанная Г. Холлом 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. Разумеется, многие технические методы диагностики позвоночника, представленные доктором Г. Холлом как новые, уже давно вошли в повседневную жизнь врача и пациента, но не они определяют ценность книги, а его знания, опыт врача и умение доходчиво объяснить суть проблем у пациентов.

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 выполнения 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.



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

Спинальная 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 принимают за 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 лучезапястный 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

Износенный 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. 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.

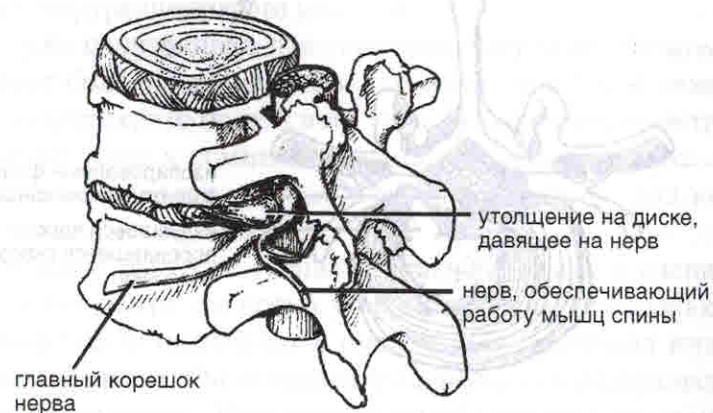


Рис. 13. Диск, вспучившийся в задней части и защемляющий корешок нерва — вот вероятная причина болей типа 3. Поскольку корешок нерва испытывает прямое воздействие, боль острее ощущается в ноге, чем в спине

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 корень. (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 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.

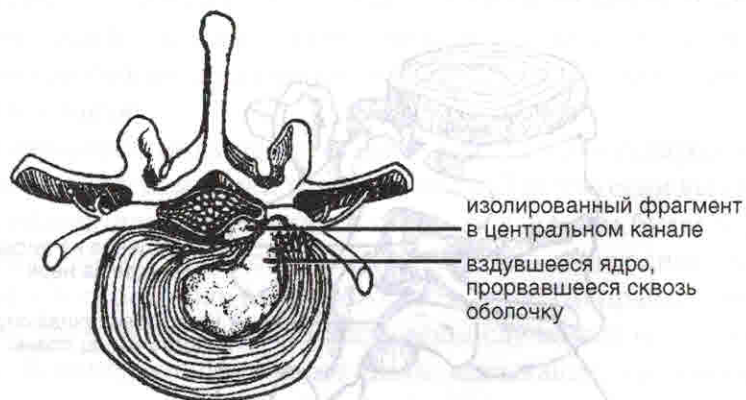


Рис. 14. Когда прорывается наружная оболочка диска, его ядро выступает наружу, соприкасаясь с корешком нерва. В редких случаях от ядра может оторваться небольшой фрагмент, который попадает в позвоночный канал

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, врачи 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 страш-

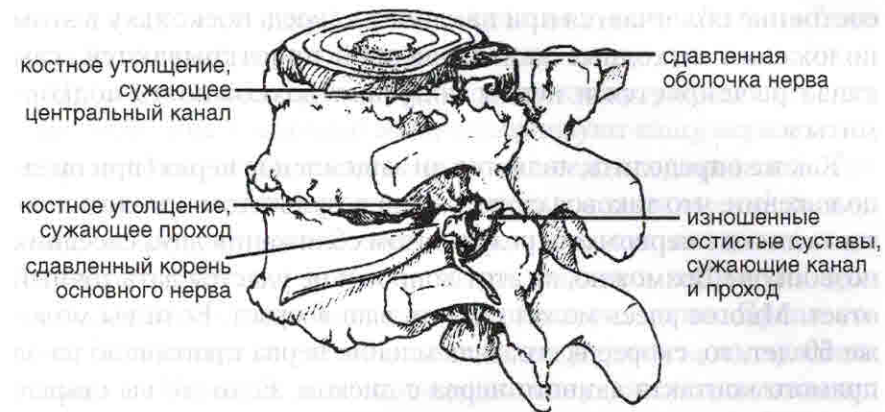


Рис. 15. Давление костных разрастаний на центральный пучок нервов вызывает боли типа 3. Боль, отдающаяся в ноги, связана с движением, при котором возникает давление, мешающее нормальному кровоснабжению нервов

но, 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 в 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

надежные 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 делает 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-другую 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 осознаете, 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 о немедленной 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 боли 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 по-другому. 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. На мой взгляд, операция была вряд ли 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 ламины, то есть крышки позвоночного канала. Большей частью я и выпол-

няю 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 потребуются 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 деком-

прессия 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 миелограмма/компьютерная томограмма, возможно, их сделают лишь после того, как вы поступите в хирургическое отделение больницы, но все чаще даже эти сложные процедуры проводят амбулаторно. Накануне операций 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 автомобиль-

ной крышке, сквозь который выпучивается часть камеры. Наружная оболочка диска очень эластична. Как только из нее выдавится фрагмент ядра, «дыра в крышке» может закрыться. В этом случае я оставляю 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.

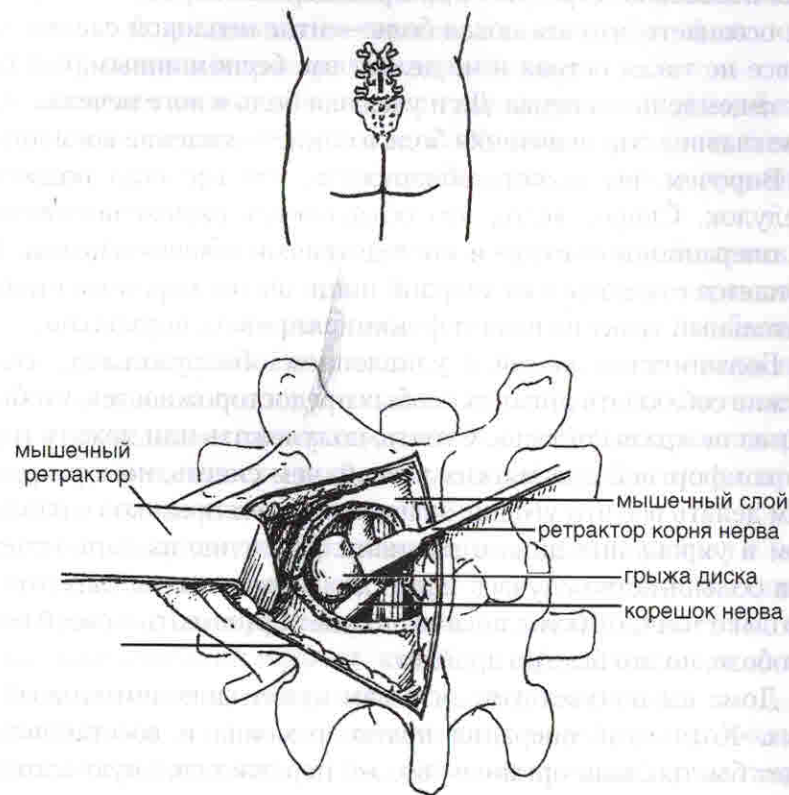


Рис. 16. Вот как видит операционное поле хирург, проводящий операцию на диске уровня L4–5. Сняв небольшой участок тканей, немного можно увидеть в позвоночном канале — лишь одиночный корешок нерва и вспученную часть диска

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 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.

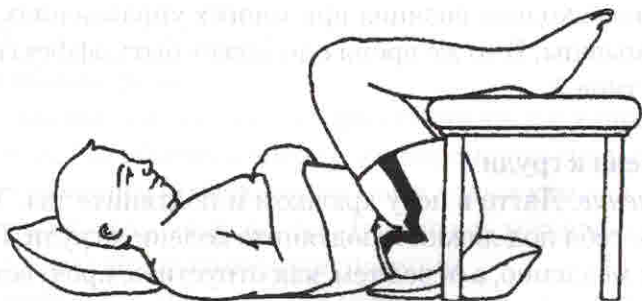


Рис. 20

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 голова 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 не-

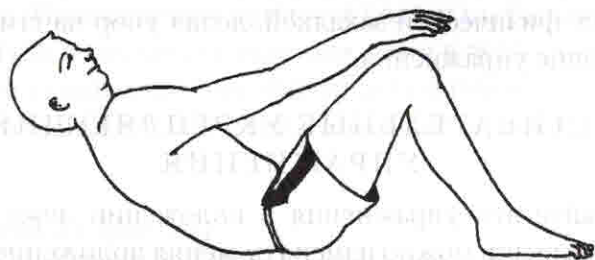
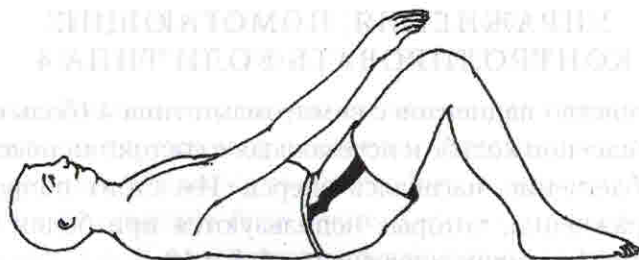


Рис. 21

правильно. 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 положении мышцы развивают максимальное усилие, а значит, получают максимальную пользу. Упражнение, выполненное не до конца, во многом теряет свою ценность. Малоэффективно также дальнейшее поднятие торса с переходом в сидячую позицию. Последние 300 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.

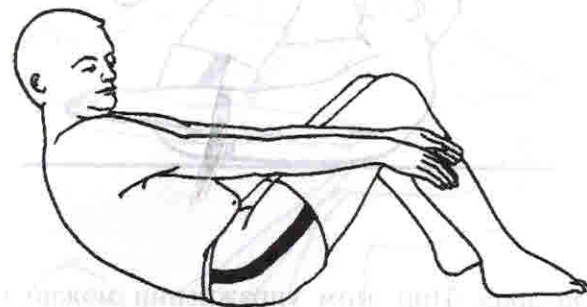


Рис. 22

Комментарий. Легкий наклон в сторону заставляет включиться 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.

Глава • 18

КАК НАСЧЕТ БОЛИ В ШЕЕ?

После выхода моей первой книги многие читатели говорили мне, что они хотели бы, чтобы я больше рассказал о боли в шее. Сначала я думал, что осветил вопрос достаточно основательно для книги, которая была написана в первую очередь для людей с больной спиной. Шея и нижний отдел спины, конечно, имеют много общих проблем. Они являются частями одной и той же биомеханической системы. Но в моей первой книге я не ответил на множество специфических вопросов, которые мне задали о возникновении и лечении боли в шее.

Эта глава связана с беспокойствами, о которых я так часто слышал за последние шесть лет. Конечно, я никогда не недооценивал важность боли в шее. У половины людей, приходящих ко мне с заболеванием спины, также есть боль в шее, и 20–30% всех моих пациентов — люди только с этой болью.

Мой врач определяет мою проблему как боль в шее, но на самом деле болит не там. Самая сильная боль ощущается в верхней части плеча и около лопатки.

Если боль возникает вдоль внутреннего края лопатки, она, возможно, приходит из шеи. Я понимаю, почему вы можете подумать, что у вас неприятности с плечом, — ведь именно там болит. Но часто боль чувствуется не там, где кроется причина неприятностей.

У меня есть простой тест, который я использую, чтобы отличить боль, передаваемую из шеи, от боли, возникающей в самом плече. Вы и сами можете провести его.

Утверждаете ли вы, что боль в шее всегда ощущается на вершине плеча?

Ни в коем случае. Обычно боль в шее — это боль действительно в шее. Как правило, вы чувствуете более сильную боль в задней части шеи, и зачастую потому, что происходит мышечный спазм. Иногда боль иррадиирует в плечи и спину, потому что спазм распространяется на трапециевидную мышцу — большую мышцу в виде воздушного змея, которая начинается от основания черепа, доходит до плеча и идет вниз через большую часть спины к точке прикрепления на позвоночнике выше пояса.

Когда возникает спазм, вы, вероятно, чувствуете небольшие тугие узлы, появляющиеся вдоль верхнего края трапециевидной мышцы до вершины плеча. Это то самое место, где часто ощущается эмоциональное напряжение. И если именно боль в шее вызывает такое напряжение, значит, у вас двойная неприятность: боль из-за настоящей причины плюс боль из-за мышечного напряжения.

Конечно, можно иметь одновременно боль в шее и в плече, но из-за различных причин. Фактически 10–20% всех людей с болью в шее чувствуют отдельный (хотя обычно и взаимосвязанный) дискомфорт в плече. Плечо заключено в довольно свободную капсулу, которая дает возможность широкого диапазона движений, но если суставы обездвижены (как часто случается, когда боль в шее распространяется в район плеча), складки этой капсулы «слипаются». Вскоре вы обнаруживаете, что не можете поднять руку без боли, и каждая попытка движения в плече усиливает страдание. Участок вокруг сустава ограничивается рубцовой тканью, и каждый раз, когда вы двигаетесь, вы немного разрываете ее. Это состояние можно описать как «окоченение» плеча.

То же самое может произойти с плечом, если вы сломаете запястье. Когда запястье в гипсовой повязке и рука на перевязи, плечо иммобилизируется. Чтобы избежать риска «окоченения», вам не следует носить руку на перевязи более чем пару недель. По той же причине лечение при переломе запястья будет обязательно включать упражнения на движение плеча.

Моя подруга говорит, что боль у нее начинается в шее и распространяется через плечи и руки до ладоней. Возможно ли это?

Да, такое порой происходит. Чаще это боль, иррадиирующая в плечо и верхнюю часть руки до локтя, с ощущением покалывания, онемения или жжения в нижней части руки.

То, что симптомы ощущаются в участках, далеких от шеи, не означает, что боль менее интенсивная. Боль, о которой вы говорите, то есть распространяющаяся из шеи вниз вдоль лопаток, бывает особенно мучительной. Фактически, она может стать главной проблемой — затаенной, иногда вызывающей тошноту и обычно ухудшающейся от любого движения или легкого напряжения мышц. Часто боль не уменьшается, даже если лечь и попробовать расслабиться.

Как вы понимаете, процесс распространения боли из шеи подобен распространению боли в ноге из нижней части позвоночника. В этом случае самая сильная боль часто ощущается в бедрах или ягодицах.

Это также не удивит вас, если вы что-нибудь знаете о структуре нервной системы человека. В шейном отделе четыре корешка нервов с каждой стороны соединяются в сложное образование, называемое плечевым сплетением, от которого к каждой руке отходят три основных нерва, выполняющих специальные функции. В нижней части спины находится похожая группа корешков нервов, которые соединяются вместе, образуя седалищный нерв. Это фактически пучок нервов, идущих по ноге вниз, чтобы выполнить особые функции.

В результате, если определенный корешок нерва, выходящий из позвоночника, обнаруживает болезненное состояние в спине, вы можете почувствовать симптомы на отдаленном участке, который снабжается этим нервом. Это распространение называется наведенной (иррадиирующей) болью и должно быть дифференцировано от боли в руке или ноге вследствие действительного повреждения нерва. Один нерв, обычно связанный

с наведенной болью, выходит между пятым и шестым шейными позвонками и идет вниз к большому и указательному пальцам руки.

Чтобы описать это состояние с точки зрения диагноста, если бы вы сказали мне, что чувствуете боль или неприятные ощущения в большом или указательном пальцах, я предположил бы, что ваша неприятность сосредоточена на уровне пятого-шестого шейных позвонков.

Вы говорите, что боль, возникающая в позвоночнике, одианкова, исходит ли она из шейного или нижнего отдела позвоночника?

Вообще говоря, это правда. Механизмы, вызывающие боль, похожи. И в шее и в спине может быть боль из-за износа и старения дисков и суставов — другим словами, боль типа 1 или 2. Но иное дело, когда речь идет о боли типа 3, то есть о защемлении нерва. Защемление нерва в нижней части позвоночника вызывается либо выпячиванием или разрывом диска, либо костным разрастанием. Если у вас боль в шее из-за защемления нерва, причина, вероятно, в сочетании давления кости и диска.

Кстати, другое отличие, которое стоит здесь отметить, это еще один основной момент анатомии: как мы уже обсуждали, шея создана для большей подвижности, чем поясница. С течением лет, когда высыхают диски и позвоночные суставы теряют часть своей подвижности, вы заметите больше изменений в вашей шее, чем в спине, просто потому, что, по всеобщему мнению, шея должна быть более гибкой.

Вы увидите это различие, если понаблюдаете, как люди съезжают задним ходом с дороги. Молодой водитель просто повернет голову назад насколько необходимо, чтобы смотреть в заднее стекло. Но водитель старше 50 лет должен будет повернуться всем телом, чтобы получить нужный обзор.

Многих известных мне людей с болью и скованностью в шее также мучили частые головные боли. Является ли это примером наведенной боли?

В некоторых случаях это так. Но наведенная ли это боль или боль вследствие мышечного напряжения, нет никакой разницы. В действительности, оба случая так тесно связаны, что почти неразличимы.

Боль в шее обычно чувствуется как спазм полудюжины маленьких шейных мышц, которые обеспечивают движение головы и шеи, а эти мышцы являются частью большой мышечной массы, покрывающей весь череп. Когда начинается воспаление маленьких мышц, мышцы, покрывающие череп, напрягаются, и возникает головная боль. Этот вид мышечного напряжения является наиболее общей причиной любой головной боли.

Боль из-за мышечного напряжения — это то же самое, что мигрень?

Безусловно, нет. Мигрень — это понятие, которое часто неправильно используется. Многие из моих пациентов с болью в шее ошибочно описывают свою головную боль как мигрень. Для них это слово просто означает нечто сильное. Настоящая мигрень вызывается нарушением функций черепных кровеносных сосудов. Симптомы обычной, или классической, мигрени могут очень варьироваться, но типично то, что боль односторонняя (хотя нередко билатеральные, то есть двусторонние боли) и сопровождается потерей аппетита, тошнотой и иногда рвотой. Часто перед началом приступа головной боли есть период, когда у больного возникают неадекватные колебания настроения или неожиданные требования (желания). При классической мигрени имеется период зрительных расстройств, «аура». Приступ мигрени может пробудить человека от крепкого сна, чего не происходит при головной боли из-за мышечного напряжения. Один факт, который удивляет многих из моих пациентов, — это то, что при мигрени боль не всегда мучительна.

Боль из-за мышечного напряжения начинается незаметно и исчезает медленно и прерывисто. Боль может продолжаться несколько дней, гораздо дольше, чем при обычной мигрени. Связанная с ней тошнота, как правило, вызвана злоупотреблением медикаментами.

Мое мнение таково, что мигрень является особым состоянием, которое можно точно диагностировать, и это слово не следует использовать для определения любого вида головной боли.

Важны ли психологические факторы при боли в шее?

Конечно, важны. Это не простое совпадение, что приносящее беспокойство состояние часто описывается как боль в шее; беспокойство или тревога может запросто «включить» боль в шее, усиливая мышечное напряжение. Когда возникает мышечный спазм, у вас есть опасность попасть в замкнутый круг: боль вызывает страдание, страдание вызывает напряжение, а напряжение усиливает боль.

Ранее вы описывали, как боль в шее может передаваться нервами в руки и даже в пальцы. Показывает ли такая боль, что поврежден нерв? Означает ли это, что у меня защемление нерва?

Сначала отвечу на ваш второй вопрос: повреждение нерва и защемление — это не одно и то же. Нерв может быть сдавлен и становится болезненным без повреждения. Ответ на ваш первый вопрос: тот факт, что ощущение боли передается конкретным нервом (например, от изношенного шейного сустава к локтю), не обязательно показывает, что поврежден сам нерв. Дело в том, что нерв лишь выполняет свою работу проводника, передавая болевой сигнал. Это то, что мы называем наведенной болью. Винить в этом нерв — все равно что застрелить почтальона, принесшего плохие новости.

Глава • 24

ИНСТРУМЕНТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СПИНЫ

Очень часто мои пациенты описывают свои наблюдения и ощущения настолько ярко, что я чувствую себя обязанным записать их и как-либо использовать в своих лекциях или книгах.

Одно из таких памятных наблюдений поведала мне женщина, которая разделяет мою любовь к аналогиям. Она рассказала мне историю, в которой удивительно точно определила проблему своей боли в спине, бросая тем самым вызов моим попыткам диагностики и лечения.

Ее мужу, автомеханику, пришлось попотеть над их собственной машиной, потому что она часто останавливалась. Он проверил все возможные причины, о каких только мог подумать, заменил некоторые части на случай, если причина была в них, но остановки мотора продолжались через абсолютно непредсказуемые интервалы. Все, что он делал, приводило к тому, что машина ехала несколько лучше, но никогда не решало проблему полностью.

В конце концов решив, что причина где-то на линии подачи топлива, он заметил тонкую нитку, торчащую из бензопровода. Это было как раз то, что надо: кусок ткани, возможно, с предыдущих ремонтных работ, был забит в шланге и периодически блокировал подачу топлива.

И тут моя пациентка спросила: «А не может ли происходить что-нибудь подобное с моей спиной? Боль появляется и исчезает, и вы делаете для меня очень много: заставляете меня делать упражнения, соблюдать правила ухода за спиной, худеть, и все это немного помогает. Но вы никогда по-настоящему не добились до действительного источника моей боли в спине».

Такой исчерпывающей аналогией она открыла суть проблем со спиной: хотя мы применяем разные способы лечения, нам никогда не достичь полного успеха, если мы не вскроем настоящую причину заболевания.

Правда, сейчас мы разрешаем все больше и больше таких диагностических загадок благодаря современным технологиям.

Недавно на конференции в Сан-Франциско мой коллега заявил, что в его практике компьютерная томография почти полностью вытеснила физическое обследование больного. Я считаю, что это переоценка возможностей техники. Это все равно что сказать, что, как только люди смогут делать покупки через телевизионный магазин, они никогда не захотят посетить магазин сами. Ведь всегда найдется несколько деталей, которые вы не сможете рассмотреть на изображении понравившегося дивана. Разве вам не захочется попрыгать на подушках, попробовать на ощупь материал и лично проследить за перевозкой?

Диагностика причины боли в спине также вовлекает много аспектов, которые не должны быть полностью доверены машине, и я не верю, что какая-то высокая технология заменит человеческое восприятие и интуицию, которые так часто помогают при постановке трудного диагноза.

И все же я, конечно, разделяю энтузиазм моих коллег относительно современной медицинской аппаратуры, которая оказывает неоценимую помощь в подтверждении диагноза, поставленного традиционным способом.

Рентгенологическое исследование постоянно используется в диагностике болезней спины. Не является ли оно опасным?

В общем, нет. К сожалению, многие люди проявляют беспокойство в отношении рентгеновского облучения, для чего сегодня нет оснований.

Иногда пациенты говорят мне о своем нежелании проходить рентгенологические исследования или компьютерную томографию, необходимые для диагностики, потому что они уже получили «большую дозу облучения» при обычном рентгено-

логическом обследовании грудной клетки. Такие беспокойства беспочвенны. Доза радиации, которую вы получаете при обычном снимке грудной клетки, незначительна, а доза во время правильно проведенной компьютерной томографии ненамного больше.

Радиологи сами подпитывают эти страхи, устанавливая очень консервативные стандарты для проведения исследования. Когда они уверяют людей, что безопасно делать, скажем, один снимок в шесть месяцев, подразумевается, что четыре или пять снимков за год — это уже небезопасно, хотя на самом деле ваша доза будет гораздо ниже опасной.

Является ли ЭМГ важным диагностическим исследованием для специалистов, которые лечат спину?

Некоторые специалисты в этой области считают электромиограммы довольно полезными, другие же рассматривают их как пустую трату времени. В общем, я пришел к выводу, что ЭМГ не дает информации больше, чем мы можем получить при хорошем клиническом обследовании. Впрочем, иногда мои клинические суждения менялись при последующей электромиографии. Например, у меня были случаи, когда у пациента наблюдалась мышечная слабость обеих рук или обеих ног, причем одна сторона была настолько слабее другой, что я принимал противоположную сторону за здоровую. Но когда ЭМГ показала ненормальную мышечную реактивность с обеих сторон, это существенно изменило мое мнение. В таких ситуациях, как эта, я оценил значимость ЭМГ.

Миелограмма и дискограмма — разные названия одного и того же исследования?

Не совсем, но они похожи. Это диагностические процедуры, которые обычно проводятся как прелюдия к хирургическому лечению, и обе основаны на одном принципе — введении рентгеноконтрастной жидкости, полностью блокирующей проникновение рентгеновских лучей. При миелограмме вещество

вводится непосредственно под оболочку спинного мозга. Это заполненная жидкостью оболочка, которая окружает спинной мозг и нервные корешки. При дискографии вещество вводится в диск.

Что заставляет врача выбирать то или другое?

Миелограмма дает врачу информацию о состоянии оболочек нервов. Опухоль на нерве, например, будет блокировать заполнение введенным веществом и на рентгенограмме проявится как дефект наполнения. Аналогично этому давление снаружи из-за выпячивающегося диска или за счет кости, суживающей канал, будет задерживать продвижение жидкости, что также может быть видно на рентгенограмме. Определение того, находится ли препятствие снаружи или изнутри, требует большого опыта со стороны читающего миелограмму.

Дискограмма показывает центральную часть диска и может выявить нарушения, даже если нет сдавления нервов. Дискограммы иногда используют, чтобы локализовать боль в диске или чтобы определить, является ли нормальным диск, расположенный рядом с тем, который намечен для хирургического вмешательства.

Дискограммы дают информацию только о том уровне, куда вводилось вещество. Миелограммы показывают весь сегмент позвоночника.

Как избежать нервного напряжения?

Многое зависит от того, насколько вы посвящены в детали исследования. В идеале, ваш врач может заранее кратко все описать. Но некоторые врачи не очень общительны, а если вы к тому же расстроены или обеспокоены перспективой хирургического лечения, то не сможете правильно все понять. Рентгенолог или тот, кто проводит исследование, обычно должен убедиться, что вы понимаете суть миелографии. Помогая вам преодолеть ваши страхи, рентгенолог должен также помочь вам понять, что миелография — это не более чем быстрый укол