

Философия независимой жизни

«ЧЕЛОВЕК НОСИТ ВРАЧА В СЕБЕ...»

В книге в доступной форме для широкого круга читателей изложены мысли и раздумья человека, практически победившего болезнь и, наверное, самого себя. Автор, будучи прикованным к постели, на основе собственного опыта, полемизируя с известными авторитетами, предлагает, по сути, азбуку познания болезни. В привычном обиходе таких больных называют «спинальниками», подразумевая первопричиной заболевание позвоночника.

Как инженер по профессии, автор досконально изучил анатомию и физиологию спинальных расстройств, обосновав физическую основу заболевания, и предложил при этом собственную систему реабилитационных мер, позволяющих практически «встать на ноги».

Возможно, с точки зрения современной медицинской науки, не все доводы абсолютно бесспорны, тем не менее книга будет полезна как пациенту, столкнувшемуся с бедой, так и медикам, работающим в сфере неврологии и нейрохирургии.

«Человек носит врача в себе, надо только помочь ему в его работе» -- эти слова принадлежат Гиппократу.

М.А. Гачегов,
заместитель директора по научной работе
Пермского краевого центра повышения
квалификации работников здравоохранения,
кандидат медицинских наук

И.П. Богодяж

**Я ВСТАЛ!
СУМЕЕШЬ И ТЫ**

Пермь
«Здравствуй»
2012

Иван Петрович Богодяж, человек сильной воли и необоримого духа, став инвалидом, заставил отступить тяжкие последствия заболевания спинного мозга и сделал все, чтобы жить полноценной жизнью. Эта жизнь оборвалась совсем недавно. Но осталась уникальная методика самореабилитации в домашних условиях, которую Иван Петрович сформулировал, просчитал и проверил на собственном опыте – опыте преодоления недуга и реализации себя как личности.

Эту методику и этот опыт он описал в книге «Я встал! Сумеешь и ты», рукопись которой была закончена в 2009 году.

Люди с ограниченными возможностями, у которых сохранена частичная проводимость спинного мозга, найдут здесь много полезной информации реабилитационного характера. Книга И. П. Богодяжа послужит серьезным практическим подспорьем для больных с позвоночными проблемами и тех, кто помогает им вернуться к активной жизни.

Книгу предваряют воспоминания об Иване Петровиче Богодяже его близких.

**Книга издается при финансовом обеспечении
Министерства социального развития
Пермского края**

О моем муже

Родители Ивана Петровича Богодяжа, простые крестьяне, в 1933 году были по политическим мотивам высланы на Урал, в Челябинскую область. Работали на угольном разрезе, добывали каменный уголь открытым способом. Ныне это город Коркино. Там они и создали семью. Там родился Иван Петрович, старший и единственный сын из пятерых детей.

С детства он точно знал: техника, двигатели — это его стезя. После окончания школы поступил на автотракторный факультет Челябинского политехнического института и успешно его окончил. Работал на Челябинском тракторном заводе, в Центральной заводской лаборатории испытаний танковых и тракторных двигателей.

В 1974 году защитил кандидатскую диссертацию. С внедрением своей научной разработки побывал на всех электростанциях и газопроводах СССР того времени. В результате турбины перестали возгораться, исключились пожары на станциях. К 1996 году И. П. Богодяж был автором 52 изобретений в области производства двигателей внутреннего сгорания и турбин, 32 из которых внедрены, 93 научные работы опубликованы в специальных изданиях.

Очень любил природу, охоту. В 1960-х годах увлекся пешим туризмом. Исходил пешком и проплыл с группами на плотах от Карпат до Хабаровского края. Восходил на вершины Саян, Тянь-Шаня, Кавказа, Приполярного Урала. Стал мастером спорта по туризму.

В командировки, походы, путешествия, на отдых с семьей всегда брал с собой мольберт, кисти, краски, карандаши, бумагу, отовсюду привозил рисунки, наброски, этюды, эскизы. Много рисовал с младшей дочерью, которая и унаследовала этот его дар: сегодня она историк-искусствовед, музеевед, аспирантка академии культуры. Старшая дочь – врач, кандидат медицинских наук.

В 60 лет Ивана Петровича настиг тяжелый недуг. Последовало неудачное хирургическое вмешательство в позвоночник – отнялись ноги, правая рука. Инвалидность 1-й группы, инвалидное кресло. Но слабость свою он никому не показывал.

Иван Петрович сконструировал для себя тренажеры, разработал специальный комплекс упражнений и сумел восстановить функции опорно-двигательного аппарата.

Его утро начиналось в постели со специальных упражнений – и так весь день, между завтраком, обедом и ужином. Он постоянно вел дневник самочувствия. Режим, физические упражнения, самоконтроль. Все свои жизненные этапы с глубоким осмыслением он записывал в этот дневник, строил графики зависимости состояния от работы на тренажерах. Пока семья была на работе, при нем находилась его свояченица, Галина Александровна Михеева, сама инвалид с детства. Она подавала, снимала, надевала все детали тренажерного комплекса, вмонтированного в кровать.

И он встал! Встал на костыли, стал ходить по квартире. Спроектировал костыли специальные, из стальных труб, рассчитал их вес, чтобы они могли удерживать вес его тела. Костыли и все тренажеры были изготовлены на заводе «Станкомаш», монтировались дома друзьями или близкими родственниками.

Многие материалы Иван Петрович опубликовал в журнале под рубрикой «Записки спиналь-

ника» («Будь здоров». 2010. №5–11). После выхода его статей ему звонили домой из разных регионов России, он делился опытом, высылал описания и чертежи.

Освоив свои костыли, смог передвигаться, сесть за стол. С его согласия к нему стали направлять студентов-дипломников с кафедры двигателей внутреннего сгорания, он консультировал аспирантов.

Он никогда не тратил время впустую, держал связь с коллегами, однокурсниками. В 2005 году составил сборник самодеятельных туристских и бардовских песен. Напечатал, размножил, переплел и раздал друзьям. А друзья его любили и уважали. Однокурсники ежегодно собирались в нашей квартире, общались, пели, шутили, вспоминали юность.

В июне 2010 года Иван Петрович подготовил последнюю встречу однокурсников-двигателистов к 50-летию выпуска. Она проходила в институте в торжественной обстановке, освещалась студенческой и городской прессой.

Разносторонне одаренный, добрый и умный человек, Иван Петрович Богодяж достойно прошел по жизни.

Ольга Александровна Богодяж

Об отце

Когда я думаю об отце, всегда вспоминаю старые советские фильмы «Светлый путь» или «Большая жизнь» – о том, как люди самого простого происхождения становились новаторами, героями своего времени.

Меня и сейчас поражает то, как мой отец, паренек из шахтерского поселка, родившийся на Урале в многодетной семье переселенцев из Западной Украины, которые и «грамоте-то не разумели», как говорила бабушка, закончил институт, стал ученым, изобретателем, лидером.

В этом смысле история его жизни – это история страны: военное детство в бараках для репрессированных и сосланных на Урал семей, недетские нагрузки на угольной шахте в помощь родителям и недетская ответственность за младших сестер, упрямое желание учиться дальше – школа, затем Челябинский политехнический институт. А кто мог бы лучше «покорить целину», как не крестьянские дети, ставшие студентами? Снова и снова испытывать себя даже в своих увлечениях – подниматься на горные вершины с рюкзаком, преодолевать речные пороги, продираться нехоженными туристскими тропами и петь под гитару у костра песни Высоцкого, не смущаясь полным отсутствием музыкального слуха – он был частью своего поколения 60–70-х годов XX века. Студенческая солидарность и многолетняя дружба отца и его однокашников и туристов, свидетелем которой я являюсь уже более сорока лет, да и после его ухода – предмет искренней зависти моих ровесников.

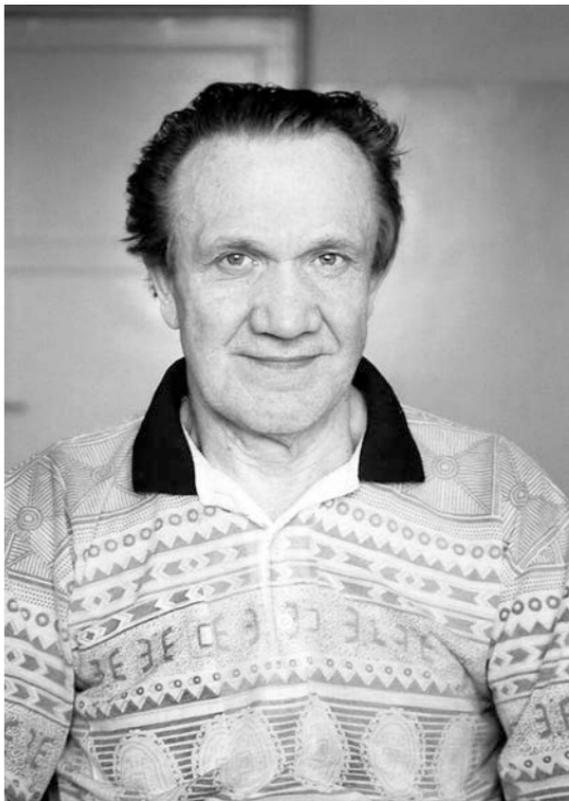
Неудачная операция на позвоночнике перечеркнула все... Неподвижность. Коляска. Инвалидность. Зависимость от окружающих.

Не представляла, что человек абсолютно технического мышления и технической подготовки, Иван Петрович станет автором почти медицинской книги. Но как раз такой, технический подход к решению медицинской проблемы оказался очень разумным. С точки зрения ученого-инженера, опорно-двигательный аппарат (кости, мышцы, суставы), как механизм, приводящий в движение человека, должен постоянно подвергаться испытаниям, иначе – коррозия, ржавчина, гибель...

Движение, стремление оставаться полезным стало смыслом последующих пятнадцати лет его жизни. Отец привык досконально разбираться во всем, и вся комната очень скоро оказалась увешана его рисунками скелета и мышц человека и их инженерной интерпретацией. (Уверена, что анатомию костно-мышечной системы он знал лучше врачей.) Результатом его новых знаний становится уникальная система им же созданных тренажеров и упражнений для восстановления мышечной активности после спинальной хирургии или травмы позвоночника. Мы видели, как он сам встал с коляски, как бескорыстно давал советы тем, кто так же, как он, не хотел подчиниться болезни. Если бы не возраст...

И пусть эта книга будет светлой памятью о невероятно целеустремленном, мужественном и не смирившемся со своими «ограниченными возможностями» человеке – моем отце, Иване Петровиче Богодяже – с любовью и благодарностью за то, что эти качества он оставил в нас, своих детях.

Татьяна Ивановна Пестова,
главный врач ДНК клиники,
кандидат медицинских наук
г. Челябинск



Иван Петрович Богодяж

Я ХОЧУ ВАМ ПОМОЧЬ. У МЕНЯ ЕСТЬ НА ЭТО СИЛЫ И ПРАВО

Из года в год во всем мире растет число людей с заболеваниями позвоночника. Не все «новоиспеченные» с позвоночными проблемами доживают до коляски (или «стула», как говорят на Западе). Среди тех, кто дожил, основная доля приходится на больных с травмами шейного отдела позвоночника. Общая численность таких больных в России – около четверти миллиона, причем две трети из них – люди моложе тридцати лет, в основном мужчины. Очевидна актуальность проблемы их реабилитации.

Медицинских книг по реабилитации спинальников выпущено немало. Однако порой человеку даже с высшим, но не медицинским образованием нелегко понять и применить описываемые в них методики, которые к тому же зачастую оказываются неприемлемыми или неэффективными.

Важным подспорьем для больных, особенно для тех, кто живет в глубинке, чаще становятся книги, написанные самими инвалидами-спинальниками. Люди, перед которыми стоят серьезные позвоночные проблемы, могут позаимствовать у товарищей по несчастью очень много ценного. Иногда того, о чем ни один врач не скажет.

Надеюсь, что таким подспорьем может стать и эта книга. Основу ее составляют материалы из мое-

го личного опыта по восстановлению движений, нарушенных в результате операции в шейном отделе позвоночника, после которой у меня сохранилась частичная проводимость спинного мозга. Кое-что удалось почерпнуть из книг и журналов.

Отдаю себе отчет в том, что учтено далеко не все; что-то вообще может оказаться спорным или строго индивидуальным. Однако если инвалид-спинальник найдет для себя в этой книге хоть что-то полезное, воспримет хоть небольшую подсказку, буду считать свой труд не напрасным и думать, что прожил жизнь не зря.

Моя цель – донести до заинтересованных читателей, то есть в основном до больных-спинальников с сохранением частичной проводимости спинного мозга, собственный опыт реабилитации в домашних условиях.

При этом невозможно ограничиться узкими рамками описания техники лечебно-тренировочных занятий. Приходится говорить о проблемах и условиях жизни, непосредственно связанных с особенностями болезни, то есть касаться и некоторых сторон своего повседневного быта.

Недавно я попробовал описать всю свою историю в стихах и назвал ее так: «Не хочу лежать в муках ожидания». Получилось нечто такое наивное, без строгого ритма и точных рифм – простите автора, – но, поверьте, искреннее. Вот я и решил перемежать свой рассказ этими бесхитростными строками.

Моя история похожа на истории многих. Беда, причем беда серьезнейшая, свалилась неожиданно.

На операцию шейного отдела позвоночника я пришел своими ногами, а вернулся домой на носилках, да еще с букетом проблем, с которыми сталкивается каждый такой больной. Около полутора лет пребывал в состоянии полной обездвиженности, ничего не мог делать самостоятельно. Казалась избавительной мысль о суициде, но сделать даже это не было никакой возможности. Физическая немощь не позволяла полноценно проходить и реабилитационные этапы.

Возникла острая надобность в постоянной посторонней помощи. В больнице после операции больше месяца со мной дневала и ночевала жена. Она меня поила, кормила, выполняла гигиенические процедуры, через каждые полчаса переворачивала – и снова и снова, и каждый день все сначала... После выписки из больницы о возврате к работе мне нечего было и думать, а двух наших пенсий для оплаты жилья, лекарств, питания и проч. было явно недостаточно. В такой ситуации жена не могла не пойти на работу.

К счастью, помогать мне согласилась ее сестра Галина Александровна Михеева.

*Спинальнику без помощника,
Право, никак нельзя.
Одни житейские проблемы!
(Без стиха понятно.)
К счастью, мне хоть в этом повезло.
Мы с моим помощником творим чудо
Почти что с чистого листа,
Без усталости, в согласии и доброте.
У нас на двоих две ноги,
Четыре руки и одна голова – моя.*

Сама инвалид с детства, инвалид второй группы, Галина Александровна стала моим постоянным помощником – буквально нянькой. Благодаря ее бескорыстной помощи, вниманию и долготерпению я, несмотря на возраст (за шестьдесят), постепенно смог воссоздать себя практически заново.

Даже летом, когда я на четыре-пять месяцев выезжаю на дачу¹ и, передвигаясь на коляске, работаю в саду, этот чуткий человек следует за мной и не оставляет меня без помощи.

Бесценна помощь старшей дочери Татьяны и ее семьи. И зимой, и летом, где бы я ни находился, она, ее муж и дочь (моя внучка) навещают меня, несмотря на огромную их занятость. Татьяна за это время успела и кандидатскую диссертацию защитить. Будучи врачом и прекрасно понимая мое состояние, она помогла мне укрепиться духом и сделала все возможное для организации лечения и реабилитации. Даже сейчас, когда стало легче, я нахожусь в поле неустанного внимания Тани и ее семьи.

Младшая дочь Катя тоже старается помочь во всем и развеять тяжелые мысли, рассказывает обо всем, что происходит за пределами моей хрущевки.

Не могу не сказать добрых слов о своих друзьях по институту, работе и туризму. Они собираются у меня четыре – пять раз за год. Споры, обсуждения нашей непростой жизни, немножко доброго вина и, конечно, песни нашей молодости... После таких встреч надолго заряжаешься оптимизмом, и появляется желание работать еще больше. Кстати, именно друзья понудили меня писать книгу. Они-

¹ Книга написана в 2009 году.

то хорошо знают, каким я был в первые месяцы после операции – и каким стал, если могу свободно сидеть с ними за одним столом. Бесконечно признателен им и за постоянное внимание, и за ту помощь, которую они оказали мне, например, в изготовлении по моим чертежам всего, что необходимо для лечебных тренировок.

Наконец, важнейшим союзником в борьбе за оздоровление стал тот заряд душевных сил, который дала жизнь, научившая стойкости и упорству.

Отец-белорус и мать-украинка после высылки их якобы «кулацких» семей оказались на Урале. Несмотря на выдающееся трудолюбие, жили небогато, в бараке; лишь в 1947 году построили свой дом и завели хозяйство – огород, домашних животных. Участие в огородных и других работах по хозяйству, включая плотницкие и слесарные, да еще школьные заботы – времени для безделья не оставалось.

Затем институт с его напряженной учебной, студенческими вахтами на строительстве самой крупной в стране пятой домны Челябинского металлургического комбината, на субботниках по возведению нового институтского корпуса, на разгрузке вагонов с углем, цементом, лесом – для приработка к стипендии. Не прошла мимо нас и казахстанская целина: скирдовали сено, строили, работали на комбайнах и на току, возили зерно на элеватор.

Под знаком упорства и столь же большого напряжения, хотя и другого рода, проходила работа на производстве после института – инженером-испытателем двигателей на Челябинском тракторном заводе, старшим научным сотрудником в

турбинном отделении Челябинского теплотехнического института, где защитил кандидатскую диссертацию. Далее – научно-исследовательская работа в отделе двигателей Челябинского тракторного института; около 200 научно-технических статей и отчетов, 52 авторских свидетельства на изобретения, доклады на научно-технических конференциях.

Не было расслабления и в периоды отпусков. Так получилось, что я увлекся туризмом. Урал, Кавказ, Крым, Карпаты, Алтай, Саяны, Байкал и Забайкалье, Хабаровский край, Тянь-Шань – это каждый раз радость нового. Но это и тысячи километров, пройденных с тяжелым рюкзаком зачастую по тайге, горным дорогам, это работа на пределе возможностей при сплавах по горным речкам с их порогами, крутыми поворотами и другими опасностями.

Привычка работать на пределе сил, через «не могу» сослужила добрую службу, когда потребовалась полная мобилизация на преодоление свалившейся на меня немощи.

Я благодарен судьбе и благодарен своим близким, родным и друзьям.

Считаю своим приятным долгом выразить особую признательность методисту спинального центра г. Еманжелинска Челябинской области Н. А. Щербак, Т. И. Пестовой, Г. А. Михеевой, В. М. Мяцкову, В. И. Баталову, В. Д. Дмитриеву, С. С. Садовскому, которые помогли мне в преодолении недуга.

Невозможно назвать всех, кто всегда принимал мои нужды как свои. Помогали мне – вот и я теперь должен помочь тем, кто готов прислушаться к моим советам. Такая вот круговая порука добра.

КАК Я СТАЛ СПИНАЛЬНИКОМ

Трижды прав доктор, который в одной из телевизионных передач сказал как-то, что врачей много, да хороших среди них – поискать. Я убедился в этом на собственном печальном опыте. Не буду называть здесь фамилии медиков, которые не смогли мне вовремя помочь, номера больниц, в которых меня лечили совсем не от того, от чего надо было. Моя задача – не обличать, а научить товарищей по несчастью тому, как выстоять.

До сорока восьми лет я чувствовал себя здоровым, способным на любую работу, в том числе и тяжелую физическую. Но как-то вдруг появились боли между лопатками, стал подтягивать левую ногу. В 1984 году по этому поводу меня взяли в нервное отделение моей первой больницы, где провели курс лечения, включая магнитоэлектрическую терапию, массаж, грязи, ванны и лечебную физкультуру, периодически делая для контроля рентгеноскопию позвоночника. Выписали с диагнозом, который определил местный профессор: заболевание боковых столбов позвоночника (болезнь Штрюмпеля).

Через год я вынужден был обратиться в ту же больницу с теми же жалобами. Пролечили три недели по прежней методике – улучшений никаких. Диагноз оставили прежний.

На третий год обратился в другую больницу. Лечился столько, сколько было рекомендовано. И опять все то же: улучшений никаких, диагноз прежний. Ну как же: ведь его поставил известный светило.

Два года спустя по настоянию родных обратился в нервное отделение клиники, пользовавшейся известностью в городе. Там меня тщательно обследовали и подлечили. Я даже почувствовал небольшое улучшение в ногах. Для консультации был приглашен нейрохирург с ученой степенью. И он подтвердил прежний диагноз.

После этого я не обращался к врачам несколько лет, но ежегодно, в продолжение восьми лет, отдыхал летом в спортлагере на озере Еловое под Миассом и одновременно проходил лечение в соседнем санатории (радоновые ванны, грязи, массаж, электрофорез, ЛФК). Занимался утренней зарядкой, работал со спортивными снарядами, ездил на велосипеде, ходил по грибы и ягоды, купался в озере, увлекся подводной охотой. При таком активном отдыхе о болячке забывал, хотя от здешних медиков слышал про аномалии в своем опорно-двигательном аппарате.

А вскоре и сам почувствовал, что происходит неладное, так как уже начал ходить с тросточкой и держаться за стену. Родные уговорили подлечиться в больнице, где, по отзывам, работали корифеи невропатологии. Профессор осмотрел меня всего один раз, заглянув в открытый рот, и поставил диагноз: опухоль спинного мозга в шейном отделе по-

звоночника. Приставил ко мне пять молодых врачей – стажеров. Пять раз я подробно рассказывал историю своей болячки. Каждый внимательно слушал, кивал головой, задавал различные вопросы, что-то записывал.

– Иван Петрович, у вас что-то не то. Давайте-ка, я направлю вас на томографию, – услышал я от одной из стажерок.

Благо, в это время заведующая отделением была в отпуске. В противном случае не видать бы мне томографии! Заключение гласило:

«В шейном отделе межпозвоночные грыжи С4-С5, С5-С6, С6-С7. Определяется умеренная атрофия спинного мозга грудного отдела. Данных за опухоль спинного мозга нет».

После этого моих молодых врачей как ветром сдуло. Меня же направили на консультацию к нейрохирургу из другой больницы. Посмотрев снимки и оценив мои дела, специалист предложил сделать операцию. При этом он популярно рассказал, в чем она будет состоять и каких последствий следует ждать.

Было очень горько, что медицина целых двенадцать лет потратила на выяснение реального диагноза и упустила время, когда надежды на излечение еще были. Не воодушевляло и сдержанное отношение врачей к хирургическому лечению межпозвоночной грыжи. Из-за неоднозначности результатов к хирургическому вмешательству прибегают главным образом в экстренных случаях (при острых болях, при воздействии грыжи на другие органы).

Но для подстраховки и по настоянию родных я все-таки решился. Талантливый, как говорили, специалист с ученой степенью согласился заняться мною. С большим трудом мы собрали требуемые полтора миллиона рублей. Суть предложенной операции заключалась в том, чтобы со стороны спины рассечь тела шейных позвонков и расклинить их в зоне грыжи, затем установить трубку, скрепляющую три-четыре позвонка. Считая такой эксперимент неоправданно рискованным, мы с родными не дали на него согласия. Врач за полученную сумму одарил нас советом поехать на операцию в Швейцарию.

Здоровье между тем все ухудшалось, и пришлось таки довериться нейрохирургу. Перед операцией в спинной мозг на уровне шейных позвонков ввели контрастную жидкость. Эта процедура была исполнена так, что больше походила на экзекуцию. После нее приказали несколько дней не двигаться и на пятый день сделали операцию по удалению грыжи между позвонками С4 – С5. Ее последствия – полная обездвиженность, потеря чувствительности отдельных участков тела, нарушение работы тазовых органов, затруднение дыхания – не заставили себя долго ждать.

Разрезали. Зашили.

Можно пробовать вставать.

О Боже! Что такое?

Парализованы конечности и спина.

Соседи по палате, увидав такое,

стали утверждать:

«Еще одного спинальником-шейником

сделали навсегда».

*И вот лежу в кровати, как в гробу.
Над головой карга, старуха-смерть
с косою зубоскалит.
Все норовит меня столкнуть куда-то вниз,
И черти в этом ей активно помогают...*

Когда появился крестцовый пролежень, поместили на многофункциональную кровать. Стало легче менять положение тела; удалось уменьшить появление новых пролежней, избежать неприятностей с опорожнением; появилась возможность выполнять оздоровительные упражнения с использованием балканской рамы.

Через полтора месяца после операции настоятельно предложили выписаться, поскольку нейрохирург свою задачу выполнил, а выхаживать больного должны другие врачи. И родственники.

Так вот я и превратился в инвалида первой группы.

ВЗЯТЬ СЕБЯ В РУКИ

Часто приходится слышать, что обращаться к врачам надо вовремя. Я обратился словно бы при появлении первых признаков болезни, а все же вынужден был выслушивать знакомые упреки. Больше десяти лет разные врачи с учеными степенями безрезультатно лечили меня неизвестно от чего! Время действительно оказалось упущенным.

Позднее прочел, что при межпозвоночной грыже в острой стадии показано вытяжение позвоночника на специальном оборудовании под наблюдением опытного врача (специалиста по ЛФК), которое позволяет уменьшить остроту заболевания. Если бы я получил подобное лечение еще в начале болезни, то, вероятно, мое положение не оказалось бы таким плачевным.

Но даже теперь они могли многое сделать. И сделали. Только это были уже другие врачи!

Спустя три месяца после операции дочь забрала меня к себе в больницу города Коркино. Там, в травматологии, я попал действительно в добрые руки медицинского персонала.

У меня были парализованы обе ноги и правая рука, не функционировали мышцы пресса и спины, были проблемы с опорожнением, не давал покоя крестцовый пролежень и пр. Казалось, никогда больше не смогу я переворачиваться со спины на

живот, приподнимать грудь и голову с отжиманием руками. Но как они возились со мной! Системный ручной массаж по часу каждый день, изнурительные занятия с методистом ЛФК по восстановлению двигательных навыков в соединении с хорошими лекарствами и магнитоэлектрическими процедурами позволили мне через два с половиной месяца сидеть на кровати с опущенными ногами с опорой спины, вставать на ноги с упором колен и освоить ходьбу в ходунках со страховкой.

Однако время подошло к выписке. И снова я лежу дома, и снова одолевают темные мысли.

*...Да! Оракулы-целители разрезали, зашили –
И про меня забыли.*

Снова таблетки, уколы, визиты, гостинцы...

А может, погадать на кофейной гуще?

Опять же есть еще провидцы, гипнотизёры,

Экстрасенсы, астрологи – нынче они в моде...

ТЬфу, какая глупость!

Но тогда с чего, с чего начать?

Не жить же в великой муке ожиданий

И слушать рекламных болтунов!

Понял!

Чтобы творить себя почти что вновь,

Голова холодная и ясная поможет.

Она сделает меня нужным,

насколько хватит сил,

Хоть свет не мил и всё сковано от боли.

Решил взять себя в руки. Для начала задумал досконально изучить известные методики реабилитации инвалидов-спинальников и разобраться в анатомии и физиологии, особенно применительно к болезням позвоночника.

*Голова твердит: для начала
познай свою конструкцию:
Кости, мышцы, нервы, позвоночник и другое.
Научись понимать свое тело полуживое.
Ищи, ищи ключик от ларца своего «Здоровье».
К нему надо самому ползти,
карабкаться, идти,
Каждый день проделывая
хоть маленький шагжок.*

Пока я раздумывал о том, как жить и бороться, появилась возможность пройти цикл реабилитации в некоем центре по реабилитации спинальных больных. Говорили, что отделением руководит талантливый нейрохирург, большой энтузиаст и специалист этого дела. Соглашаясь на госпитализацию, надеялся, что там работает квалифицированный персонал, есть восстановительные тренажеры и т. п. Увы, надежды не оправдались.

Прежнего заведующего отделением уже не было, а назначенный на эту должность по совместительству другой врач не обладал нужными данными и завалил дело. Уже в первый день, пересаживая меня с кровати в коляску, санитарка не поставила ее на тормоз и... Упал навзничь, ударился головой о водопроводную трубу, рассек бровь, не могу пошевелиться. Услышал:

– Ну, слава богу, отмучился!

В нервном отделении четырнадцать двухместных палат. Младший медперсонал появлялся в них лишь раз в три часа для переворачивания больных. Кнопки экстренного вызова либо сломаны, либо выключаются по усмотрению младшего медперсона-

ла, но если больной не смог по нужде дотерпеть до очередного «обхода», возникают нелюбезные трения с санитарками. Не хватает балканских рам; не хватает тренажеров и методистов ЛФК. Приборы не проверены и занижают величину артериального давления на 20–30 единиц, но врач не учитывает этого при назначении лечения. Отношение к больным – безразличное, в работе – халатность и недобросовестность. Результативность такой «реабилитации» представить нетрудно.

Осматривался, знакомился с пациентами. В отделении были в основном простые люди, попавшие в беду. Узнал, что их тоже не информировали хирурги и лечащие врачи о последствиях операционного вмешательства. Оказалось, мое состояние еще не самое худшее. Были инвалиды с бóльшим поражением, чем у меня. У некоторых функционировали только мышцы лица. Некоторые кое-как двигали руками, но мышцы были слабые, атрофированные. Отсюда многочисленные проблемы: пролежни, контрактурные спазмы, инфекции.

В центре практически не были озабочены тем, чтобы такие больные занимались физической реабилитацией. Кто-то и пытался заниматься лечебной физкультурой, но, как правило, по возвращении домой прекращал работу над собой: нет условий для занятий, отсутствуют методики. Оказывается, только один из десяти инвалидов занимается реабилитацией дома, проявляя при этом изобретательность в выборе упражнений и необходимых приспособлений для них.

Пребывание в реабилитационном центре не улучшило мое физическое состояние, зато дало нечто иное, не менее ценное – решимость бороться и надеяться исключительно на себя самого.

*Поначалу надо разобраться с болячками,
Что привнесла в тело беда.
Изучить методики навыков движений –
Без этого никак нельзя.
Стоп! Гимнастика! Не в этом ли секрет
ларца «Здоровье»?
Она ведь сотворила чудо у многих.
Хватит болтать. Пора работать.
Начнем отвоёвывать у недуга
миллиметры в движениях,
Граммы в силе, доли радиан в поворотах,
О чувстве слабости забыть
И от своих болячек не ныть!*

Наблюдая за колясочниками в центре, я увидел, что самодостаточны люди, у которых действуют обе руки. Поэтому для меня на первом этапе реабилитации предметом особой заботы стали именно руки.

Ну, а уж потом пришлось заново учиться двигать не только руками, но и ногами. А потом сидеть в кровати, на стуле, в коляске, стоять с упором колен и даже ходить с помощью канадских костылей. Со временем одолел проблемы с дыханием, опорожнением и т. д. Для меня это было не покорение вершин, как недавно, но каждый шаг вперед и просто шаг, каждое освоенное движение приносило не меньшую радость победы. Вместе со всем этим укреплялось желание полнокровно жить.

ЧТО У НАС ПОД КОЖЕЙ

Под кожей у нас – сложнейший, наиболее эффективно работающий механизм, работающий очень долго без поломок.

Морис Фишбейн

Каждый человек, независимо от того, здоров он или болен, должен знать и почитать свое тело как высшую данность и как само проявление жизни. Чем меньше знает человек о строении своего тела, тем ничтожнее его представления о характере болевых ощущений, мышечной слабости, утомляемости, которые он испытывает.

Инвалиды-спинальники сталкиваются с такими сложными, порою неразрешимыми проблемами, что нередко горько признают:

– От наших болезней не умирают, но зато приходится очень долго мучиться.

Обычные спутники при травмах или заболеваниях позвоночника – обездвиженность, потеря чувствительности тела, нарушение деятельности внутренних органов, прежде всего тазовых, дыхательных, терморегулирующих. Многие из того, что раньше получалось как бы само собой, теперь, из-за разбалансированности многих систем организма, приходится делать через сознание, через нежелание, через «не могу». Осознанное преодоление препятствий – это понимание того, как работает

организм в целом и как он приспосабливается к новым условиям, возникшим в результате механического или иного сбоя в общей системе.

Вот для начала и повторим азбуку анатомии. Мы должны четко осознать, почему именно позвоночнику приписывают ключевую роль в человеческом организме. Может быть, сейчас вот так, сразу, вы и не сможете воспринять эту информацию как необходимую, но, уверяю вас, когда зайдет речь непосредственно о предлагаемых мною упражнениях и методиках, она вам крепко пригодится. Итак...

Позвоночник человека – это основа скелета, придающая телу необходимую форму, основа мускульной системы. К позвоночнику прикрепляются пласты больших и малых мускулов, связок спины и живота, предназначенных для удержания тела в вертикальном положении и всех жизненно важных органов на своих местах. Кроме того, позвоночник – основа нервной системы: он защищает спинной мозг, без которого и скелетная, и мускульная системы, и основные жизненные органы не могли бы функционировать.

СКЕЛЕТНАЯ СИСТЕМА ТЕЛА

На рисунке 1 видно: череп опирается на верхнюю часть позвоночника. Круглая часть черепа, где расположен головной мозг, состоит из восьми частей. Лицо, включая нижнюю часть, содержит четырнадцать костей. В каждой из ушных раковин по три тонких кости, в гортани – одна подъязычная кость.

Грудная клетка имеет двадцать пять костей – одну грудинную кость и двадцать четыре ребра. Верхние пары ребер на спине прикреплены к позвоночнику, а спереди – к груди. Следующие три пары ребер прикреплены только к позвоночнику и закругляются спереди к груди. Две нижние пары

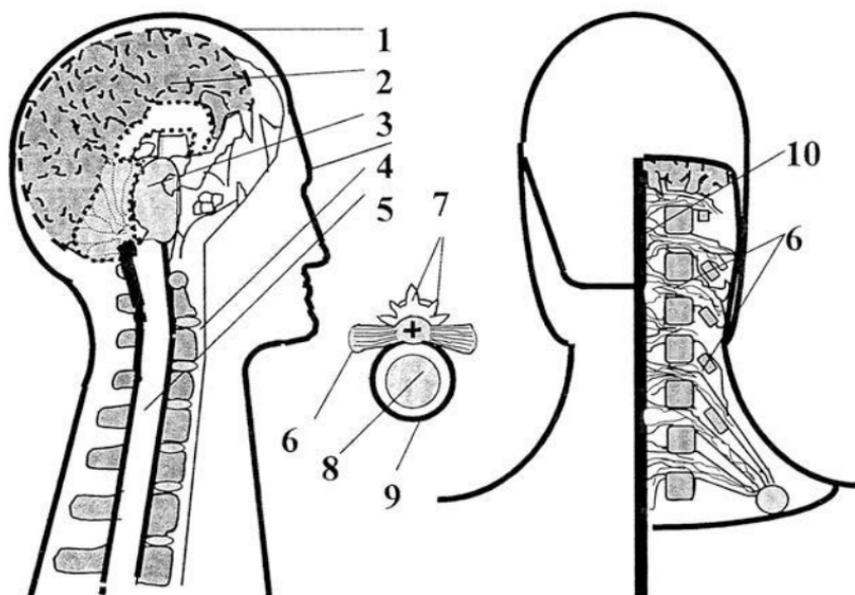


Рис. 1. Голова и шейный отдел позвоночника: 1 – череп; 2 – головной мозг; 3 – продолговатый мозг; 4 – позвоночник; 5 – спинной мозг; 6 – нервные волокна; 7 – остистые отростки позвонка; 8 – межпозвоночный диск; 9 – тело позвонка; 10 – канал спинного мозга.

Позвонки – это втулки с отверстиями, состоящие из тела, дужки и коротких отростков. Боковые отростки грудных позвонков соединяются с ребрами через суставы. Состыкованные отверстия между телами и дужками образуют единую трубу, в которую упрятан спинной мозг с оболочками.

ребер – их называют плавающими – не доходят до передней части грудной клетки.

Над ребрами к груди́не примыкают две ключицы, к которым сзади прикреплены лопатки. Каждая из рук состоит из плечевой кости и двух костей предплечья – локтевой и лучевой.

Запястье состоит из восьми костей, каждая из которых имеет свое название и выполняет свои функ-

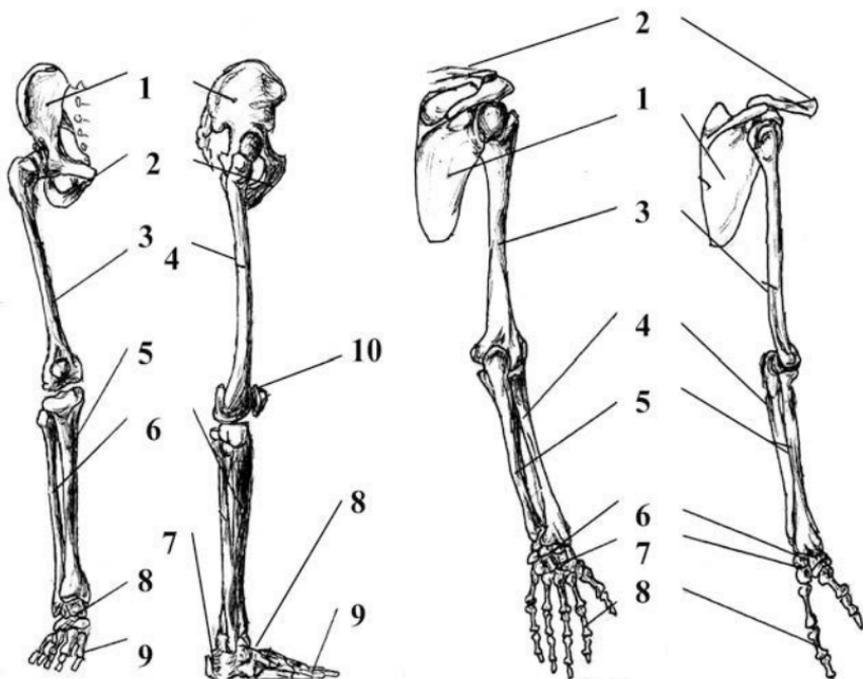


Рис. 2. Кости нижней и верхней конечностей:

слева: 1 – подвздошная; 2 – седалищная; 3 и 4 – бедро; 5 и 6 – большая и малая берцовые; 7 – пяточная; 8 – предплюсе; 9 – фаланги пальцев; 10 – подколенная чашечка;

справа: 1 – лопатка; 2 – ключица; 3 – плечевая; 4 – лучевая; 5 – локтевая; 6 – запястье; 7 – пясть; 8 – фаланги пальцев

ции. Пять костей, называемых пястью, связывают запястье с пальцами. Пальцы содержат четырнадцать костей – фаланг (две в большом пальце и по три в остальных четырех).

С нижней частью позвоночника связаны крестец и копчик – это самые широкие части позвоночника. Они соединяются с бедренными костями – самыми длинными, сильными и тяжелыми костями тела. Надколенная чашечка прикрывает связки, крепящие бедренную кость к двум нижним костям ноги – большой и малой берцовой.

В каждой лодыжке имеется предплюсневая, которое состоит из семи костей. Пять костей, названных плюсневой, образуют свод кости ноги. Плюсна связана с лодыжкой и пальцами. В пальцах четырнадцать костей – фаланг (две в большом пальце и по три в остальных четырех).

Позвоночник человека – это полужесткая пружина, состоящая из 32–34 отдельных позвонков, соединенных хрящевыми межпозвоночными дисками, суставами и связками. Все это обеспечивает – до определенного предела – гибкость позвоночника. В нем выделяют четыре изгиба (шейный, грудной, поясничный и крестцовый) и пять отделов с теми же названиями плюс один дополнительный (копчиковый). В отделах находятся соответственно 7, 12 и 5 позвонков. Еще 5 позвонков имеют несколько изолированных костей, представляющих собой рудимент хвоста.

СПИННОЙ МОЗГ – УПРАВЛЯЮЩИЙ ЦЕНТР

Спина́й моз́г – одно из важнейших звеньев нервной системы человека. Это скопление нервных клеток и соединительной ткани несет информацию от головного мозга к мышцам, коже, внутренним органам, то есть ко всем частям тела взаимнообразно.

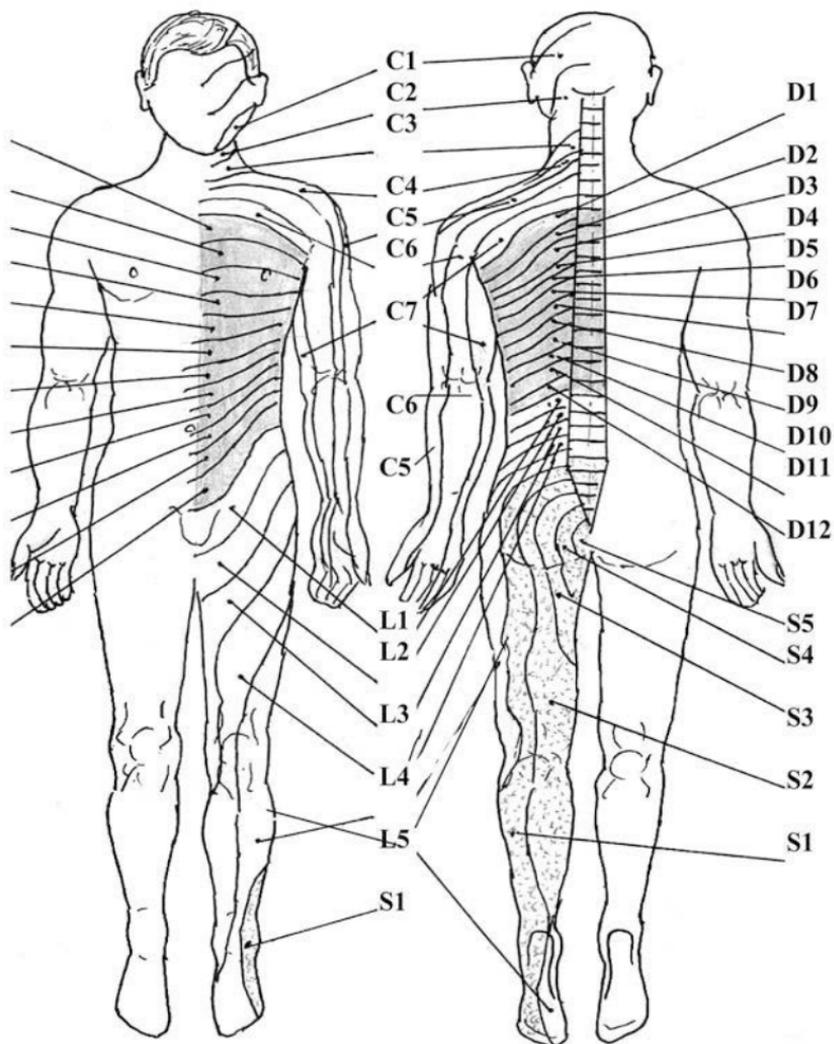
Спина́й моз́г начинается у основания головного мозга (рис. 1), идет от продолговатого мозга и проходит по канальной трубе, образованной другими позвонками.

Заканчивается спина́й моз́г в первом поясничном позвонке большим количеством волокон, которые тянутся к концу позвоночника и крепят спина́й моз́г к копчику.

От спинного мозга через отверстия в дугах позвонков отходят нервные волокна, обслуживающие разные части тела.

На рис. 3 и в таблицах 1 и 2 отмечены и обозначены сегменты спинного мозга, которые иннервируют разные внутренние органы и мышечные системы. Каждый сегмент ответствен за определенную часть человеческого тела.

По своей длине спина́й моз́г состоит из 31 пары нервных волокон: 8 шейных, 12 грудных, 5 поясничных, 5 крестцовых, одна копчиковая. Корешки чувствительных нервов прикреплены к задней стороне спинного мозга, корешки двигательных нервов – к передней. Каждая пара волокон контролирует определенную часть тела.



**Рис. 3. Сегментарная иннервация внутренних органов и мышечных систем: С – шейный отдел; D – грудной отдел; L – поясничный отдел; S – крестцовый отдел.
Цифровые обозначения – порядковый номер позвонка**

Возникает логичный вопрос: что означает приговор «повреждение спинного мозга» – приговор, нередко сопровождаемый медицинским диагнозом «перелом позвоночника»?

При спинномозговой травме связь головного мозга с частью тела, расположенной ниже повреждения, прерывается, и его сигналы не проходят. Чем больше нарушение связи, тем тяжелее последствия травмы. Так, травма на уровне шейных позвонков вызывает паралич всех четырех конечностей, потерю чувствительности большей части тела и нарушение работы внутренних органов, вплоть до дыхания. Травма на более низком уровне (грудном или поясничном) вызывает обездвиженность только нижних конечностей и нарушение работы внутренних органов, находящихся в тазу.

Сознательные действия идут от головного мозга, но, становясь рефлекторными, передаются в ведение спинного мозга, то есть головной мозг программирует порядок действий. В «банке данных» уже при рождении была определена его роль в управлении дыханием, сердцебиением, циркуляцией крови, пищеварением, функциями выделения и воспроизводства. Бесчисленные ежедневные действия – ходьба, прием пищи, разговорная речь и др. – запрограммированы с детства.

Каждый нерв функционирует нормально в том случае, если позвоночник растянут, если он прямой, сильный и гибкий. Если позвоночник укорачивается, расстояние между позвонками уменьшается, и нервы, выходящие через отверстия позвоночных дуг (рис. 1), сдавливаются.

Сегментарная иннервация внутренних органов

Внутренние органы	Нервы [позвонки]
Сердце и восходящая часть аорты	C3–C4, D1–D8
Легкие и бронхи	C3–C4, D1–D8
Желудок	C3–C4, D5 –D6
Кишечник	C3–C4, L1
Прямая кишка	D11–D12, L1–L2
Печень и желчный пузырь	C3–C4, D6–D10
Поджелудочная железа	C3–C4, D7–D9
Селезенка	C3–C4, D8–D10
Почки и мочеточники	C1, D10–D12
Мочевой пузырь	D11, L3, S1–S4
Предстательная железа	D10–D12, L5, S1–S2
Матка	D10, L3
Яичник	D12, L1

Когда сдавливаются волокна в верхней части шеи, у человека появляются сильные головные боли. При сдавливании нервов грудной части вызывается расстройство органов пищеварения. Воздействие на нервные волокна, расположенные чуть ниже, может поразить кишечник и почки.

В таблицах 1 и 2 приведена достаточно подробная информация о сегментарной иннервации внутренних органов. Из них видно, что нет такой части тела, на которую не действовала бы позвоночная нервная система.

Иннервация мышц опорно-двигательного аппарата

Система мышц	Группа мышц	Мышцы	Нервы (позвонки)
1	2	3	4
Шея	Передняя	Грудинно - ключично - сосцевидная	C2–C4
		Надподъязычная:	
		грудинно-подъязычная	C1–C4
		грудинно-щитовидная	C1–C4
		лопаточно-подъязычная	C1–C3
		Глубокие:	
		лестничные	C2–C7
		длинная головы	C1–C5
	длинная шеи	C2–C6	
	Задняя	Ременные:	
		головы	C2–C4
		шеи	C2–C4
		Длиннейшие:	
		головы	C1–C7 D1–D5
		шеи	C1–C7 D1–D5
		Поперечно-остистые:	
		полуостистая головы	C2–D3
		полуостистая шеи	C2–D3
		многораздельная	C2–D3
		вращающая	C2–D3
		Подзатылочные головы:	
		большая прямая	C2
		малая прямая	C2
		верхняя косая	C2

1	2	3	4	
Спина	Поверхностные	Трапецевидная	C2–C4	
		Ромбовидная	C4–C6	
		Поднимающая лопатку	C4–C5	
		Широчайшая мышца спины	C6–D1	
		Верхняя задняя зубчатая	D1–D4	
		Нижняя задняя зубчатая	D9–D12	
	Длинные глубокие	Выпрямители туловища:		
			подвздошно-реберная	C1–S2
			длиннейшая	C1–S2
			остистая	C1–S2
поперечно-остистая				
Грудь		Большая грудная	C3–D3	
		Малая грудная	C7–D1	
		Подключичная	C6	
		Передняя зубчатая	C5–C7	
Живот	Боковая стенка	Наружная косая	D5–D12 L1	
		Поперечная	D7–D12, L1–L2	
	Передняя стенка	Прямая	D3–D12,	
		Пирамидальная	D5–L1	
	Задняя стенка	Квадратная поясницы	L1 –L2	
Руки	Плечевой пояс	Дельтовидная	C5–C6	
		Надостная	C5–C6	
		Подостная	C5–C6	
		Подлопаточная	C5–C6	
	Плечо	Двуглавая	C5–C6	
		Трехглавая	C6–C7	

1	2	3	4
Руки	Предплечье	Сгибатели кисти и пальцев:	
		лучевой кисти	C7–D1
		локтевой кисти	C7–D1
		поверхностный пальцев	C7–D1
		длинная ладонная	C6–D1
		длинный большого пальца	C6–C7
		Разгибатели кисти и пальцев:	
		длинный лучевой кисти	C5–C7
		короткий лучевой кисти	C5–C6
		локтевой кисти	C5–C7
		пальцев	C5–C7
		малого пальца	C5–C7
		длинный большого пальца	C5–C7
		пальцев	C5–C7
		малого пальца	C5–C7
		длинный большого пальца	C5–C7
		Плечелучевая:	C5–C7
		вращающая плечелучевую наружу	C5–C7
		вращающая плечелучевую внутрь	C5–C7
		Вращающая ладонь:	
внутри	C6–C7		
наружу	C6–C8		
Ноги	Таз	Подвздошно-поясничная:	
		большая поясничная	L1–L4
		подвздошная	L1–L4
		Грушевидная	S1–S2
		Ягодичные:	
		большая	L5, S–S2
		средняя	L4, L5–S1
		малая ягодичная	L1–L5
		Напрягающая широкую фасцию бедра	L4, L5, S1

1	2	3	4
Ноги	Бедро	Передняя группа:	
		прямая (четырёхглавая)	L2–L4
		портняжная	L2–L4
		сочленения коленного	L2–L4
		Приводящая группа :	
		нежная	L2–L5
		длинная приводящая	L2–L5
		короткая приводящая	L2–L5
		большая приводящая	L2–L5
		гребешковая	L2–L5
		Задняя группа:	
		полусухожильная	L4–S2
		полуперепончатая	L4–S2
		двуглавая	L4–S2
	Голень	Боковая группа:	
		длинная малоберцовая	L4–S1
		короткая малоберцовая	L4–S1
		Передняя группа:	
		передняя большая берцовая	L4, L5, S1
		длинный разгибатель пальцев	L4, L5, S1
		длинный разгибатель большого пальца	L4, L5, S1
		Задняя группа мышц:	
		трехглавая	L5, S1, S2
камбаловидная		L5, S1, S2	
длинный сгибатель пальцев		L5, S1, S2	
длинный сгибатель первого пальца		L5, S1, S2	
задняя большеберцовая мышца	L5, S1, S2		

Если позвоночник подвержен перенапряжению или резким ударам, позвоночный диск может лопнуть, и студенистая масса ядра через внешнюю оболочку может попасть в позвоночный канал-«трубу». Так образуется грыжа межпозвоночного диска (рис. 1). Глубокое смещение диска в канал может оказать сильное давление на спинной мозг и даже отсечь многие функции организма, расположенные ниже уровня грыжи. Кроме того, лишённые упругой опоры позвонки трутся друг о друга и могут защемить нерв, выходящий из спинного мозга.

Однако не всякая травма позвоночника приводит к нарушению спинного мозга и его функций. Известны случаи, когда при падении человек повреждал несколько отростков позвонков и оставался не только живым, но и вполне здоровым. При нескольких переломах тел позвонков мозг может не травмироваться механически, а лишь временно – даже до года – «отключиться», подобно тому, как это происходит с головным мозгом при сильном сотрясении. Поэтому сам по себе перелом позвоночника еще не приводит к стойкой инвалидности. В таких случаях говорят: «Отделался легким испугом...» – и, отлежав положенные месяцы, больной благополучно встает на ноги.

Бывает наоборот: спинной мозг повреждается при целом или почти целом позвоночнике. Это случается при ножевых или огнестрельных ранениях, электрических травмах или опухолях, вирусных заболеваниях или (в редких случаях) кровоизлияниях близлежащих сосудов.

МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА ТЕЛА

От черепа до крестца выступы позвоночных дуг оплетаются мощными эластичными связками, которые соединяют вместе все позвонки и межпозвоночные диски. Через крестцово-подвздошную область проходит другая система чрезвычайно сильных связок, соединяющих суставы между бедром и основанием позвоночника, на них приходится основной вес человеческого тела.

К позвоночнику с помощью сухожилий прикрепляется сложная система мышц, управляющих его движением. Без мышц вся скелетная система была бы просто грудой неподвижных костей. Слои мощных мышц спины и живота управляют основными движениями тела.

Движения головы и шеи обеспечиваются мышцами, прикрепленными к шейным позвонкам. Мышцы плеч и верхней части рук крепятся к шейным, грудным и верхним поясничным позвонкам, а мышцы бедер – к крестцу и копчику.

Рассмотрим отдельно каждую мышечную систему, имеющую непосредственное отношение к опорно-двигательному аппарату.

По расположению мышцы шеи делят на две группы – передние и задние.

К первой группе относят грудинно-ключично-сосцевидную, подъязычные и глубокий слой мышц – лестничные и длинные сгибатели головы и шеи.

Общая функция этой группы мышц – при двустороннем или одностороннем их сокращении наклонять голову и шею вперед или в сторону.

К задней группе мышц относят: ременные, длиннейшие, полуостистые, подзатылочные.

Общая функция этой группы мышц – при двустороннем или одностороннем их сокращении наклонять голову и шею назад или поворачивать в сторону, набок и вращать голову.

Мышцы верхней конечности также разделяются на две большие группы – мышцы плечевого пояса и мышцы свободной части. Последние соединяют мышцы плеча, предплечья, кисти.

К первой группе относятся мышцы: дельтовидная, надостная, малая и большая круглые, подостная, подлопаточная. Причем последние пять мышц составляют внутренние мышцы.

По своему назначению мышцы первой группы при их сокращении отводят руку до горизонтальной плоскости, тянут ее назад, поворачивают руку наружу и вовнутрь и приводят к туловищу.

Вторая группа мышц верхней конечности включает мышцы плеча – двуглавую и трехглавую. Двуглавая сгибает руку в плечевом суставе, поворачивает предплечье и за счет длинной головки участвует в отведении руки. Трехглавая – очень сильный разгибатель предплечья, ее длинная головка смещает руку назад и приводит ее к туловищу.

К мышцам предплечья относят сгибатели и разгибатели кисти и пальцев, плечелучевые мышцы, поворачивающие предплечье кнаружи и внутрь.

Все сгибатели кисти и пальцев, сокращаясь, сгибают кисть и пальцы, а разгибатели, наоборот, разгибают их.

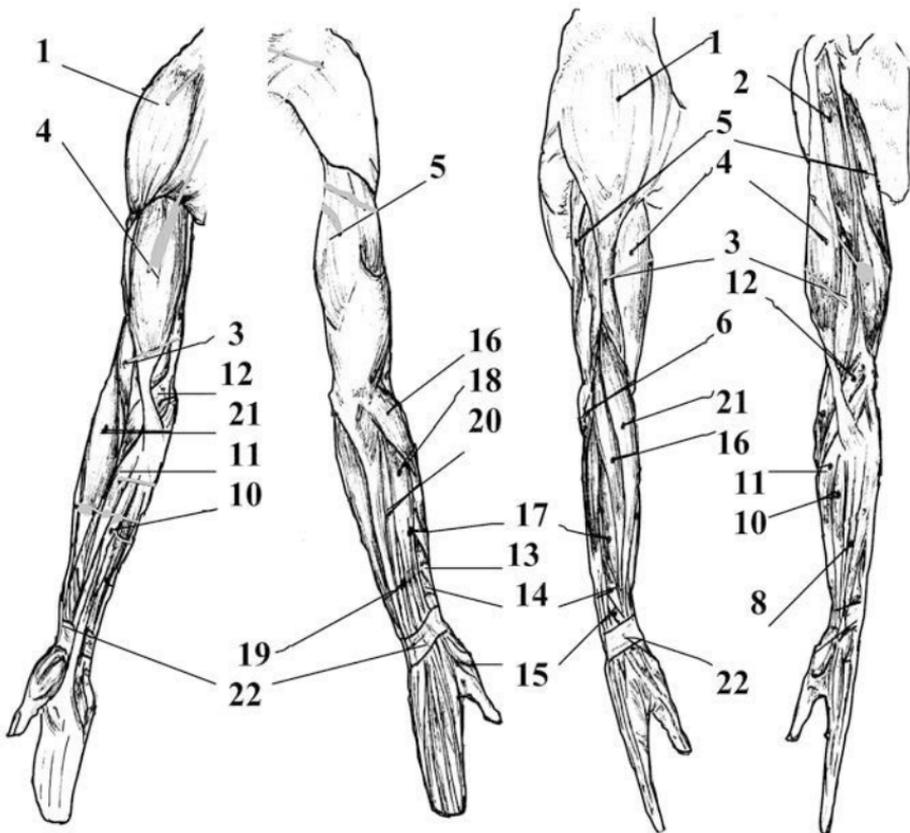


Рис. 4. Мышцы верхней конечности:

1 – дельтовидная; 2 – плечелучевая; 3 – плечевая;
 4 – двуглавая; 5 – трехглавая; 6 – локтевая; 8 – поверхностный сгибатель пальцев; 10 – длинная ладонная мышца сгибателей пальцев; 11 – лучевой сгибатель кисти; 12 – круглая; 13 – длинная отводящая мышца большого пальца; 14 – длинный сгибатель пальца; 15 – длинный разгибатель большого пальца; 16 – длинный лучевой разгибатель кисти; 17 – короткий разгибатель кисти; 18 – общий разгибатель кисти; 19 – разгибатель мизинца; 20 – локтевой разгибатель кисти; 21 – плечелучевая; 22 – квадратная

Плечелучевая мышца, сокращаясь, сгибает руку в локтевом суставе, а также принимает участие в повороте предплечья внутрь и наружу.

Мышца, вращающая ладонь наружу (внутренний слой мышц), имеет вид тонкой пластинки. Сокращаясь, она вращает ладонь наружу, а также принимает участие в разгибании плечевого сустава.

К мышцам, вращающим ладонь внутрь, относятся круглая и квадратная: они участвуют в сгибании предплечья и поворачивают лучевую кость внутрь.

Мышцы туловища также имеют отношение к верхней конечности. Со стороны спины это мышцы: трапециевидная, ромбовидная, поднимающая лопатку и широчайшая спины.

Общая функция этой группы мышц при их сокращении сводится к тому, чтобы приближать лопатки к позвоночнику, поднимать и опускать их, приводить и отводить плечо в сторону.

Мышцы туловища, относящиеся к верхней конечности, со стороны груди включают: большую и малую грудные, подключичную и переднюю трубчатую.

Мышцы этой группы при сокращении приводят в движение и вращают плечо внутрь, осуществляют вращение рук перед грудной клеткой, тянут лопатку и ключицу вверх и вниз.

Мышцы нижней конечности делятся на две большие группы – мышцы таза и мышцы свободной части нижней конечности. В свою очередь, последние объединяют мышцы бедра, голени, ступней.

Мышцы таза разделены на внутреннюю и наружную группы. К первой относят пояснично-подвздошную и грушевидную мышцы, ко второй – ягодичные мышцы и иллиотибиальный тракт (глубокий слой).

Внутренние тазовые мышцы сгибают бедро в тазобедренном суставе, вращают его наружу, а при фиксированном бедре наклоняют туловище вперед и участвуют в отведении бедра.

Мышцы наружной группы таза участвуют в отведении ног и выпрямлении согнутого туловища, сгибании бедра и натягивании широкой его фасции, а также вращают бедро внутрь и кнаружи.

Мышцы бедра включают группы: переднюю (разгибатели), медиальную (приводящие), заднюю (сгибатели).

Эти мышцы участвуют в разгибании бедра и голени, приведении бедра и его вращении кнаружи, а также во вращении голени внутрь и кнаружи.

Мышцы голени состоят из передней и задней групп.

Мышцы передней группы сгибают, поворачивают и вращают ступню, разгибают большой палец и остальные пальцы стопы.

Задняя мышца занимает два слоя – поверхностный и глубокий. В поверхностном слое лежит трехглавая мышца, состоящая из икроножной и камбаловидной. Соединяясь, они образуют мощное ахиллово сухожилие. При сокращении этих мышц сгибаются голень и ступня, приподнимается пятка, при фиксированной ступне они тянут голень и бедро назад.

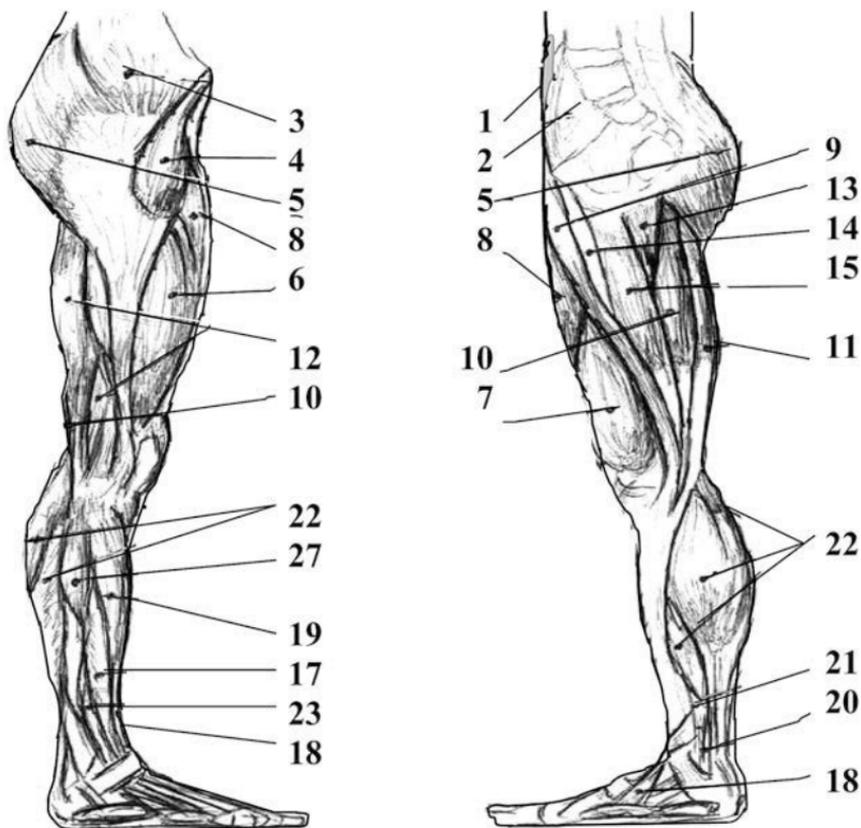


Рис. 5. Мышцы нижней конечности (вид сбоку):

1 – подвздошная; 2 – большая поясничная; 3 – средняя поясничная; 4 – напрягающая широкую фасцию бедра; 5 – большая ягодичная; 6 – латеральная широкая разгибательная бедра; 7 – медиальная широкая разгибательная бедра; 8 – прямая четырехглавая бедра; 9 – портняжная; 10 – полуперепончатая; 11 – полусухожильная; 12 – двуглавая; 13 – большая приводящая; 14 – длинная приводящая; 15 – нежная; 17 – длинный разгибатель пальцев; 18 – длинный разгибатель большого пальца; 19 – передняя большая берцовая; 20 – задняя большая берцовая; 21 – длинный сгибатель пальцев стопы; 22 – трехглавая голени; 23 – короткая малоберцовая; 27 – длинная малоберцовая

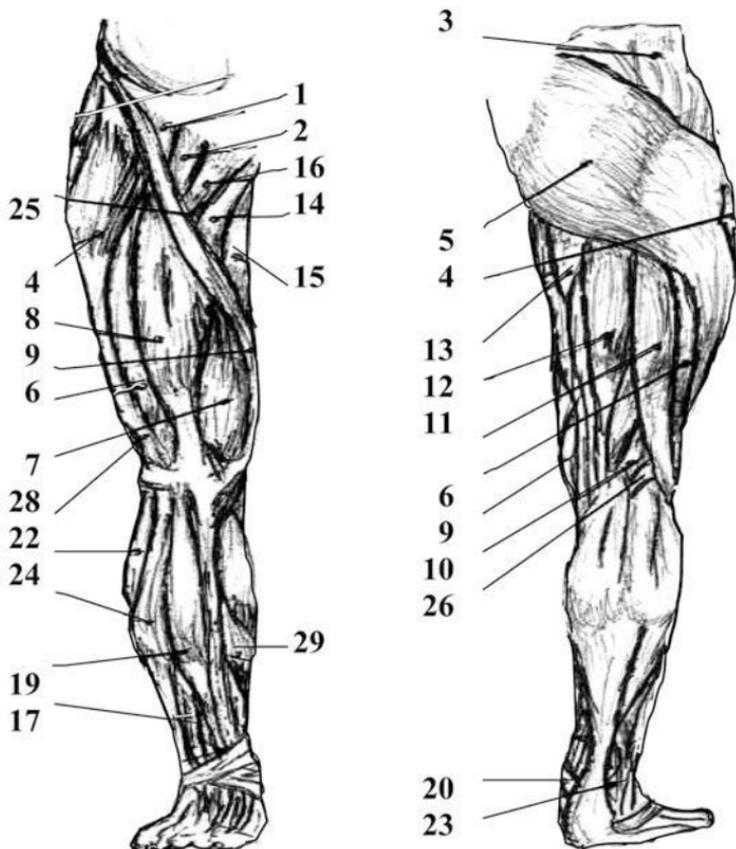


Рис. 6. Мышцы нижней конечности:

1 – подвздошная; 2 – большая поясничная; 3 – средняя поясничная; 4 – напрягающая широкую фасцию бедра; 5 – большая ягодичная; 6 – латеральная широкая разгибательная бедра; 7 – медиальная широкая разгибательная бедра; 8 – прямая четырехглавая бедра; 9 – портняжная; 10 – полуперепончатая; 11 – полусухожильная; 12 – двуглавая; 13 – большая приводящая; 14 – длинная приводящая; 15 – нежная; 16 – гребешковая; 17 – длинный разгибатель пальцев; 19 – передняя большая берцовая; 20 – задняя большая берцовая; 22 – трехглавая голени; 23 – короткая малоберцовая; 24 – длинная малоберцовая; 25 – короткая приводящая; 26 – коленного сочленения; 28 – двуглавая бедра; 29 – камбаловидная

В глубоком слое лежат длинный сгибатель пальцев, длинный сгибатель большого пальца и задняя большеберцовая мышца. Все названные мышцы при сокращении сгибают, поворачивают ступню внутрь и кнаружи.

Мышцы спины подразделяются на мышцы поверхностные (наружные) и глубокие (внутренние). Поверхностные мышцы имеют отношение к верхней конечности и ребрам, а глубокие лежат около позвоночника и делятся на длинные и короткие. Мышцы, имеющие отношение к верхней конечности, рассмотрены выше.

Мышцы спины, имеющие отношение к ребрам, при сокращении участвуют в разгибании позвоночника, а при одностороннем – поворачивают туловище в свою сторону.

Глубокие длинные мышцы спины расположены с обеих сторон позвоночника от затылка до крестца. К ним относятся ременные мышцы головы и шеи, выпрямитель туловища и поперечно-остистая мышца. Мышцы головы и шеи рассмотрены выше.

Глубокие мышцы спины при двустороннем сокращении удерживают позвоночник в вертикальном положении и являются основными его разгибателями, а при сокращении с одной стороны наклоняют туловище и вращают его в противоположную сторону.

Мышцы живота подразделяют на боковую, переднюю и заднюю стенки.

К боковой стенке относят наружную, внутреннюю косую и поперечную мышцы. Мышцы боко-

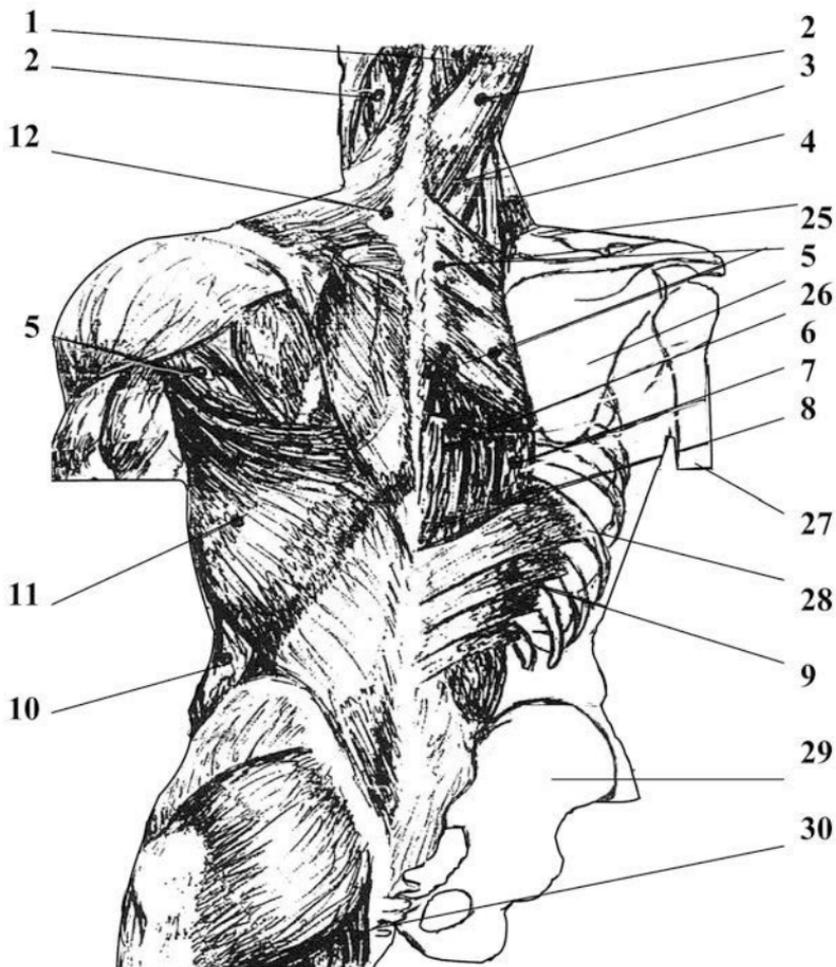


Рис 7. Мышцы туловища со стороны спины, наружные и внутренние:

1 – полуостистая; 2 – ременная головы; 3 – ременная шеи; 4 – поднимающая лопатку; 5 – малая и большая ромбовидные; 6 – длиннейшая спины; 7 – подвздошно-реберная; 8 – остистая; 9 – задняя нижняя зубчатая; 10 – косая наружная живота; 11 – широкая спины; 12 – трапециевидная; 25 – ключица; 26 – лопатка; 27 – плечевая кость; 28 – ребра; 29 – тазовые кости; 30 – крестец

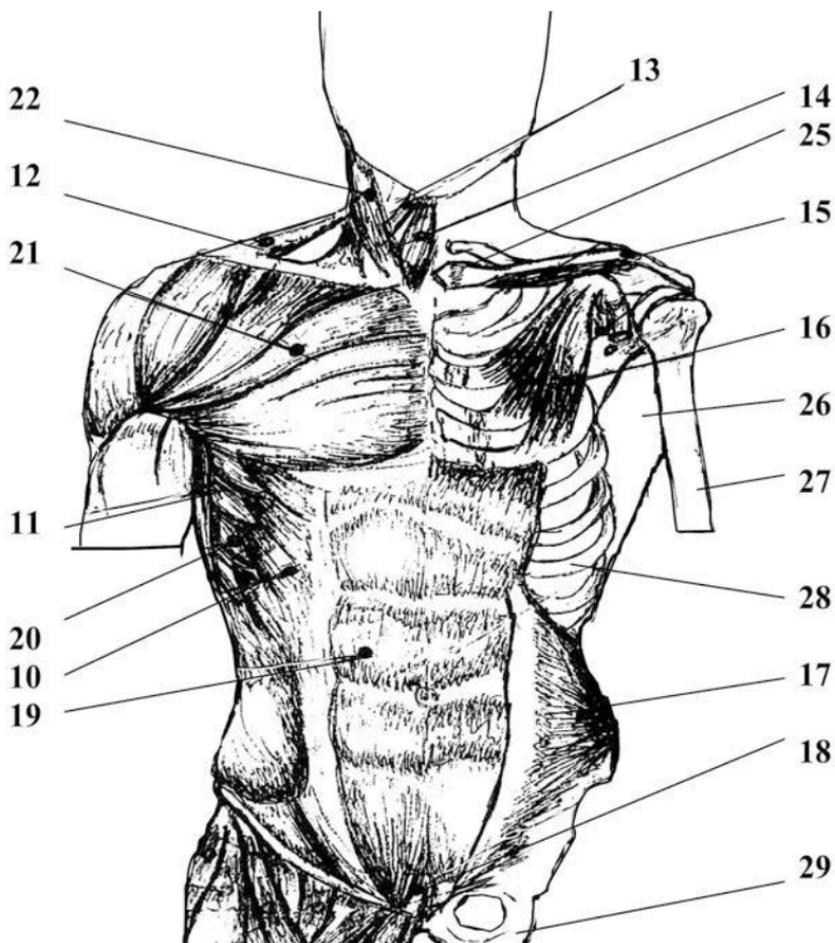


Рис. 8. Мышцы туловища со стороны груди, наружные и внутренние:

10 – косая наружная живота; 11 – широкая спины; 12 – трапециевидная; 13 – лопаточно-подъязычная; 14 – грудинно-подъязычная; 15 – подключичная; 16 – малая грудная; 17 – внутренняя мышца живота; 18 – пирамидальная; 19 – прямая живота; 20 – передняя зубчатая; 21 – большая грудная; 22 – грудинно-ключично-сосцевидная; 25 – ключица; 26 – лопатка; 27 – плечевая кость; 28 – ребра; 29 – тазовые кости

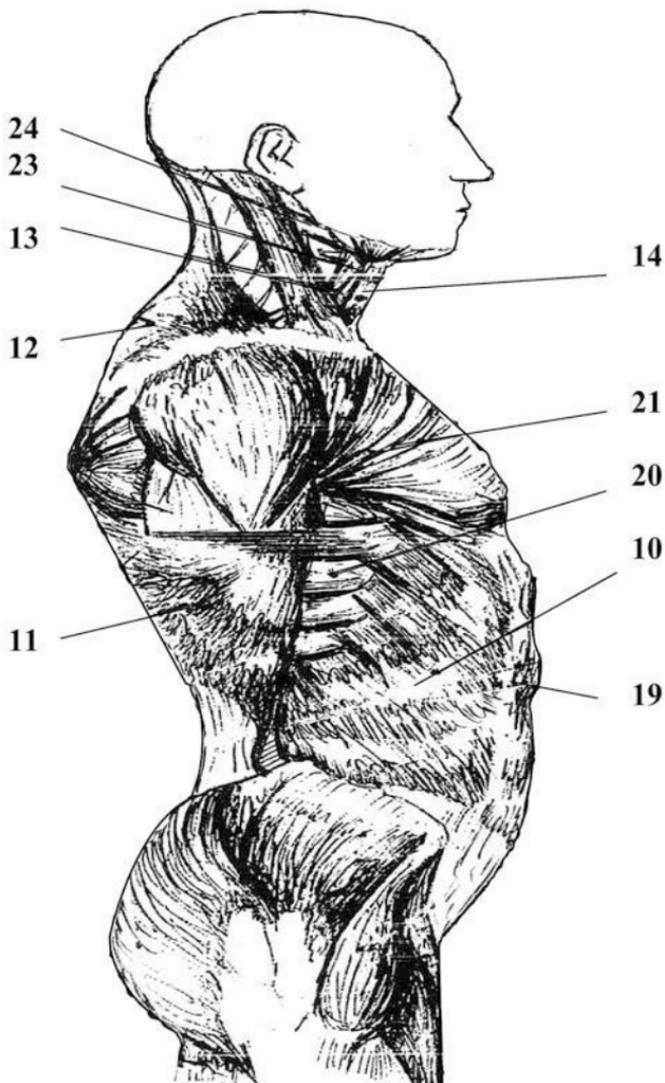


Рис. 9. Мышцы туловища (сбоку):

10 – косая наружная живота; 11 – широчайшая спины; 12 – трапецевидная; 13 – лопаточно-подъязычная; 14 – грудинно-подъязычная; 19 – широкая живота; 20 – передняя зубчатая; 21 – большая грудная; 23 – грудинно-щитовидная; 24 – грудинно-ключично-сосцевидная

вой стенки живота, сокращаясь с одной стороны, вращают туловище, двустороннее же сокращение их при укрепленном тазе тянет грудную клетку и сгибает позвоночный столб, оказывая давление на внутренние органы, уплощает стенку живота и сближает нижние отделы грудной клетки.

К передней стенке живота относят прямую и пирамидальную мышцы. Эти мышцы при сокращении наклоняют туловище вперед, смещают книзу грудную клетку и выполняют функцию брюшного пресса, а также натягивают белую линию живота.

К задней стенке живота относят одну квадратную мышцу поясницы. Сокращаясь, она тянет подвздошную кость кверху и двенадцатое ребро книзу. Она также участвует в боковых сгибаниях поясничного отдела позвоночника и при двустороннем сокращении тянет его назад.

ОПАСНОСТИ, КОТОРЫЕ ПОДСТЕРЕГАЮТ НАС

Последствия травмы спинного мозга или его заболевания вызывают не только обездвиженность и потерю чувствительности тела. Спинальники подстерегают и многие сопутствующие болезненные явления: пролежни, желудочные расстройства, контрактура, спастика, корешковые боли, нарушение терморегуляции, вторичные переломы костей, нарушение дыхания... И, к сожалению, это еще не все. Через многие из них после операции прошел и я. Каждый из нас должен представлять признаки и природу этих угрожающих явлений.

Главное при лечении всех этих сопутствующих заболеваний – советоваться с доктором, который имеет дело именно со спинальными больными. Участковый врач чаще всего не владеет правильными лечебными методиками. Полезную информацию о них могут дать сами инвалиды-спинальники, знающие способы оздоровления и имеющие необходимые лекарства под рукой.

ПРОЛЕЖНИ

Пролежни – серьезная опасность для инвалидов-спинальников, возникающая ввиду их лежачего положения или сидячего образа жизни. Причина кроется в повреждении особых нервных волокон

спинного мозга, ответственных за процессы питания тканей.

Пролежни чаще всего возникают на крестце, ягодицах, бедрах и пятках, а у шейников – еще и на локтях, лопатках, затылке. Опасность заключается в том, что, появившись хотя бы в одном месте, пролежень ограничивает ваши движения и способствует их появлению уже и в других местах. Чтобы свести эту опасность к минимуму, важно следить за чистотой и сухостью постели, за тем, чтобы не было складок на простынях. Я, например, до тех пор, пока не заживал пролежень, всегда подкладывал под ягодицы мягкую подушечку размером 50 x 50 мм.

Спортсмены-колясочники в азарте соревнований, как правило, забывают об опасности появления пролежней на ягодицах. В результате там возникают гниющие незаживающие раны. Я бы не советовал колясочникам, у которых нарушена чувствительность части туловища и обездвижены ноги, заниматься каким-либо спортом вообще.

Тем же, кто сидит днем в коляске, желательно хотя бы через каждые полчаса менять положение тела или отжиматься от колес (подлокотников), поднимая таз. Сидеть необходимо на мягкой подушечке или подушечке против пролежней.

Нельзя допускать опрелостей в паховых и ягодичных складках, а также между пальцами ног. Одеваясь или обуваясь, важно следить за тем, чтобы ничего постороннего не попало в брюки (спортивные штаны) или обувь.

При появлении пролежня или какого-то подозрительного участка не доводите дело до катастрофы – срочно залечивайте его, пока он не разросся до ближайшей кости!

ТАЗОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Это обычные спутники травмированного позвоночника. Дело в том, что пищеварительный тракт и мочевыводящие пути частично работают автоматически, а частично под контролем сознания. При травме или болезни спинного мозга больной длительное время не может волевым усилием влиять на акты опорожнения кишечника и мочевого пузыря: ему не подчиняется анальный сфинктер прямой кишки и уретры.

А ведь тазовые расстройства не просто создают дискомфорт – они представляют серьезную опасность для физиологического здоровья, а иногда даже самой жизни, и это не преувеличение.

Мочеиспускание

У меня, как и у многих после спинального шока, мышцы мочевого пузыря ослабли, а сфинктеры, наоборот, сжались. Поэтому мочу пришлось удалять катетером. Операция-то довольно непростая, и сделала ее неопытная, молодая медсестра. При продавливании через плотно сомкнутые жомы сфинктеров она сильно поранила те места. От серьезных проблем с выводом мочи меня спасло то, что моей дочери, а она гинеколог, удалось приобрести разовые импортные пластиковые катетеры, имеющие диаметр трубки 5 мм.

Катетеризацию проводят и в домашних условиях. О чем необходимо при этом помнить?

Несколько конкретных советов. Очень важно подобрать оптимальную величину диаметра катетеров. Храните катетеры в растворе фурацилина. Стерилизовать все необходимое следует в течение 15 минут. Тщательно следите за чистотой внешних половых органов, промежности и, разумеется, самой руки. В противном случае возможна инфекция в уретре.

Как проводить процедуру самому? Находясь в полулежачем положении вводите катетер, конец которого предварительно смазан вазелином или растительным маслом. Удерживая катетер от выскользывания, помогите мочевому пузырю напряжением мышц живота и надавливанием живота на участке выше лобка. После удаления мочи катетер вынимают, промывают, кипятят, убирают в специальную посуду с фурацилином. Катетеры используются многократно до тех пор, пока материал не загрубеет.

В больницах эту процедуру обычно делают по определенному режиму три раза в сутки. Однако при переполнении мочевого пузыря срочно вызывайте медсестру. Переполнение мочевого пузыря чревато обратным забросом мочи в почки, а это может стать причиной приступа инфекционного пиелонефрита.

Дома, если самому справиться с катетером не удастся, необходимо вызвать скорую помощь, объяснив диспетчеру причину вызова.

Если мочевой пузырь не удастся опорожнить естественным путем, инвалиды-спинальники пользуются мочеприемниками. Например, мужчины вне дома используют переносные писсуары в форме пластиковых емкостей разного объема и формы. Такую бутылочку (мешок) можно закрепить на поясе или на ноге.

Большую услугу нашему брату может оказать постоянный катетер. На конце его, который вводится в мочевой пузырь, имеется расширение, чтобы трубка не выскальзывала. Внешний конец герметично соединяют с прямым резервуаром любой формы.

Однако лежащий больной мужчина чаще пользуется стандартными резиновыми наконечниками, которые натягиваются на пенис. Не следует закреплять наконечник бинтом или шнурком во избежание болезненной раны. В одной из больниц мой сосед по палате часто использовал один и тот же бинт. В результате однажды утром он не узнал своего «мужского достоинства» – и пришлось срочно вызывать уролога.

Для поддержания состава мочи и, в частности, нормальной кислой реакции, препятствующей размножению бактерий, полезны яблоки, виноград, клюква, свежие соки и т. д. Вообще во избежание мочевых инфекций выпивайте в сутки не менее двух литров жидкости.

Наряду с курсом лечения, предложенным урологом, рекомендуется регулярно пить мочегонные или почечные чаи, отвары из сбора различных трав.

Они обладают бактерицидным свойством, улучшают обмен веществ, очищают организм от шлаков и регулируют работу мелких сосудов.

Работа пищеварительного тракта

Проблемы с опорожнением кишечника возникают по той же причине: нам не подчиняется анальный сфинктер – кольцевая мышца, запирающая отверстие прямой кишки.

Обычно она находится в сжатом состоянии. Помимо нашей воли перистальтические сокращения кольцевых мышц кишечника ослабевают, и нарушается согласованность их работы. В кишечнике возникают спазмы, которые препятствуют выделению фекальных масс.

Обычным спутником спинномозговой травмы являются запоры и как их следствие – геморрой.

Чтобы уберечься от геморроя и бороться с ним, если уж уберечься не удалось, нужно в первую очередь наладить правильную диету. В нашем рационе всегда должны присутствовать сырая и вареная свекла, капуста, морковь, кабачки, тыква. Пусть не сходят со стола чернослив, яблоки, инжир, курага, груши. Нужно чаще пить комбинированные соки, соки рябины и калины, отвары пшеничных отрубей. Хорошо помогает растительное масло в салатах и винегретах.

На ранней стадии после травмы мучительно газообразование. Для избавления от этого в прямую кишку вводят резиновую трубку длиной 10–15 см. Надежным средством от вздутия кишечника являются укроп в отваре, таблетки активированного угля.

Для усиления перистальтики кишечника полезны упражнения лежа или сидя. Рекомендую по утрам выполнять в кровати любые доступные вам движения-упражнения ногами, прессом, тазовыми мышцами. Днем, когда сидим в коляске или на стуле, желательно делать наклоны туловища в стороны и вперед-назад. Наконец, полезен внешний массаж сигмовидной кишки и обводной, особенно если выполнять его несколько раз в день.

Если не удастся вызвать опорожнение кишечника самостоятельно, можно прибегнуть к слабительным средствам, ректальным свечам, очистительным клизмам. Слабительные действуют спустя разное время, от 4 до 10 часов. Нередко бывает, что после их приема наступает еще более сильный запор, и вы в следующий раз вынуждены увеличивать дозу. Так возникает привыкание к этому средству, побуждающее искать более сильные препараты. Надо бы стараться этого избегать и если пользоваться слабительными, то растительного происхождения, Так, многие инвалиды-спинальники годами живут, принимая отвары листьев сенны, тысячелистника, побегов облепихи, жостера, цветков бузины, экстракта крушины, ревеня.

Слабительные ректальные свечи действуют главным образом на нижние отделы толстых кишок, и поэтому их приходится употреблять чаще, чем другие препараты (через день и даже ежедневно).

Изучая соответствующую литературу, я натолкнулся на один полезный совет. Для усиления перистальтики надо ритмично надавливать тремя

сомкнутыми пальцами здоровой руки на участок промежности спереди анального отверстия прямой кишки. Как только фекальные массы подойдут к анальному отверстию, необходимо помассировать позади анального отверстия, чтобы деформировать твердые фекальные массы и предотвратить разрыв самого отверстия. Я пользуюсь этой рекомендацией много лет.

Таким путем мне удалось избавиться от проблем с дефекацией и избежать геморроя. Кроме того, я ежедневно делаю массаж сигмовидной кишки, где обычно скапливаются твердые фекальные массы.

Здоровые люди говорят, что стул должен быть ежедневным. Инвалидам-спинальникам не следует слушать эти разговоры, потому что иначе усилия и процедуры по опорожнению кишечника попросту подчинят их, намертво привяжут к проблемам пищеварения. Из моего опыта и опыта других больных с большим стажем можно заключить: опорожнение кишечника два раза в неделю вполне достаточно для поддержания здоровья. А вот задержка более чем на четверо суток совершенно нежелательна.

СПАСТИКА

Я, спинальник-шейник с двенадцатилетним стажем, казалось бы, прошел через все и справился с очень многими проблемами. Они меня мучили в течение первых трех – пяти лет, но постепенно отошли на второй план. Однако и по сей день осталась неразрешимой одна проблема – высокий спастический тонус, спастика, которая ежегодно усиливает-

ся. Никакие таблетки и уколы (баклофен, мидокалм и др.) не дали положительного эффекта.

От нее очень страдаю по ночам. Из-за сильных судорог не могу лежать в кровати с вытянутыми ногами на спине и животе, стоять даже с упором колен более чем 15–20 минут, ходить с костылями на прямых ногах. Иногда кажется, что задние сгибатели мышц бедра, голени и стопы оторвутся от костей, а мышцы спины раздавят позвоночник. Это состояние можно сравнить с тем, как если бы я ходил или стоял с заплечным рюкзаком весом более 20–25 кг. Для семидесятилетнего человека это, конечно же, тяжело.

От инвалидов-спинальников и методистов ЛФК приходится слышать, что в умеренном спастическом тонусе больше хорошего, чем плохого, просто следует научиться пользоваться им во благо. Я в этом сомневался и много раз пытался выявить первопричину появления спастики и ножных судорог, понимая, что это информация о каких-то аномалиях, вредящих организму. И сразу же стало ясно, что спастические явления резко усиливаются после тренировочных перегрузок, при переохлаждении ног, при долгом пребывании в одном положении.

Постепенно я пришел к тому же выводу: умеренный спастический тонус все же несет больше плюсов, чем минусов. Ведь я могу стоять, ходить, подниматься и спускаться по лестнице, решать все (или многие) проблемы самообслуживания. Спинальники же с вялым параличом – без коляски – этого делать не могут.

Так что же такое спастический синдром?

Это, по сути, произвольное сокращение мускулатуры. Спазмы проявляются в тех мышцах, которые находятся под контролем головного мозга у здоровых людей, то есть управляются их сознанием. Высокий спастический тонус появляется по мере ослабления или полного исчезновения спинального шока, когда восстанавливаются рефлексы. Он характерен для больных с поражением на уровне шейного или грудного отделов позвоночника, то есть в интервале, где расположен спинной мозг, и не присутствует при более низких поясничных травмах, так как здесь мозг расщепляется на отдельные нервные пучки, образующие так называемый конский хвост.

Пока человек здоров, при каком-нибудь поражении кожи – ожоге, например – сигнал по чувствительному нерву поступает в головной мозг, а тот отдает приказ отдернуть руку и устранить неприятное ощущение. Больной со спинальной составляющей не может чувствовать боли, так как болевой импульс доходит только до разрушенного участка спинного мозга и выше не пробивается. У здорового человека головной мозг тормозит активность спинного мозга, у больного с позвоночными проблемами этого не происходит. Вот и мечется импульс вверх-вниз по отгороженному травмой концу спинного мозга, вызывая неконтролируемые движения. Спинной мозг при этом перевозбуждается, и в ответ даже на легкое раздражение появляются сильнейшие судороги – спастика.

Раздражения, ее вызывающие, бывают внешними и внутренними. Так, подергивание ног может возникнуть вследствие потертости в паху, трещины на ягодичной складке, тесной обуви, наполненного мочевого пузыря, скопления газов в кишечнике, твердого стула, однообразного положения тела, переохлаждения, перегревания, неумелого массажа.

КОНТРАКТУРА

Контрактура – ограничение подвижности суставов – крайне неприятная напасть, преследующая некоторых инвалидов-спинальников. Дело в том, что сгибаемые и разгибаемые мышцы, управляющие работой суставов, могут быть парализованы в разной степени. Длительное фиксированное положение вызывает изменения в мягких тканях вокруг суставов. Сухожилия и связки теряют пластичность, забиваются солями – суставы становятся недвижимыми. Чаще всего возникают контрактуры сгибателей в тазобедренном суставе и ступнях. Даже если паралич со временем отступит, ты можешь просто не встать на ноги.

Причина контрактуры – результат запущенности больного, незнания, что надо делать, или нерадивости людей, которые в первое время ухаживают за ним. Чтобы не дать развиться скованности в движениях и контрактурам, необходимо нещадно разрабатывать все суставы конечностей, сгибая и разгибая их по нескольку раз в день. Здесь нужны настойчивость и регулярность. И – обязательно – безжалостность к себе. И огромное терпение! Запаситесь всем этим. Будет гораздо хуже, если за-

пустить контрактуру: ее не удастся потом раскатать никакими грязями, ваннами и ЛФК.

Особенно важно следить за ступнями в положении лежа. Поверхность ступни должна быть перпендикулярна голени. Можно прикрепить к стенке кровати ровную фанерку, чтобы ступни упирались в нее.

Если приходится лежать на животе, ступни должны свободно свисать за матрас или подушечку под полусогнутыми голениями.

При появлении в ступнях скованности, если заметили, что они разгибаются с трудом, необходимо, чтобы избежать развития контрактуры, немедленно начать массаж мышцы голени и голеностопного сустава, принудительно сгибать сустав. Не заметили вовремя приближения этой беды – и вот уже ступни находятся в оттянутом, как у балерины, положении, и невозможно поставить ногу на всю плоскость. Я рекомендую в этом случае использовать вот такое приспособление (рис. 10).

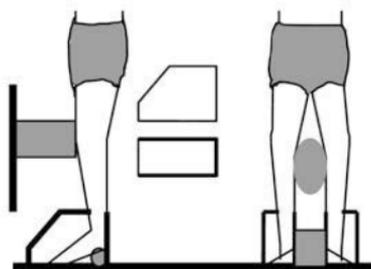


Рис. 10

Вы стоите с упором для колен. Ступни фиксируются в специальном ящике (имитируется обувь). Под пятку подкладывают полужесткий валик. Превозмогая терпимую боль, вы некоторое время под весом собственного тела сгибаете ступни. Это упражнение надо делать ежедневно по несколько раз, регулируя размеры валика в за-

висимости от болевых ощущений и времени занятия. Для начала не надо стоять долго, вполне достаточно 1–5 минут. А потом валик можно будет убрать совсем. При стоянии с упором колен между ящиками необходимо установить проставку – деревянный брусок шириной 70 мм, а можно подвесить между коленями мягкий валик (для этого годятся пол-литровый баллон из-под газированной воды или мячик диаметром 100–150 мм). Чтобы спастика не согнула ноги и не сдвинула ящики, их следует обвязать ремнем, закрепив их концы к стойкам.

Во время ходьбы на костылях при сильной спастике задних мышц ног желательно увеличить высоту каблучков обуви или подложить под пятку стельку требуемой толщины. Когда я хожу на костылях, в моей обуви обязательно лежат стельки толщиной в 15 мм.

КОРЕШКОВЫЕ БОЛИ

Многие, кто перенес травму спинного мозга, сталкиваются с такой напастью. Иногда боли проходят через несколько дней после травмы. Но есть люди (я в их числе), которые вынуждены жить с этим годами.

Корешковые боли порою становятся настолько невыносимыми, что человек соглашается на повторную операцию на спинном мозге. Я знаю троих, кто после такого небезобидного вмешательства не мог уже больше ни стоять, ни передвигаться на своих ногах.

Боли бывают двух типов. К первому типу относятся боли в поясе гиперчувствительности. Эта зона

находится между здоровой частью тела и частью с пониженной чувствительностью (или отсутствием ее вовсе). В этой зоне появляется болезненная чувствительность, и тогда малейшее прикосновение вызывает ужасные ощущения. У меня так бывает, когда прикасаются каким-нибудь предметом к поверхностям подошв. В нашей палате лежал больной шахтер, который все время обвинял медперсонал в том, что с ним якобы грубо обращаются. Однако дело было в том, что из-за болезненной чувствительности у него возникал резкий синдром в виде судорог в местах прикосновения.

Ко второму типу относятся глубокие боли в области травмы и в конечностях. Как правило, эти боли бывают ритмичными и проявляются импульсами от нескольких секунд до минуты – неоднократно в течение дня. У меня подобное появляется в ногах по ночам в виде судорог через каждые 15 секунд продолжительностью не более 5 секунд – и так несколько часов кряду. Уснуть, естественно, невозможно. Судорожное состояние зависит от окружающей температуры, изменения погоды и моего внутреннего состояния. Временами боль можно утихомирить, если менять положение тела, напрягать мышцы, растирать на теле определенные точки или зоны.

Долго я это терпел, наблюдал и анализировал. И, кажется, выработал некоторые приемы борьбы с этими корешковыми болями. Если температура воздуха на улице ниже 16°, я надеваю бурки; при температуре ниже 10° надеваю перчатки. Перед тем как

встать с кровати после пробуждения, я должен расслабиться, то есть привести себя опять в дремотное состояние. Пробовал утихомирить боли аутогенной тренировкой – не получается. Временно помогали электростимуляторы обезболивающего действия.

Препараты типа анальгина, пенталгина и пр. в большинстве случаев практически, увы, не помогают.

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ

При вялых параличах слабый тонус мышц конечностей – плохая защита для костей, если падаешь с кровати (с коляски, на костылях) или если ступнями попадаешь под ножку коляски. За время лежания в центре я был свидетелем четырех случаев, когда инвалиды ломали себе ноги. Ну, двое-то упали с кровати после чрезмерной дозы алкоголя: один сломал бедренную кость, другой – головку бедра. А вот третий в кровати решил раздвинуть колени бесчувственных ног здоровыми руками – сломал головку бедра. Четвертый получил такой же перелом, когда шел по мокрому полу, не удержал костыли и упал навзничь.

Я падал четыре раза по своей невнимательности, но обошлось без переломов. А ведь могло быть всякое.

Переломы у инвалидов-спинальников срастаются плохо при вялых и спастических параличах. Часто кости срастаются криво или образуют ложные суставы, не позволяющие вставать даже в аппаратах. Гипсовые биндажи чреватые образованием под ними пролежней.

НАРУШЕНИЕ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ

Это испытание проходят фактически все, кто перенес травму спинного мозга на уровне шейного отдела позвоночника. В жаркие дни у них не работают потовые железы, регулируемые вегетативной нервной системой, поэтому быстро наступает перегревание организма. В холодные дни, наоборот, они чувствуют себя дискомфортно от переохлаждения.

Если от холода можно спастись, одевшись теплее, то спастись от перегревания значительно труднее.

В целом нарушение терморегуляции не слишком опасно, хотя и дискомфортно. Но спинальным шейникам все-таки не надо этим пренебрегать.

В нервном отделении, где лежал я, было несколько случаев, когда один из больных во время чаепития в компании, забыв о нарушенной у него терморегуляции, долго держал в руках кружку с кипятком. Результат – сильный ожог кисти. Другой пациент положил электрогрелку под поясницу и, тоже забыв об этом, сильно «поджарился», после чего длительное время не лежал на спине и даже не ходил.

Если у вас нарушена терморегуляция, не стесняйтесь спрашивать, положим, о том, насколько горячее блюдо вам предлагают. Я, например, не могу держать в руках металлический предмет с температурой выше 50 и ниже 10°. При таких температурах чувствую своеобразный ожог. Принимая ванну, всегда использую термометр. Оптимальная температура для меня 28–30°. Будь вода горячее, сразу сильно расслабляются мышцы ног и рук, а после ванны я не смогу встать и добраться на костылях до

кровати. При низких температурах, наоборот, усиливается спастика.

Ввиду терморегуляционных нарушений моя кожа излишне суха. Поэтому я не могу держать в руках мелкие предметы – они выскальзывают.

Чтобы избежать известных неприятностей, стараюсь не злоупотреблять солнцепеком.

Некоторые инвалиды-спинальники для охлаждения тела используют распылители. Освежение лица и вправду благотворно воздействует на состояние всего тела.

ПРОБЛЕМЫ ДЫХАНИЯ

При травмах высокого уровня возможен паралич дыхательной мускулатуры. Сохраненные мышцы крепнут постепенно, но не настолько быстро, чтобы при больших проблемах с вентиляцией легких не возникла опасность их воспаления.

Спинальники-шейники с трудом отхаркиваются из-за слабых мышц живота. При скопившейся в бронхах слизи им непросто устранять мокроту в горле. Чтобы облегчить этот процесс, приходится просить:

– Поколотите меня по спине.

Для стимуляции дыхательной мускулатуры рекомендую простое приспособление собственной конструкции. С его помощью я решил свои дыхательные проблемы за полтора месяца (рис. 12.4).

Когда налицо дыхательные аномалии, полезно перед сном ставить банки на спину, а вечером – на грудь. Ночная мокрота будет скапливаться гораздо меньше.

Подытоживая разговор об опасностях, подстерегающих инвалида-спинальника, и в частности спинальника-шейника, подчеркну самое важное, что должен делать он для каждодневного контроля за своим здоровьем:

- помнить об опасности пролежней, а если они уже появились, использовать подушки против пролежней, чаще менять положение тела, ограничивать себя в спортивных мероприятиях;

- пользоваться любым переносным писсуаром (днем и ночью, в дороге и на отдыхе), своевременно выводить катетером мочу из организма;

- научиться без помощи слабительных препаратов опорожнять прямую кишку, массируя анальное отверстие спереди и сзади;

- при высоких спастических тонусах (параличах) не переохлаждаться и чрезмерно не тренироваться; при вялых параличах следить за техникой безопасности во избежание падений;

- ни в коем случае не допускать контрактуры, в особенности ног; ступни должны быть всегда перпендикулярны относительно голени;

- при нарушенной терморегуляции помнить об этом и постоянно пользоваться термометром;

- решать проблемы с дыханием, используя специальные дыхательные устройства;

- уметь пользоваться шприцами, не забывая при этом об их стерильности; в домашних условиях инъекции допустимы в любую крупную мышцу тела.

ОПАСНОСТИ, КОТОРЫЕ ПОДСТЕРЕГАЮТ ВСЕХ

С вышеперечисленными осложнениями сталкивается большинство инвалидов-спинальников. Однако нас, как и людей ходячих, могут беспокоить заболевания самого позвоночника, не связанные напрямую с травмой или неудачной операцией.

Ходячие вовремя реагируют на недомогания и боли в опорно-двигательном аппарате и, следовательно, спешат к врачу. Мы же, прикованные к коляскам или постели, можем не заметить этих новых для нас недомоганий. Дело в том, что наш организм по-своему приспосабливается в ответ на болевые ощущения, исходящие от места позвоночной травмы, а также в ответ на изменения, возникшие по причине травм.

Чтобы свести к минимуму появление новых болей позвоночника, нужно знать о них, вовремя их распознавать и научиться бороться с ними в домашних условиях.

МЕЖПОЗВОНОЧНАЯ ГРЫЖА

Чаще всего межпозвоночная грыжа возникает у людей с двадцатилетнего возраста и редко у пожилых людей. Каков механизм ее появления?

В результате неловкого движения при наклоне в сторону или при неправильном поднятии тяже-

сти происходит разрыв межпозвоночного диска, образовавшаяся при этом грыжа выпячивается назад или в сторону, давит на корешок нерва в месте его выхода из спинномозгового канала и вызывает воспаление, сопровождающееся отеком. По мере увеличения отека нерв сдавливается все больше. Все больше усиливаются боли, а потом может возникнуть частичная потеря чувствительности одной из конечностей, и появляется слабость в другой.

Заболевание продолжительно по времени – до нескольких месяцев. Лечение – постельный режим, болеутоляющие средства и вытягивание позвоночника. Если все это не помогает и начинаются серьезные проблемы с внутренними органами, прибегают к операционному вмешательству. По окончании острого периода во всех случаях лечения применяют лечебную гимнастику.

ОСТЕОХОНДРОЗ

С возрастом людей преследуют деструктивные изменения межпозвоночного столба, позвонков и суставов. Происходит сближение тел позвонков, в результате чего развивается склероз, то есть уплотнение и гибель губчатой костной ткани тел позвонков. Развитию заболевания способствуют травмы, некоторые профессиональные факторы, сидячий образ жизни, неправильное питание.

Для остеохондроза шейного отдела характерны боли в задней поверхности шеи, шум в ушах, головокружение, скованность плеч и рук, тупые или острые боли по ночам, «ползание мурашек», оне-

мение, покалывание. Боли захватывают плечевой и локтевой суставы, предплечье, отдают в шею и затылок. Они усиливаются при отведении рук и закладывании их за спину.

При шейно-грудном остеохондрозе боли часто отдают в область сердца, и нередко больные, думая, что у них стенокардия, обращаются за помощью к кардиологу. Но валидол и нитроглицерин тут не помогают.

При выраженном грудном остеохондрозе часто наблюдаются нарушения в области желудочно-кишечного тракта. Больные жалуются на частые запоры, боли в области печени или желудка.

Наконец, остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника проявляется болями в пояснице, усиливающимися при нагрузке, поднятии тяжести и в сидячем положении. Возникают неприятные ощущения холода или онемения в нижних конечностях, постепенно нарушаются функции тазовых органов, нарастают слабости в руках и ногах, развивается гипотония. Иногда наблюдаются ослабление пульса в ногах, повышение потоотделения, понижение чувствительности по всей нижней конечности. Человек при этом становится беспокойным и раздражительным.

Перед началом медицинского лечения остеохондроза обязательно рекомендуется очистить организм от солей. Для этого существует много различных методик. Большое значение имеют диета, различные чаи, растирания, мази, травяные ванны, подводное вытяжение позвоночника.

ОСТЕОПОРОЗ

По сути своей это разрежение костной ткани, которое увеличивается с возрастом. Больные с развивающимся остеопорозом жалуются на утомляемость, общую слабость, недомогание в области спины, поясницы, суставов. Особенно усиливаются боли при длительном сидении или стоянии. Кости у таких людей ломаются при нагрузках в два-три раза чаще, чем у здоровых.

Дело в том, что у них происходят глубокие нарушения белково-минерального обмена, существенно понижаются функции костного кроветворения и накопления минеральных веществ (кальция, натрия, фосфора и пр.). С развитием болезни снижается высота тел позвонков и увеличивается вогнутость замыкающих костных пластинок, возникает диспропорция между положением как отдельных позвонков, так и составляющих одного и того же позвонка.

Единственно, что может защитить нас от остеопороза и сделать слабые пористые кости здоровыми, это правильное питание. Особое внимание следует обратить на пищу с естественными минеральными веществами, необходимыми для формирования костей. В качестве лечебных средств рекомендуется принимать препараты кальция, поливитамины, витамины Е, D, С, комплексный витамин В. Желательно иметь дело с натуральными источниками витаминов.

Следует уменьшить нагрузку на позвоночный столб, то есть при ходьбе желательно пользоваться тростью или костылями, не носить тяжести. Не противопоказана лечебная гимнастика.

КРИВОШЕЯ

Иногда при длительной неудобной позе, при простуде или после сквозняка возникает деформация шеи, из-за чего голова принимает неправильное положение. Это состояние именуют «кривошеей». Встречается и врожденная мышечная кривошея, которая обусловлена несоответствием длины грудинно-ключично-сосцевидной мышцы и шейным отделом позвоночника. При этом наблюдаются интенсивные боли в области шеи, отдающие в затылок, иногда в плечевой пояс.

Лечение кривошеи заключается в корригирующей гимнастике, активном массаже здоровой мышцы, согревании лампой «соллюкс» и грелкой, ношении бандажа для снятия нагрузки с шейных позвонков. При своевременно начатом консервативном лечении удастся избавиться от этого неприятного заболевания.

СКОЛИОЗ

Позвоночник при виде сзади выглядит совершенно прямым – значит, с ним все в порядке. А если его форма напоминает латинское S? Из-за чего возникает такое искривление?

Из-за слабости мышечно-связывающего аппарата, из-за неправильного положения тела во время занятий, работы, просто оттого, что человек пренебрегает занятиями физкультурой.

В результате такого искривления возникают боли, уменьшается способность позвоночника к нормальному функционированию. Для выравнивания позвоночника иногда используются специальные комплексы ЛФК специфического характера.

Патологическое искривление позвоночника может быть следствием неодинаковой длины ног, что, в свою очередь, обуславливает смещение тазовых костей. В этом случае пользуются подкладками в обувь или наращиванием высоты каблука.

Если форма искривления становится опасной (и точная причина ее неизвестна), рекомендуется длительное ношение корсета.

СПОНДИЛЕЗ

Нередко людей после сорока беспокоят хронические боли в шейном позвоночном отделе. Это хроническое заболевание происходит по причине разрастания костной ткани по краям тел позвонков в результате изнашивания прежде всего хрящевых дисков позвоночника. Спондилез не щадит тех, кто мало знаком с физической нагрузкой, и особенно часто поражает людей, занятых умственным трудом.

Часто говорят, что спондилез – отложение солей. Но такое утверждение неверно, так как на самом деле происходит не отложение солей, а патологическое разрастание костной ткани в местах прикрепления продольных связок позвоночника. При возникновении заболевания надо в первую очередь обратить внимание на связь между болями в затылке, возникающими при неправильном положении головы и шеи во время работы, и постоянными болями в этих областях независимо от положения тела.

При лечении спондилеза надо правильно держать голову и шею как во время работы, так и во время отдыха. Регулярные физические упражнения постепенно уменьшают боль, но для полного изле-

чения применяют противовоспалительные и обезболивающие растительные лекарственные средства, массаж позвоночника, физиопроцедуры.

РАДИКУЛИТ

В медицине радикулит подразделяется на шейный, острый пояснично-крестцовый (люмбаго, «прострел») и хронический пояснично-крестцовый. Природа заболевания одинакова для любого отдела позвоночника. Радикулит шейного и грудного отделов наблюдается реже, чем пояснично-крестцовый.

При шейном радикулите и грудном люди жалуются на чувство онемения и потерю чувствительности руки, кисти или пальцев. Одновременно ослабевает мышечная сила пораженной конечности. Причиной такого радикулита является ущемление корешков спинномозговых нервов из-за костной хрящевой прослойки. Признаком шейно-грудного радикулита является внезапность болей, носящих «стреляющий» характер и распространяющихся на отдельные мышцы рук и пальцев.

При остром пояснично-крестцовом радикулите жалуются на резкие боли в области поясницы. Они возникают при поднятии тяжести или резком движении с наклоном вперед и поворотом в сторону. При «простреле» спина занимает вынужденное положение. Больные не могут ни согнуться, ни разогнуться – буквально застывают в позе, в которой их «нашли». Боль при этом может отдавать в бедра, ягодицы, ногу – до самой ступни.

При хроническом пояснично-крестцовом радикулите боли носят тупой, тянущий, ломящий, режу-

щий, рвущий характер. Они почти во всех случаях делают человека обездвиженным, иногда усиливаясь при кашле, чихании, процессе натуги. Стараясь избавиться от болезненного синдрома, человек принимает вынужденное положение, изменяя походку и двигательную моторику.

Болезнь развивается постепенно, с периодическими обострениями, и почти всегда носит рецидивный характер, как правило, человеку даже удается приспособиться к непрекращающимся «атакам», он может нормально трудиться и жить, оставаясь почти здоровым. Однако полное выздоровление требует от него максимума усилий.

При лечении шейно-грудного радикулита рекомендуется уменьшить нагрузку на шейные и грудные позвонки, ограничить наклоны и повороты. Хорошую помощь в этом оказывает шейный бандаж. Во время острого периода с помощью инструктора по ЛФК применяют осторожное вытягивание шеи. Эти упражнения нацелены на увеличение межпозвонкового пространства и уменьшение давления на корешки нервов, а значит, на смягчение острых болей.

При любом радикулите рекомендуется постельный режим в течение нескольких дней. Не противопоказаны тепловые процедуры (синяя лампа, «соллюкс», УВЧ), растирания, легкий массаж. Из лекарственных растительных средств используют растения с болеутоляющим действием. Ежедневный облегченный комплекс ЛФК на позвоночник заставит на время отступить болезнь. Первое время упражнения будут даваться с трудом, но прекращать лечение нельзя ни на один день.

МИАЛГИЯ И МИОЗИТЫ

Не найдется человека, не испытывавшего когда-либо болезненных ощущений в позвоночных мышцах. Боль в мышцах, по терминологии медиков, составляет понятие «миалгия», а болевые ощущения в местах крепления сухожилий, имеющих отношение к скелетным мышцам, относят к «миозитам». Причинами этого могут служить: нарушение обмена веществ, различные интоксикации (например, алкоголь), грипп, хронические инфекционные заболевания. Сильно влияют переохлаждение, неправильное (однообразное) положение тела при работе, длительное перенапряжение мышц и сухожилий.

В основе миалгии и миозитов лежат нарушения химизма мышечной ткани, ее питания, нормальной последовательности сократительного процесса. Подвижность позвонков при этих заболеваниях обычно остается нормальной, но она ограничивается из-за болевых ощущений при растягивании определенных групп мышц и сухожилий.

Самыми распространенными методами лечения этих двух болезней в острый период являются полный покой, прием обезболивающих и противовоспалительных растительных средств, сухое тепло в любом виде, УВЧ, кварцевое облучение, массаж. Хорошая помощь в снятии болевого синдрома достигается специальной методикой ЛФК. В этом плане следует проявлять выдержку и осознание того, что болезнь не отступит после нескольких упражнений. Даже если не удастся выздороветь полностью, можно избежать опасности стать инвалидом.

СПОНДИЛАРТРИТ

Спондилартрит – это воспаление межпозвоночных суставов, или болезнь Бехтерева. Заболевание чаще всего является результатом инфекционных осложнений, особенно бруцеллеза. Поражаются наиболее важные отделы позвоночника – шейный и поясничный. Болезнь Бехтерева поражает, как правило, мужчин.

В начальном этапе каких-либо явных проявлений нет. Человек жалуется на боли в различных частях позвоночника, которые то стихают, то усиливаются. С течением времени боли нарастают, и все более снижается подвижность позвоночника.

Причина кроется в хроническом воспалении крестцово-подвздошных сочленений и продольных позвоночных связок. В результате этого происходит потеря эластичности связок и утрачивание их вовсе. Изменения претерпевают все отделы позвоночника на клеточном уровне и дают разный «букет» болевых ощущений: чувство тяжести в голове, разбитость тела, неприятные ощущения при вздохе, смехе, крике, интенсивной ходьбе.

Болезнь Бехтерева считается неизлечимой. Лечение направлено в основном на борьбу с воспалительными процессами. Большое значение имеют лечебная гимнастика и выработка правильной осанки. В течение дня необходимо регулярно выпрямлять спину, лежать на животе с вытянутыми ногами по 15–20 минут. Гимнастика замедляет воспалительный процесс, усиливая приток крови к связкам и суставам. Для лечения болезни Бехтерева назначают особую диету в сочетании с лечением травами.

РЕДКИЕ БОЛЕЗНИ ПОЗВОНОЧНИКА

К достаточно редким болезням позвоночника относится рак в форме первичных или вторичных опухолей (метастазов). Обычно он поражает тела позвонков и, таким образом, является причиной болезненных ощущений в соответствующих позвоночных отделах. Некоторые виды опухолей поражают спинной мозг или – еще чаще – спинномозговую оболочку. Это вызывает боли в органах, расположенных ниже самой оболочки. Иногда там наблюдаются пониженная чувствительность и мышечная слабость. Для уточнения медицинского диагноза требуется томография.

К такой же редкой категории относят лейкемию, при которой имеет место болевой синдром в костях скелета – как позвоночника, так и конечностей. Симптомы болезни многочисленны: усталость, тошнота, кровотечения, синяки и пр. Диагноз ставится с помощью анализа крови и функционирования спинного мозга.

Не столь часты случаи заболевания костным туберкулезом. Многие из таких больных раньше лечились от туберкулеза легких или почек.

Нарастающие боли в позвоночнике могут быть вызваны многими болезнями щитовидной и паращитовидной желез, а также болезнями почек, при которых нарушаются процессы обмена в крови кальция и фосфора. Развивается декальцинация скелетных костей, а от нее страдают позвоночник, верхние и нижние конечности.

СПРАВЛЯЕМСЯ С БОЛЬЮ

Человек, ставший инвалидом-спинальником в результате травмы или неудачной операции, должен научиться отличать от своих привычных болей ту, которая вызвана каким-то иным, новым заболеванием. Чтобы свести к минимуму страдания от привходящих болевых ощущений, нам следует представлять общие способы борьбы с ними. Кроме того, надо грамотно пользоваться собственными способами, наработанными в домашних условиях.

ТЕПЛОЛЕЧЕНИЕ

К средствам теплолечения, смягчающим боль, относится сухое тепло: песок, соль, ультразвук, кварц, «соллюкс» и т.д. Сауну и баню я не рекомендую. У меня после 45-градусной (и выше) температуры «отключаются» нижние и верхние конечности. Почти на двое суток я становлюсь как бы обездвиженным. Только через 3–4 дня начинаю заниматься упражнениями в полном объеме. Не советую принимать холодные грязевые аппликации. Опытом проверил: после них спастика ног усиливается.

ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ

При электростимуляции происходит раздражение определенных участков кожи, в результате чего боли уменьшаются. Дома для этой цели используют различные малогабаритные аппараты. Я пользовался аппаратом типа «Скэнэр». В лечебных учреждениях применяют ритмическую электростимуляцию мышц с помощью диадинамических токов – к больным подводят ток двумя электродами.

Инвалид-спинальник должен знать, что при смешанном параличе (спастическом и вялом) во время такой процедуры могут ощущаться очень болезненные сокращения мышц. У меня задние мышцы ног были подвержены сильной спастике, а передние ослаблены. То же самое было с правой рукой. Во время процедуры мне казалось, что мои мышцы просто оторвутся от костей. Пришлось на второй день отказаться от этих процедур вообще.

МАССАЖ, САМОМАССАЖ, ВИБРОМАССАЖ

По сути, это очень важные процедуры для улучшения кровообращения тканей, их расслабления и размягчения. При массажах происходит возбуждение механических рецепторов, которые преобразовывают энергию механических раздражений в активность нервной периферической системы, посылающей сигналы в центральную нервную систему. Таким образом, устанавливается связь больного участка тела с мозгом.

Массаж желательно проводить ежедневно: до и после физических упражнений.

ПСИХОТРЕНИНГ

Часто приходится слышать, в основном от инвалидов-спинальников, что нам может помочь самовнушение. По-видимому, это так. Но у меня с этим не получилось ничего. Я много раз пытался настроить себя на выполнение своих пожеланий и столько же раз убеждался: если нет силы воли и ясного понимания необходимости жить, проявляя при этом титаническое терпение к болям и постоянной зависимости, — никакой психотренинг не поможет.

Правда, помогают определенные привычки и правила сопровождать свои действия какими-то словами, проговаривать их. Например, выполняя любые упражнения, я веду счет однообразным движениям. Хожу на костылях под счет «раз-два», а все другие специальные движения выполняю под счет «раз... шесть, раз... двенадцать, раз... пятьдесят». Это позволяет полностью отключиться от внешних раздражителей и заставить себя делать то, что нужно.

А вот еще прием. Передо мной на стене висят картинки, раскрывающие анатомию человека, и картинки с видами упражнений (более 200 штук!). Каждый день я знаю, какие виды упражнений, под какую группу мышц буду делать.

Мне кажется, что такие приемы реабилитации предпочтительнее для любого инвалида-спинальника, чем бормотание под нос о своих пожеланиях.

Иногда по ночам, после трудного реабилитационного дня, в голове возникают всякие навязчивые мысли, мешающие заснуть. Чтобы избавиться от

этой напасти, я начинаю глубоко дышать животом. При вдохе мысленно произношу «А», при выдохе – «Е»; и так в течение нескольких минут, пока не наступает расслабление в головном мозге. Здорово помогает.

МАЗИ И РАСТИРАНИЯ

При втирании в кожу они оказывают определенное болеутоляющее действие. Их применение мешает болевым импульсам достичь коры головного мозга.

Готовые мази и растирания можно купить в аптеке. Зная их состав, можно избежать применения веществ, вызывающих аллергию, кожное раздражение.

В тех случаях, когда до аптеки добраться не так просто, помогут старинные народные средства. Растирания и мази готовят и в домашних условиях из доступных и простых компонентов: красного перца, горчицы, редьки, меда, водки и пр. Они подчас более эффективны, чем разнообразная аптечная продукция.

АППЛИКАЦИИ

Аппликации, то есть компрессы, – весьма действенная лечебная процедура. Они рефлекторно действуют на биологически активные точки и зоны, нормализуют энергобаланс в организме и работу нервно-мышечных элементов двигательных сегментов позвоночника.

В качестве компресса используют различные лекарственные средства. Важно знать, какие средства вам показаны, а какие нет.

Для полного исцеления одной процедуры недостаточно, обычно необходимо 5–10 аппликаций. Какое количество необходимо именно вам, определите по принципу «Кладу, пока болит – и еще один раз».

Отдельно нужно сказать о «колючих врачевателях» – иглоаппликаторах. В настоящее время в продаже имеется несколько типов иглоаппликаторов – с пластмассовыми фишками и металлическими иглами. Колючие элементы могут быть нанесены на полотняную ткань для наложения на спину или на цилиндрическую поверхность валика для прокатывания по любой поверхности тела. Его иголки воздействуют на биологически активные точки, расположенные вдоль позвоночника, оказывают мощное воздействие на всю энергосеть организма. Исчезают различного рода мышечные спазмы, нормализуются кровообращение и работа двигательных сегментов позвоночника, быстро исчезают боли. При хроническом болевом синдроме в спине рекомендуется курс лечения иглоаппликатором 10–15 процедур ежедневно.

Я рекомендую аппликатор Ляпко. Это эластичные пластины и валики, иглы которых изготовлены из необходимых для организма металлов: цинка, меди, железа, никеля, серебра. Высокая лечебная эффективность достигается за счет возникающего в коже гальванического тока (на остриях и между иглами). В свою очередь это происходит вследствие повышенного избирательного микроэлектрофореза металлов на внутренние среды организма.

ПАРАФИНОЛЕЧЕНИЕ

Парафин расплавляют на водяной бане, а затем охлаждают до требуемой температуры. Данный способ очень эффективен при основных заболеваниях опорно-двигательного аппарата.

УКУСЫ ПЧЕЛ

Это один из эффективных способов лечения. Перед его началом необходимо проверить, нет ли у вас аллергии на такое воздействие. Если после или в период лечения появились такие реакции, как тошнота, рвота, сыпь, понос, крапивница, нужно принять антидот. Антидот включает: мед – 100 г, водку – 200 мл, аскорбиновую кислоту – 1 г, воду – 1000 мл. Принимать антидот следует 4–5 раз в день с интервалом в несколько часов.

Для укусов прикладывают насекомых к наружным поверхностям плеч и бедер, ежедневно меняя места. Повторно укус пчелы в одно и то же место допускается через 2–3 дня.

Не менее эффективен пчелиный яд, вводимый в больное место, то есть втирание мазей, содержащих пчелиный яд. Перед этой процедурой необходимо хорошо промыть больное место теплой водой и поставить горячий компресс.

С давних пор в народной медицине применяется маточное молочко, вырабатываемое верхнечелюстными и глоточными железами пчел-кормилиц и служащее для питания пчелиной матки. Чтобы маточное молочко удобно дозировалось, из него готовят раствор на водке в соотношении 1: 20. Принимают такой раствор по рецептуре: 10 капель 3–4 раза в день, за 20 минут до еды.

ЗМЕИНЫЕ ЯДЫ

При лечении многих заболеваний позвоночника нередко используют препараты, содержащие змеиные яды. Это випраксин, випралгин, кобротоксин, а также мази випратокс, випросал, виплетокс, випразид.

ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЕ

Лечебные грязи и глина также применимы для лечения. Грязи бывают торфяные, иловые, глинистые, сапропелевые. Их наносят на больное место в виде аппликации или заливают все тело грязевым раствором, затем тело оборачивают простыней.

ТРАВЯНЫЕ ВАННЫ

Ванны на травах рекомендуют для снятия болей и напряжения мышц, успокоения нервной системы, улучшения сна и обменных процессов. Важно помнить, что ванна оказывает хорошее действие только в том случае, когда используется курсом в лечебных целях (не менее 10–15 ванн через день).

МЕТАЛЛОТЕРАПИЯ

Медь, железо, серебро, золото, цинк в древности применяли как снаружи в виде аппликаций, так и вовнутрь в виде порошков. Наружное применение меди в виде аппликаций стимулирует защитные силы организма, активизирует водный и минеральный обмены, улучшает сон, успокаивает нервную систему, обладает местным бактерицидным влиянием и даже активизирует действие инсулина в крови.

Хороший эффект может дать в аппликациях чередование металлов, например: медь – сталь, сталь – серебро. Электрохимический эффект проявляется в связи с тем, что при контакте с основными метал-

лами ток от них идет к коже. При контакте кожи с серебром и оловом, наоборот, ток идет в обратном направлении.

ГИМНАСТИКА

Понятно, что это самое дешевое и мощное средство в профилактике при заболевании позвоночника. Чем раньше начинают это средство использовать, тем быстрее восстанавливаются. Цель лечебной гимнастики – способствовать нормализации тонуса спинных мышц, увеличению подвижности позвоночника, созданию мышечного корсета, восстановлению двигательных функций ОДА, улучшению общего состояния организма.

Вот как это было у меня, и вот как упорные занятия специальной гимнастикой делали свое благое дело, помогая мне выкарабкиваться из неподвижности и беспомощности, вот какой была динамика:

*...Шли недели, месяцы, год, и не два...
Зашевелились пальцы, появилась сила кулака.
Но это в кровати лежачему под силу.
Может, сядем? Посадили.
Закружилась голова,
Прогнулась до опасной кривизны хребтина.
Нет мышц, кожа кости прикрывает.
Поверьте, это меня очень пугает.
Начал с блоковых тренажеров.
Наклоны, повороты.
А результат – через годы.
Теперь попробуем встать,
Пусть с упором колен и у балканской рамы.
Но, увы! Ноги не выдерживают до болей
Силу земного притяжения тела моего.
Снова сел за тренажеры
Через «не могу», «не хочу», преодолая боли...*

Да, лечебное применение физических упражнений дает эффект только при сознательном и активном отношении, при систематичности занятий, при контроле нагрузок.

Подбор упражнений и способ их выполнения должен соответствовать медицинским проявлениям заболевания, общему состоянию организма, возрасту человека. Вот уж где важно знать анатомию своего тела, уметь прислушиваться к своему организму и понимать его, анализируя причины недомоганий. В этом деле большую помощь может оказать ведение дневника наблюдения (ДН).

Инвалидам-спинальникам с сильной спастикой и синдромом «беспокойных ног» следует быть осторожным и в выборе нагрузок. Перегрузка и перетренированность могут так «скрутить», что на некоторое время желание упражняться пропадет вовсе.

Инвалидам-спинальникам с вялым параличом конечностей тоже следует быть внимательными. При выполнении упражнений с отягощением может появиться тонус в тренируемых мышцах, надо вовремя заметить и почувствовать его – и постараться воспользоваться этим для своего блага.

Спинальники-шейники, занимающиеся ЛФК, должны пройти пять восстановительных этапов.

Первый этап (при полном или частичном параличе) – реабилитация прохождения нервных импульсов конечностей в состоянии их «невесомости» или, в облегченном варианте, с помощью принудительного движения. Для этого можно использовать систему

блоков, снимающую гравитационные силы притяжения (парализованным мышцам – условия полной невесомости). Упражнения выполняются с посторонней помощью или с помощью здоровых мышц при увеличении нагрузки (бесчувственные ноги или руки совершают двигательные акты через тягу).

Второй этап – мышцы тренируются с небольшим увеличением нагрузки и продолжительностью занятий, используется та же система блоков. Здесь важно самостоятельно сидеть в кровати и коляске, выполнять простые двигательные действия руками, туловищем и даже стоять с упором для колен, привязанным со стороны спины к стойкам, за которые можно держаться руками.

Третий этап – научиться самостоятельно двигать в пространстве руками, головой, корпусом и даже ходить в лангетах или без них, держась руками за поручни. Первые шаги, естественно, совершаются с подстраховкой методиста.

Четвертый этап – научиться самообслуживанию, выполнять работы по дому и, если повезет, стать востребованным не только семьей, но и друзьями и сослуживцами.

Пятый этап – развивать силовую выносливость без отягощения мышц опорно-двигательного аппарата.

Если спинальнику-шейнику удалось дойти до этого пятого этапа, чтобы вырваться из лап болезни и свести к минимуму свалившиеся на него потери, он должен создать и отшлифовать свой **комплекс физических упражнений**. При этом важно найти

персонально допустимую методику повторения упражнений.

Вот моя методика повторений:

◆ лежа на спине – 350–400 специальных движений;

◆ лежа на спине, стопы – 240;

◆ пальцы и пясть рук – 700;

◆ на животе – 100;

◆ на корточках – 150;

◆ сидя на стуле – 200;

◆ стоя с упором колен у балканской рамы – 180;

◆ далее – движения при ходьбе с канадскими костылями;

◆ велотренажер – 30 минут и т.д.

Итак, в сутки я делаю **НЕСКОЛЬКО ТЫСЯЧ ДВИЖЕНИЙ** туловищем, руками, ногами.

Не рекомендую во что бы то ни стало прерывать надолго выполнение специальных упражнений, иначе все придется начинать сначала.

Для комфортного самочувствия и уверенности в себе дома желательно иметь свою комнату, переоборудованную в миниспортзал, приспособления и тренажеры. В этом наиважнейшем реабилитационном деле могут помочь друзья, родственники, люди доброй воли. Ниже я приведу конструкции своих разработок, комплекс физических восстановительных упражнений, методику самоконтроля.

СДЕЛАЙ САМ, ЧТОБЫ ВСТАТЬ НА НОГИ

Пока «новоиспеченный» спинальник несколько недель лежит в больнице, родные поглощены мыслями о возвращении его домой. Теперь с ними в одном пространстве будет жить несколько другой человек, с иными возможностями и нуждами. Как разместить его дома? Как обеспечить условия не просто для его удобного существования, но и для того, чтобы он чувствовал себя самодостаточным и на самом деле таким становился?

На начальном этапе я бы не советовал метаться и беспокоиться. Ведь никто пока не знает, понадобится ли вашему больному коляска, сможет ли он самостоятельно передвигаться... Если через пять-шесть месяцев после случившегося несчастья не произошло никаких сдвигов (к ногам не возвращается чувствительность, не работают руки) – вот теперь надо задуматься о переоборудовании жилого помещения или, например, даже смене квартиры, чтобы жить ниже этажом.

Многое из того, что понадобится спинальнику дома, он – даже не при такой инженерной подготовке, как у меня, – может придумать и подсказать близким сам. Ему виднее и понятнее, чего он хочет добиться, чем должен располагать, чтобы быть в

меру самостоятельным и работать над восстановлением своих физических возможностей.

Первое, с чего следует начинать, – кровать. Она должна быть жесткой, двуспальной, максимально приспособленной к любой тяжелой установке, снабженной всеми необходимыми подвесными тренажерами. Кроме того, необходим свободный проход с одного торца кровати и с одной боковой стороны. Плоскость кровати должна находиться на одном уровне с коляской и стулом.

Чтобы в полном объеме выполнить все реабилитационные упражнения, мне было достаточно дооборудовать обычную балканскую раму. Кровать у меня деревянная (рис. 11, 11а). К ее спинкам я прикрепил две доски-стойки (15) шириной 125 и толщиной 30 мм, через которые пропускается продольная труба (8). Свободный конец трубы со стороны изголовья выступает на 0,5 м. Эта труба неподвижно закреплена к стойкам и к серединной поперечной трубе (9), концы которой закреплены к наклонным металлическим стойкам (1), образующим с полом не менее 60°. Нижние и верхние концы наклонных стоек связаны поперечными трубами (13, 14). Свободные концы верхней поперечной трубы должны выступать за пределы стоек на 0,3 м и находиться на высоте не менее чем рост больного плюс его рука. На продольной трубе (8) устанавливается ползун (4) со стопором. К ползуну приваривается стойка, верхний конец которой закреплен к поперечной трубе (10). Эта труба одним концом опирается на вертикальную стойку (11), а другой

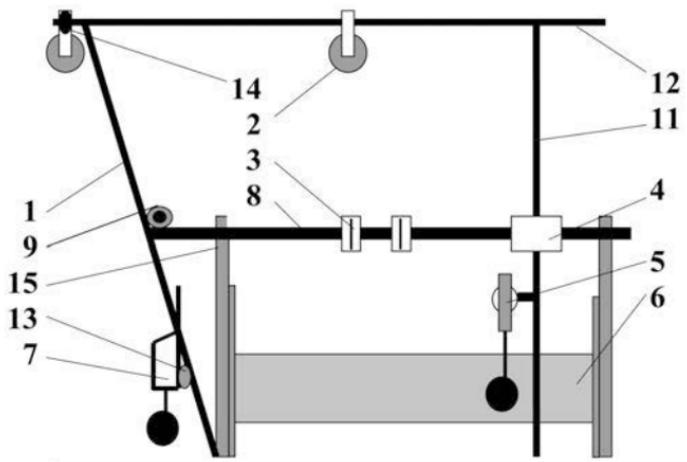


Рис. 11. Кровать, переоборудованная для работы с тренажерами

1 – стойка наклонная; 2 – блок с фиксатором; 3 – блок плавающий; 4 – ползун со стопором; 5 – тренажер для разработки мышц, поворачивающих кисть рук и предплечья кнаружи и внутрь; 6 – диван-кровать; 7 – тренажер для мышц ступней; 8 – труба продольная нижняя; 9 – труба поперечная средняя; 11 – стойка вертикальная; 12 – труба продольная верхняя; 13 – труба поперечная нижняя; 14 – труба поперечная верхняя; 15 – стойка деревянная

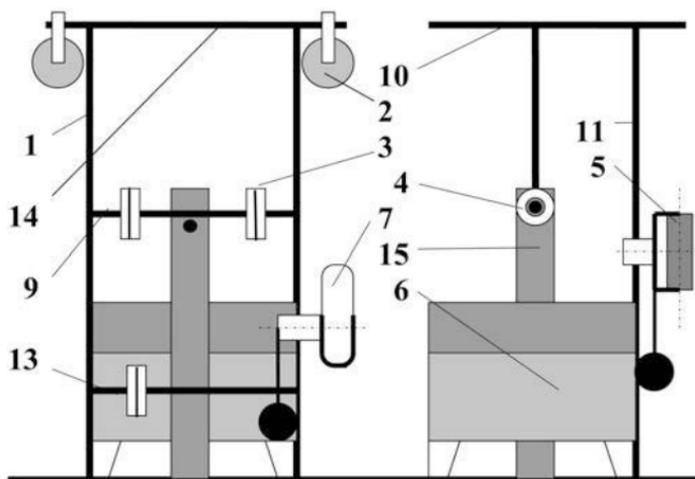


Рис. 11а. Вид кровати с торца

конец свободно свисает над кроватью. Вся система труб, связанная с ползуном, по моему усмотрению может перемещаться вдоль кровати. На верхних поперечных трубах стоек закреплена вторая продольная труба (12). Все трубы имеют наружный диаметр 32 мм и скреплены между собой болтами М8. На каждой горизонтально расположенной трубе установлены по два плавающих блока (4) с наружным диаметром 75 мм или блок с фиксатором (рис. 12.4), через которые перебрасываются гибкие связи с грузами под конкретные физические упражнения. К одной из наклонных стоек (1) (рис. 11, 11а) прикреплен самодельный тренажер (1) для тренировки мышц ступней и икроножных мышц, а к вертикальной стойке (11) прикреплен самодельный тренажер (2) для разработки мышц, поворачивающих кисть и предплечье снаружки и внутрь (рис. 12.2).

Наклонные стойки (1) позволяют сделать пространство более компактным. Я могу работать под верхней поперечной трубой стоя или сидя с любой блоковой системой, нагружая выборочно конкретную систему мышц ног, рук, пресса, спины, плечевого пояса. Подвижная система труб, связанная с ползуном (4) через гибкие связи, дает возможность работать лежа в кровати – и таким образом тренировать все мышцы опорно-двигательного аппарата.

На нижнюю продольную трубу (8), расположенную на уровне вытянутой руки, я прикрепляю специальное приспособление (5) (рис.12) для работы ногами, руками, прессом и спиной. Конструкция

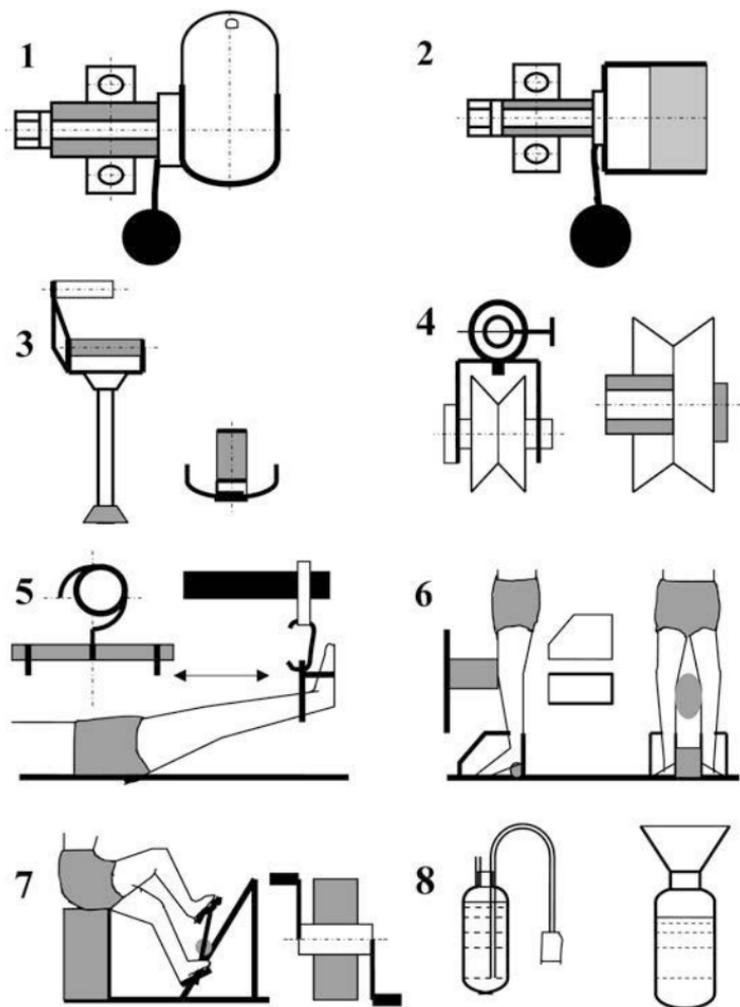


Рис. 12. Самодельные основные тренажеры и приспособления для спинальных больных: 1 – тренажер для разработки мышц ступней и икроножных мышц; 2 – тренажер для разработки мышц кистей рук и предплечья при повороте кнаружи и внутрь; 3 – безопасные канадские костыли; 4 – блочки, плавающий и с фиксатором; 5 – тренажер для мышц ног и живота; 6 – упор для колен, проставка между ступнями, мячик между коленями и ящик с мягкими валиками; 7 – тренажер с педалями для ног и рук; 8 – устройство для тренировки легких и накопитель мочи

приспособления очень проста: на круглой палке диаметром 30 мм и длиной 0,5 м посередине и по концам прикреплены специальные крючья. Средний крючок цепляется за трубу (8) (рис. 11), а на два крайних подвешиваются ноги. Передвигая ногами это приспособление с грузом и без него, разрабатываю сгибатели и разгибатели ног и рук.

Из-за сильной спастики задних и приводящих мышц ног у меня возникают большие проблемы в положении стоя. Чтобы разогнуть колени, мне нужен упор для колен (6) (рис 12), чтобы раздвинуть стопы в сторону – специальная проставка шириной не менее 100 мм, а чтобы не вывернуть колени вследствие сильной спастики приводящих мышц, я между коленями подвешиваю 1,5-литровый баллон из-под газировки, наполненный водой, или вставляю мягкий мячик диаметром не менее 100 мм.

Когда я начинал свои занятия, то из-за незнания и сильной спастики в ногах чуть было не заработал контрактуру в ступнях. Зато потом я уже всегда старался в положении лежа держать ступни перпендикулярно к голени, а когда вставал с упором колен, ступни ставил в специальные ящички (6) (рис. 12), подкладывая еще и не очень мягкий валик. Это позволяло мне дольше стоять (10–15 минут), без сильных болевых ощущений в ступнях и икроножных мышцах. Когда боли в ногах стали в меру терпимыми, от ящичков удалось отказаться. Этим приспособлением я пользовался два года.

Дома необходимо непременно крутить ногами педали. Пока я самостоятельно не мог пересажи-

ваться с коляски на сиденье велотренажера, – а это длилось два с половиной года, – приходилось крутить педали, сидя в коляске или на стуле напольного устройства собственной конструкции (7) (рис. 12), сделанного из подручных средств. На наклонной доске шириной 120 мм и толщиной 30 мм можно закрепить pedalную каретку от старого велосипеда с регулируемой длиной кривошипа. Чтобы ступни не соскальзывали с педалей, я надевал специальные ботинки, подошвы которых были закреплены неподвижно к педалям. Нагрузку при вращении педалей можно создавать, подвешивая различные грузы поочередно на одну из ступней. Педали на таком устройстве можно крутить не только сидя, но и в кровати, лежа на спине.

Рекомендую также всем шейникам, имеющим проблемы с дыханием, пользоваться устройством моей конструкции (8) (рис. 12). Оно состоит из пластмассового 1,5-литрового баллона из-под газированной воды и крышки с резьбой, в которой имеются два отверстия: одно связано с воздухом, а через другое просунута трубка от капельницы. Свободный конец трубки опущен до дна баллона, заполненного водой, другой – заканчивается расширительным наконечником (от фильтра без дна). Такой наконечник не выскальзывает, когда его держишь во рту. Меняя уровень воды в баллоне, можно регулировать нагрузку на легкие. Приспособление работает на выдох. С помощью этого устройства через три-четыре месяца я снял все проблемы с дыханием.

Некоторые неудобства могут доставлять домашним инвалиды-спинальники, использующие приемники и накопители мочи. Мне приходится в течение ночи до десяти раз совершать соответствующую процедуру. Мочу вывожу благодаря пол-литровой баночке, выливая ее в 1,5-литровый пластмассовый баллон с воронкой, которая закручивается сверху (8) (рис. 12). Этот баллон всегда около меня, висит на спинке стула.

Важнейший момент для инвалидов-спинальников – техника безопасности при ходьбе. Мне не раз приходилось видеть плачевные результаты падения моих товарищей по несчастью. Когда я начал учиться ходить на канадских костылях, помню, как было трудно удерживать в руках рукоятки костылей. Правая ладонь как бы соскальзывала с рукоятки из-за недостаточной силы в правой руке – она не могла сжаться в кулак, – из-за сухости кожи ладоней, отсутствия надежного ограничителя на свободном конце рукоятки штатного костыля. То есть в определенной ситуации я мог потерять костыли и упасть. Пришлось немного модернизировать костыль (3) (рис. 12): по торцам рукоятки я установил скобу. Все остальное оставил без изменения.

При ходьбе на канадских костылях неожиданно столкнулся с еще одной проблемой. Штатные канадские костыли очень легкие, и при неожиданном появлении спастических судорог в правой руке нижний конец костыля мог занять неправильное положение на полу или даже «запутаться» в моих ногах. Во избежание этого пришлось увеличить вес

костылей до 2,4 кг. Были периоды, когда этого груза не хватало. Тогда я подвешивал на правый костыль еще 2 кг. Сейчас я надежно хожу при помощи костылей с нагрузкой 2,2 кг.

На первых порах из-за сухости кожи ладоней и мышечной слабости кистей я практически не мог крутить стальные полированные обручи комнатной коляски. Для увеличения силы трения обмотал стальные обручи резиновой лентой, вырезанной из автокамеры. Такой коляской и пользуюсь по сей день.

Ну, а в остальном – всё (или почти всё) как у всех. Наша семья живет в трехкомнатной хрущевке на четвертом этаже в доме с лифтом. Первый этаж дома занят служебными конторами. Чтобы спуститься на улицу после выхода из лифта, необходимо пройти 12 ступенек внутри подъезда и 4 ступеньки крыльца. Обе лестницы снабжены перилами. К сожалению, лестничные марши между этажами таких перил не имеют.

ДНЕВНИК И САМОКОНТРОЛЬ!

Реабилитационный процесс у многих спиналь-ников-шейников может растянуться до конца их дней. При этом они, как правило, преодолевают несколько восстановительных этапов, начиная с реабилитации прохождения нервных импульсов к мышцам с ослабленной иннервацией и «оживления» парализованных мышц, возобновления двигательных действий верхних конечностей, плечевого пояса, туловища, нижних конечностей. Кроме того, такие больные зачастую страдают от многих приобретенных болячек. Не исключена вероятность помимо основного заболевания «заработать» какое-нибудь еще.

За десять лет через все это прошел и я. Пришлось как бы творить себя заново. На нашу местную медицину не очень рассчитывал. Как инженер-механик, досконально и самостоятельно разбирался в своей болезни. Из увиденного и прочитанного понял, что здоровье таких, как я, в большой степени зависит от их волевых качеств.

За первые пять лет с посторонней помощью и с помощью ежедневных тренировок (по личным и уже известным методикам) я восстановил основные движения парализованных мышц. Более того, стал меньше зависеть от посторонней помощи.

Хоть и медленно, но положительная динамика появилась благодаря выполнению специальных упражнений, которые я делал по несколько часов в сутки, контролируя себя.

Контролируя себя – это слова ключевые. Прежде чем выполнять рекомендации, каждый должен ознакомиться с основными правилами самоконтроля. Иначе ты не заметишь вовремя отрицательные моменты, а значит – и здоровье ухудшится, и мрачные мысли появятся, и желание продолжать работу над собой пропадет.

Что же, собственно, следует понимать под самоконтролем? Это, по сути своей, наблюдение за состоянием своего организма. Самоконтроль особенно необходим тем, кто занимается специальными упражнениями и одновременно проходит лечение. При самоконтроле учитываются как объективные, так и субъективные показатели.

Прежде всего следует отмечать свое самочувствие и настроение. Самочувствие может оцениваться как «хорошее», «удовлетворительное» и «плохое» (например, по болевым ощущениям). Рациональная физическая нагрузка, то есть нагрузка, соизмеримая с возможностями организма и клинической картиной позвоночника, способствует хорошему настроению и умеренному болевому синдрому. Перегрузки, наоборот, приводят к переутомлению – нарушению сна, аппетита, усилению болей различного характера и специфики. Начинают преобладать отрицательные эмоции, резко пропадает желание продолжать занятия.

О влиянии физической нагрузки на организм, и прежде всего на сердечно-сосудистую систему, можно судить по пульсу: его частоте, ритмичности, времени возвращения к исходным показателям после упражнений. Определяющим фактором здесь может служить подъем максимального давления в среднем на 20–30 мм рт. ст. при неизменном или пониженном минимальном давлении. Считается, что существуют возрастные нормы артериального давления. Максимальное давление в возрасте 40–50 лет – 140 мм рт. ст. Минимальное давление у людей до 50 лет в норме не превышает 90 мм рт. ст.

Во время выполнения физических упражнений частота дыхания увеличивается, пульс учащается.

Динамику изменения величины силы мышц и физических возможностей в домашних условиях можно оценить, используя различные портативные динамометры, а также по количеству специальных движений, выполняемых упражнений, числу шагов, приседаний, наклонов, продолжительности стояния, занятий на велосипедном тренажере и т.д.

Мой опыт привел к осознанию насущной необходимости ведения *Дневника наблюдений (ДН)*. В нем я старался объективно оценивать свое состояние по болевым ощущениям ввиду спастики задних и приводящих мышц ног, а также мышц правой руки.

Благодаря ведению ДН, куда вносилась полная информация о выполняемых упражнениях, приеме лекарств, лечебных процедурах, параметрах внеш-

ней среды и др., я научился понимать свой организм и анализировать причины отдельных сбоев.

Находясь в спинальном центре, я не раз делал попытки убедить многих инвалидов-спинальников, добросовестно занимающихся в спортзале, вести ДН. Все соглашались, что это необходимо, вот только делать ленились. Считали, что достаточно запомнить изменения пульса, ну и еще кое-что. Однако потом они, как правило, не могли толком объяснить, по каким причинам появились недомогания, когда они начались и что последовало дальше.

В конце концов мои приставания к соседям по палате просто восстановили их против меня, а медперсонал настороженно косился в мою сторону: и зачем это тяжелый инвалид-спинальник ведет какие-то записи, требуя при этом результаты анализов?

Начав работу с дневником, я сознавал, что дело это непростое. Мне пришлось испробовать три формы его ведения.

Суть первой формы в том, что я ежедневно (затем раз в неделю) делал записи о состоянии своего здоровья и результатах тренировок. Записывал изменения пульса, артериального давления, температуру окружающего воздуха, результаты по отработке методов опорожнения желудочно-кишечного тракта и, в частности, толстого кишечника от фекалий и мочи, по заживлению пролежней и геморроя. Описывал, кроме того, изменения болевых ощущений в разных частях тела.

Эти записи вел почти семь месяцев. Такая форма мне не понравилась: она не давала оперативной информации об изменении самочувствия и о динамике прироста (или наоборот) результатов моих тренировок. Кроме того, дневник содержал массу повторов, из-за которых сложно было анализировать динамику – даже мне самому.

Следующая попытка заключалась в том, что я стал планировать распределение нагрузок на разные группы мышц в течение дня по самочувствию. Быстро понял: даже при правильном подборе комбинации упражнений в домашних условиях невозможно сделать правильный вывод о том, что первично и что вторично. Кроме того, трудно было увязать динамику результатов реабилитации со многими недомоганиями, преследующими меня. Согласно пословице, мне не удалось отделить мух от котлет...

Третья форма ведения ДН виделась предельно простой. Она не должна утомлять – и, самое главное, должна ориентировать на дальнейшие занятия ЛФК, давая оперативную информацию о колебаниях состояния организма. Чтобы это стало возможно, необходимо представить ежедневную информацию о здоровье в виде графиков и таблиц. Графики и таблицы должны содержать соответствующие параметры. Всю эту информацию размещаем не более чем на двух страницах за временной период одного месяца. За восемь лет ведения ДН мне понадобилась только одна общая тетрадь объемом всего 50 страниц.

Когда ты постепенно крепнешь, мрачные мысли уходят на задний план, и ты уже в силах наметать себе новые цели. Так, я сам пришел к тому, что многие простые упражнения можно сгруппировать под конкретную группу мышц. Например, через четыре года занятий я выполнял до 40 простых упражнений на спине, 19 – на животе, 12 – на корточках, 29 – на кистях, 32 – на плечевом поясе.

Такие упражнения, как приседания, ходьба, стояние с упором колен и без него, занятия на велотренажере, кистевое сжатие эспандера, которые заметно усиливают спастический синдром и увеличивают боль в мышцах отдельных групп, я категорически не рекомендую относить к простым упражнениям.

Правомерен вопрос: как же, собственно, должна выглядеть так называемая реабилитация?

Вот ее технические характеристики (таблица 3); раз я инженер, то и думаю исключительно техническими понятиями. Как выглядят строки моего дневника?

Записываю свое *место нахождения, год, месяц*.

Перечисляю все *упражнения* – все виды лечебной физкультуры. Потом я буду отмечать крестиками все, что проделал.

Записываю все *лекарства и процедуры* (назначение врача, конкретные лекарства) и тоже отмечаю крестиками начало их приема и окончание.

Отдельная графа – *туалет*, фиксирую все, что касается проблем опорожнения кишечника (мочевом пузыря). Записываю дату разрешения и факт приема слабительного (мочегонного).

Виды упражнений и процедур при реабилитационном процессе спинального больного

МЕСТО	ЦЕНТР	ДОМА	ЦЕНТР	ДОМА	ДОМА	ДОМА
ГОД	1998	2000	2002	2004	2006	
МЕСЯЦ	СЕНТЯБРЬ	НОЯБРЬ	АВГУСТ	НОЯБРЬ	ЯНВАРЬ	
НЕДЕЛЯ	ПЕРВАЯ	ВТОРАЯ	ТРЕТЬЯ	ЧЕТВЁРТАЯ	ПЕРВАЯ	
ДЕНЬ	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
УПРАЖНЕНИЯ						
НА СПИНЕ	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *	
НА ЖИВОТЕ		* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *		
НА КОРТОЧКАХ	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *		
СИДЯ	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *		* * * * * * *
СТОЯ		* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *		* * * * * * *
РУКИ	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *		* * * * * * *
КИСТИ РУК	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *		* * * * * * *
ПЛЕЧЕВ. ПОЯС		* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *		* * * * * * *
РАСКАЧИВ. ГРУЗ	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *		
СПИНА	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *		
ПРЕСС	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *		
ПОДЪЁМ КОЛЕН		* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *		
ПРИСЕДАНИЯ		* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *		* * * * * * *

НЕДЕЛЯ	ПЕРВАЯ	ВТОРАЯ	ТРЕТЬЯ	ЧЕТВЁРТАЯ	ПЕРВЫЙ
ДЕНЬ	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
СТОПЫ	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *
СТОЯНИЯ	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *
НАКЛЮНЫ	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *
ВЕЛОТРЕНАЖЁР	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *
ХОДЬБА	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *
ОТЖИМ. РУКИ	* * * * * * *	* * * * * * *		* * * * * * *	
ШТАНГА	* * * * * * *				
ЛЕКАРСТВА И ПРОЦЕДУРЫ					
РАЗНЫЕ	* * * * * * *		* * * * * * *		
АТМ. УСЛОВИЯ	н н н н н н н	н н н н н н н	ж ж т т н н н н	н н н н н н н н	н н н н н н н н
ТУАЛЕТ	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *	* * * * * * *	
С \ С СИСТЕМА	120 \ 75	120 \ 60	120 \ 80	130 \ 90	130 \ 90
Н – НОРМАЛЬНО; Ж – ЖАРКО; Т – ТЕПЛО; (*) - УПРАЖНЕНИЯ, ЛЕКАРСТВА, ПРОЦЕДУРЫ И ДР..					
ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ	БОЛЯТ НОГИ, СУДОРОГИ, ГЕМОРРОЙ	БОЛЯТ НОГИ, ПЛЕЧЕВОЙ ПОЯС, СУДОРОГИ	БОЛЯТ НОГИ, СПИНА, СУДОРОГИ	БОЛЯТ НОГИ, СПИНА, СУДОРОГИ	БОЛЯТ НОГИ, СУДОРОГИ, НЕДОМОГАНИЕ

Фиксирую *атмосферные условия и параметры сердечно-сосудистой системы.*

Одну строку отвожу для того, чтобы делать выводы о *состоянии организма* или его отдельных систем за прошедшую неделю (болевых ощущениях и пр.). Когда я научился понимать свой организм, необходимость часто контролировать давление отпала; при восстановлении функций опорожнения отказался я и от этой строки.

Каждый может оставить еще одну строку или графу – для того, чтобы вносить туда любую информацию, которая понадобится лично ему.

Под болевыми я понимал ощущения, имеющие прямое отношение к двигательным действиям отдельных мышц или их групп. Оценивал их по десятибалльной системе. Если оценка максимальна ($D = 10$), значит, уровень боли от спазмов таков, что я не в состоянии выполнить этой группой мышц даже простые движения.

Выбор исходной величины баллов не представляет особого труда. Это делается самостоятельно, по ощущениям. Уровень изменения ощущений оценивается в конце каждого рабочего дня.

Из своего опыта могу сказать следующее: если $D = 10$, я не работаю и настроен скверно. При $D = 5$ – работаю в полном объеме терпимым болевым синдромом и выполняю даже с усложненные специальные упражнения. При $D = 7,5$ – проявляю большую осторожность в выборе тех упражнений, которые портят мне настроение. Чтобы не стало хуже, уменьшаю количество специальных движе-

ний и подходов под конкретную группу мышц, снимаю величину веса спортивного снаряда и начинаю разбираться: в чем дело, не произошел ли перебор, не повлиял ли какой-то другой фактор. При $D = 2,5$ и ниже (если эта величина не увеличивается, а снижается) прекращаю контролировать болевой синдром. Хотя он и присутствует, но жить мне не мешает.

И вот прошло двенадцать лет. Оцениваю свои болевые ощущения в правой верхней конечности, плечевом поясе и спине в $D = 2,5$. Для инвалида-спинальника, я считаю, это нормально. Однако с дискомфортными ощущениями в нижних конечностях мне, по-видимому, придется смириться, пока я жив.

А вот как выглядела картина моей самооценки после трех лет моей болезни:

- сгибатели ног – 9,5, разгибатели – 1,8, приводящие мышцы – 8, ступни – 8;
- мышцы поясницы – 7;
- мышцы пресса – 0.
- ягодицы – 1,8;
- сгибатели правой руки – 0, кисти – 0, разгибатели – 2.

Все вышесказанное применимо не только к шейникам со смешанными параличами. В спинальном центре мне приходилось видеть пациентов с невероятно скрюченными конечностями – полностью обездвиженных, потерявших чувствительность на большей части поверхности тела. Однако я считаю: такие больные, пусть и с посторонней помощью,

должны заниматься специальными упражнениями и обязательно вести ДН.

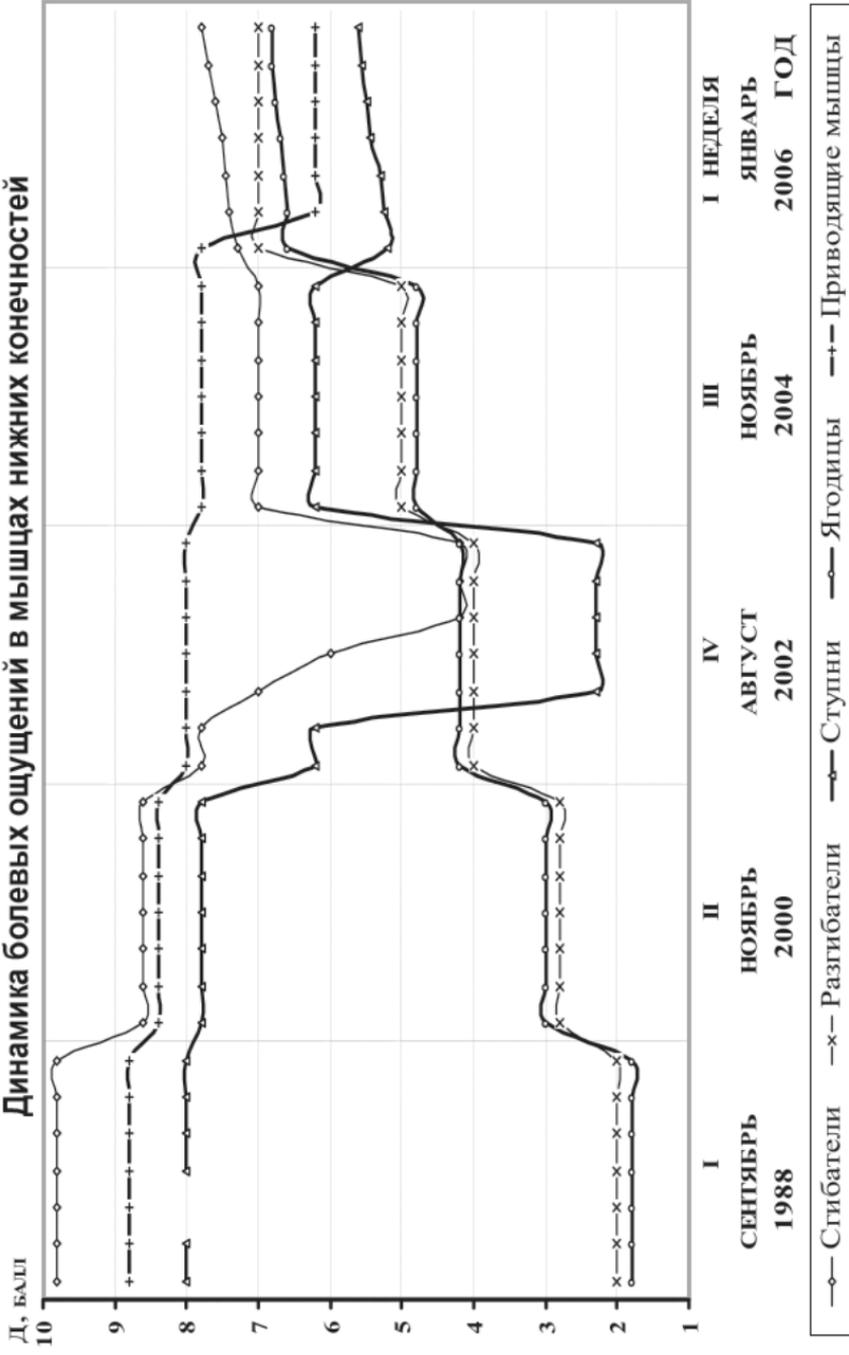
В качестве примера – график 1 на с. 113, где представлена динамика изменения болевых ощущений в мышцах нижних конечностей – выборочно, за отдельные периоды в течение нескольких лет.

Методика построения любого графика известна человеку со средним образованием. Важно показать изменения количественных показателей по двум осям: абсцисс и ординат. В нашем случае по оси ординат откладывается величина баллов Д, по оси абсцисс – время. В конце каждого дня (субъективно) под конкретные мышцы любой части тела выставляются баллы в пределах от 0 до 10. Если в сравнении с предыдущим днем по болевым ощущениям вы почувствовали увеличение, кривая должна ползти вверх.

Резкий подъем кривой – тревожная динамика, сигнал о том, что где-то произошли сбои. Значит, необходимо разобраться в причинах такого явления, для чего следует обратиться к лечащему врачу. Если кривая пошла вниз, то есть болевые ощущения от спастики уменьшились по сравнению с предыдущим днем, то и в этом случае также необходимо разбираться в причинах. Необходимо выяснить: какой именно фактор положительно повлиял на снижение болевого синдрома.

Наибольшую трудность для такого анализа составляет кривая, которая длительное время занимает горизонтальное положение. В подобных случаях при высоких уровнях баллов (выше 7,5) сложно

Динамика болевых ощущений в мышцах нижних конечностей



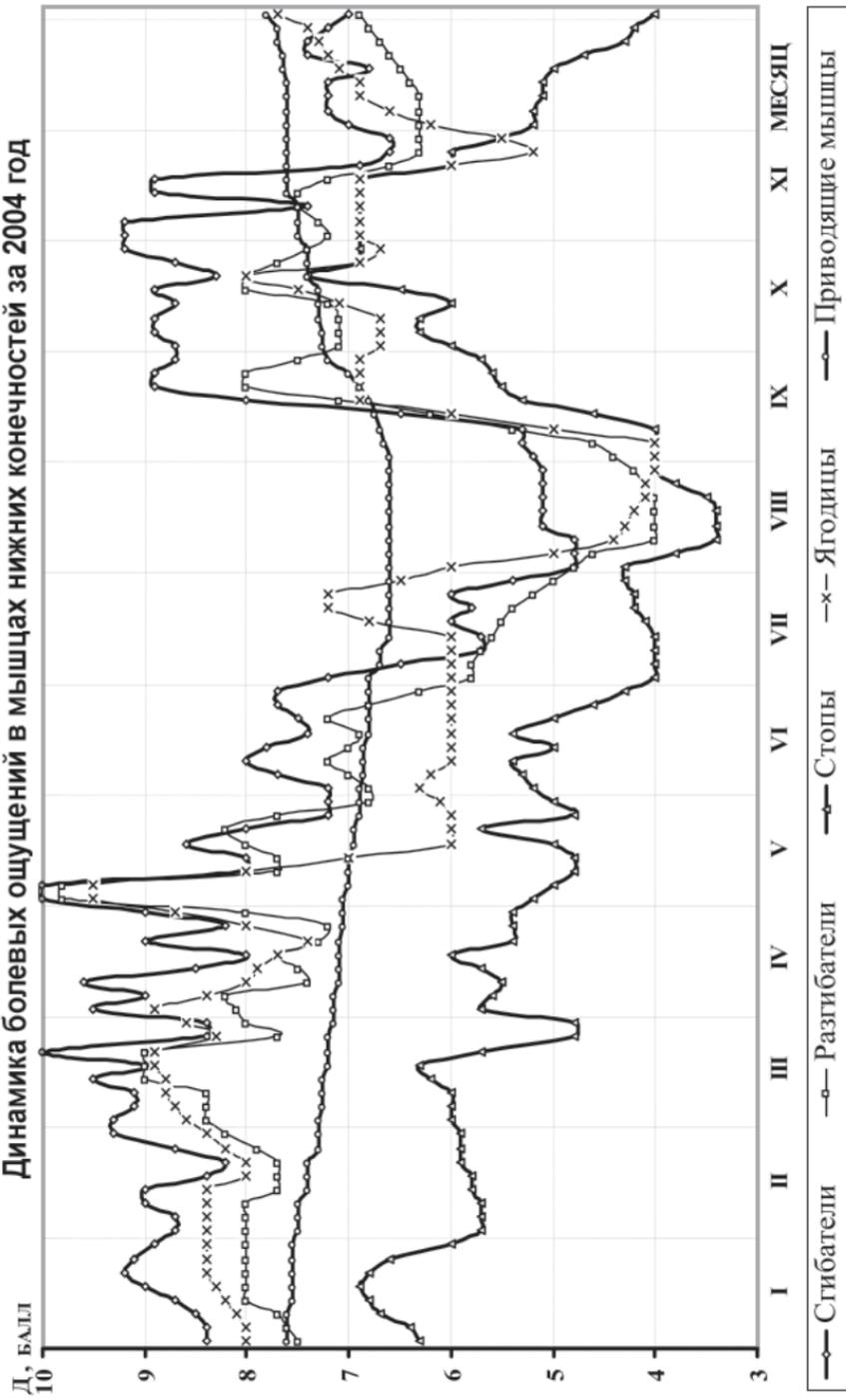
выявить отрицательные факторы без помощи лечащего врача. Если величина баллов ниже 2,5, контроль над мышцами, страдающими от спастики, можно прекратить, так как данный уровень баллов не мешает жить.

Для инвалидов-спинальников с вялым параличом методика построения графика идентична. Хотя для них, наверное, это будет несколько сложнее. Дело в том, что инвалид-спинальник со спастикой будет стремиться снизить всеми способами болевые ощущения, а инвалид с вялым параличом, то есть без болевых ощущений, наоборот, будет стараться оживить мышцы. Поэтому для второго хорошим сигналом будет ситуация, когда кривая динамики оторвется от нулевой отметки и поползет вверх. Хотя и здесь надо проявить большую осторожность, чтобы вялый паралич не перешел в спастический.

В спинальном центре один мой сосед по палате неплохо работал в спортзале: у него была травма грудного отдела позвоночника, совсем не работали ноги. Но при выполнении специальных упражнений в ногах стали появляться терпимые болевые ощущения остаточных напряжений передних мышц и даже ягодиц. Перетренировки привели к тому, что он без посторонней помощи не мог выйти из положения стоя, чтобы сесть в коляску из-за сильной спастики разгибательных мышц нижних конечностей.

Я вовремя разобрался с особенностями состояния мышечной системы своего организма, подверженного спастике с болевыми ощущениями, благо-

Динамика болевых ощущений в мышцах нижних конечностей за 2004 год

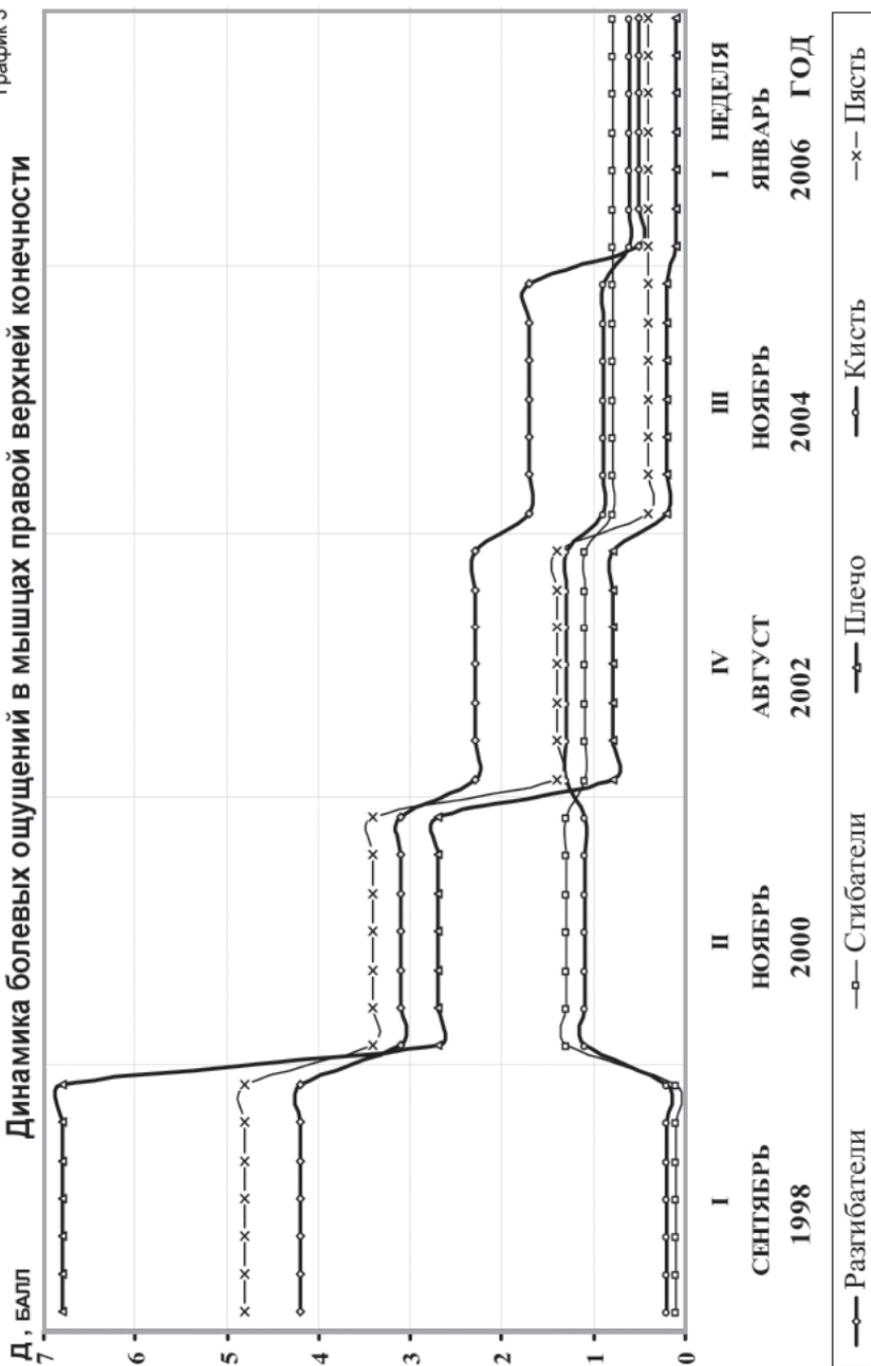


даря тому, что вел ДН. В самом начале (1998) уровень болевого синдрома в мышцах нижних конечностей был в пределах 1,8–9,5. После нескольких лет систематических занятий (2006) этот уровень стал в пределах 4,5–7,5. Это достаточно терпимый уровень болевых ощущений, с которым приходится жить дальше и терпеть его. Были продолжительные периоды (2002 год), когда уровень болевого синдрома в ногах не превышал 4 баллов.

Листаю дневник. В августе 2002-го резко уменьшились боли в мышцах сгибателей ног и ступней – с 7,8 до 2,2 баллов (график 1, кривые 1 и 3). В чем причина? Из-за еле терпимых при ходьбе болей в задних мышцах обеих ног и ступней увеличил высоту каблучков обуви на 15 мм. Ходить стало легче, боли практически исчезли. Вместо 400–500 шагов в день стал делать до 2000.

На графике 2 в качестве примера изображена динамика болевых ощущений в мышцах нижних конечностей за весь 2004 год. Наиболее чувствительными оказались сгибатели, разгибатели и ягодичные мышцы. Болевой уровень в приводящих мышцах ног в течение года практически не изменялся и сохранялся в пределах $7,5 \pm 0,5$ баллов. Состояние заметно ухудшилось с ходом весны. Оценка болевых ощущений приблизилась к 8–10 баллам. Картина изменилась после пребывания в спинальном центре. В это время я принимал разные лекарственные препараты, проводил процедуры, по 3–4 часа в день бывал на открытом воздухе, хотя при этом плотно занимался в спортза-

Динамика болевых ощущений в мышцах правой верхней конечности



ле. По возвращении домой уровень болевых ощущений заметно повысился, в среднем на 4 балла. Данный факт отношу к сложностям привыкания к домашним условиям.

На графике 3 представлена динамика изменений болевых ощущений мышц правой верхней конечности (выборочно, за несколько лет). На начальном этапе болевых спазмов в левой верхней конечности я не ощущал. А вот в правой конечности болевой уровень был в пределах 0–6,8. За пять – шесть лет систематических занятий болевые ощущения мышц правой конечности стабилизировались и не превышали 2 баллов. Такой уровень меня не очень беспокоил. Поэтому я перестал контролировать (отмечать в ДН) состояние верхних конечностей. За это время правой рукой научился выполнять многие утраченные движения. И по сей день работаю обеими руками, выполняя все специальные физические упражнения. Однако стараюсь не перегружать верхние конечности, чтобы не допускать спастичности в мышцах. Так же было с прессом и спиной. Самоконтроль с записями я снимаю при болевых ощущениях, не превышающих 2,5 балла.

Важным носителем информации результатов реабилитационного процесса служит таблица 4. В ней динамику физических возможностей двигательной системы также можно представить в виде кривых, но удобнее это сделать в цифрах, которые характеризуют количество шагов, приседаний, отжиманий руками, нагрузки на ноги, продолжительность работы на велотренажере, силу сжатия кула-

ка, продолжительность работы кистью и т.д. Сюда можно по желанию и с учетом своего состояния внести любые другие показатели, позволяющие делать выводы по отдельным группам мышц.

Спинальным больным я порекомендовал бы внести в подобные таблицы показатель, оценивающий протекание сна (например, продолжительность судорожного состояния мышц или отдельных групп мышц). У инвалидов-спинальников с травмой выше поясничного отдела позвоночника могут наблюдаться непроизвольные подергивания ног – это состояние носит название «синдром беспокойных ног», оно возникает из-за хронического раздражения рецепторов мышц и кожи усталых ног. Иногда такой синдром распространяется на бедра и руки.

Для многих инвалидов-спинальников со спастическим и смешанным параличами ночь – самое тяжелое время суток. У меня ступни начинают «танцевать» с 0 до 3 часов ночи практически ежедневно. Редко бывает, чтобы продолжительность судорог не превышала 20 минут за ночь. В первые пять лет меня частенько беспокоили судороги в течение всей ночи. Приходилось менять положение тела и ног через каждые 10–20 минут.

Естественно, беспокойный сон отрицательно сказывается на результатах дневной реабилитационной работы. Отслеживая динамику изменения показателя сна, инвалид-спинальник может сам научиться спокойно спать. Я, например, снимаю судороги ног так. Если судорога возникла в ноге, упираюсь ступней в спинку кровати и удерживаю

Виды упражнений и динамика физических возможностей при реабилитационном процессе спинального больного

МЕСТО	ЦЕНТР	ДОМА	ЦЕНТР	ДОМА	ДОМА	ДОМА
ГОД	1998	2000	2002	2004	2006	
МЕСЯЦ	СЕНТЯБРЬ	НОЯБРЬ	АВГУСТ	НОЯБРЬ	ЯНВАРЬ	
НЕДЕЛЯ	ПЕРВАЯ	ВТОРАЯ	ТРЕТЬЯ	ЧЕТВЁРТАЯ	ПЕРВАЯ	
День нечётный	1 3 5 7	1 3 5 7	1 3 5 7	1 3 5 7	1 3 5 7	
День чётный	2 4 6	2 4 6	2 4 6	2 4 6	2 4 6	
Ходьба [100 x N], (шаг)	0,5 0,5 0,5 0,5 0,5 0,5 0,5	2 3 6 5 3 4 6	4 14 21 22 10 16 22	7 8 8 8 7 8 8	3 4 4 4 3 0 3	
Приседания [10 x N], (раз)	2 2 2 2 2 2 2	2 2 3 3 2 2 3	2 2 3 4 2 2 4	3 3 3 3 3 3 3	1 2 1 2 1 2 1	
Велотренажёр [10 x N], (мин)		1,5 1 1 1 1,5 1 1	1 1 1 1 1 1 1	3 3 3 3 3 3 3	2 2 2 2 2 2 2	
Подъём на ступнях [10 x N], (раз)		1 1 1 1 0 0 0	2 2 2 2 0 0 0			

НЕДЕЛЯ	ПЕРВАЯ	ВТОРАЯ	ТРЕТЬЯ	ЧЕТВЁРТАЯ	ПЕРВАЯ
День нечётный	1 3 5 7 2 4 6	1 3 5 7 2 4 6	1 3 5 7 2 4 6	1 3 5 7 2 4 6	1 3 5 7 2 4 6
Работа стоя [10 x N], (мин)	0,5 0,5 0,5 0,5 0,5 0,5 0,5	1 1 1 1 1 1 1 1	4 4 5 5 4 5 5	6 6 6 6 6 6 6	9 12 10 10 10 12 10
Сила в кулаке [N], (кг)	0,04 0,04 0,04 0,04 0,04 0,04 0,04	0,1 0,1 0,1 0,1 0,1 0,1 0,1	5 5 5 5 5 5 5	7 7 7 7 7 7 7	9 9 9 9 9 9 9
Подъём колен [50 x N], (раз)			1 1 2 2 1 2 2	4 4 4 4 4 4 4	3 2 2 2 3 4 2
Приспособления для ног [10 x N], (мин)	1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1	5 5 5 5 5 5 5	6 7 10 10 6 8 10	12 12 12 10 12 10 12
Ночные судороги [N], (час)	2 2 3 4 4 3 3	3 2 3 4 4 4 3	2 3 2 1 2 3 2	1 2 1 2 1 2 1	4 5 4 3 4 4 3
Обозначения	[] – расчётная формула	[x] – знак умножения	[N] – число в строке	() – единица измерения	Число в строке – количество специфических движений

ногу в таком положении 20–30 секунд. Лежа в кровати в течение 15–20 минут, делаю расслабляющий самомассаж ног, ягодиц и поясницы. Очень помогает. Здесь важно проявить силу воли, так как приходится работать в не очень удобных положениях и с не очень послушными руками. Стараюсь не спать под тяжелым одеялом и лежу в основном с подогнутыми ногами на боку или на спине. Стараюсь долго не лежать в таком положении с прямыми ногами. Ноги всегда держу в тепле.

Снимают судороги лечебными ваннами или обезболивающими (прогревающими) мазями. Когда мне бывает по ночам уж очень плохо, сижу в кровати с опущенными ногами.

Теперь вспомню, как недовольно фыркали медсестры, когда я просил показать результаты моих анализов. Не надо обращать на это внимание. Вам это очень надо – и все. Собирайте анализы мочи, крови, заключения ЭКГ и др. Это важно, так как наша болезнь носит хронический характер, но может сопровождаться сопутствующими болячками, требующими быстрого распознавания.

Пытались и меня одернуть, сказать, что, мол, это дело не мое.

Смею возразить: я прошел через многие врачебные руки, на своей шкуре испытал, как относятся к нам работники медучреждений, особенно к пожилым больным. Надеюсь на Бога, но стараюсь и сам не плошать. И понимаю: необходимо прямо-таки настаивать на том, чтобы у нас была информация по всем текущим анализам за весь период реабили-

тационного процесса. Иначе все будет безвозвратно потеряно, пропущено что-то значимое, не замечено важное, а это обидно и опасно для нас, живущих «через не могу».

Завершая анализ преимуществ и возможностей моей формы ведения ДН, хочу подчеркнуть: желательно в конце каждой недели фиксировать состояние здоровья отдельных составляющих организма. Именно тех, которые, по вашему мнению, вызывают наибольшие болевые ощущения. В качестве примера в табл. 3 (на с. 108–109) я показал методику описания еженедельного состояния моего организма. Такая информация несколько облегчает анализ динамики физических возможностей и состояния того, кто ведет ДН.

Таким образом, если спинальник решил серьезно заняться самоконтролем, он должен:

- вести дневник наблюдений – это поможет ему следить за динамикой изменения самочувствия и восстановительных результатов за любой временной промежуток как в домашних условиях, так и в лечебно-оздоровительном учреждении;

- осознать, что самоконтроль учит прислушиваться к своему организму, понимать его и правильно анализировать причины положительных или отрицательных изменений;

- помнить о том, что самоконтроль организует, мобилизует и облегчает жизнь спинальника, а также стимулирует на выполнение необходимых требований реабилитационного процесса.

И, конечно, запастись огромным терпением. Но оно того стоит.

КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ, КОТОРЫЕ ПОМОГЛИ МНЕ ВСТАТЬ

Источник нашего долготерпения – в надежде на то, что наше здоровье можно поправить. Не поправить окончательно и бесповоротно, но ПОДправить до степени терпимого и достойного существования – можно. Однако не устану повторять: какой же это тяжелейший труд! Но – заметьте – труд, выполняемый добровольно и добросовестно.

Общеизвестно, человек с любым уровнем поражения позвоночника восстанавливается быстрее, если он как можно раньше начнет заниматься лечебной физкультурой. При этом восстановительный эффект напрямую зависит от его сознательного и активного участия в лечении, от системы занятий с постепенным переходом от легких упражнений к более сложным.

Может случиться, что вы сами выберете для себя специальные упражнения, дающие положительные результаты. Если заметите, что какие-то упражнения приносят пользу, сосредоточьте свое внимание именно на них. Необходимо всегда следить за тем, чтобы занятия не сопровождались болью и, в особенности, ее усилением, поскольку это может привести к спастичности ранее здоровых мышц. Во избежание неприятных сюрпризов важно постоянно контролировать в ДН результаты занятий. При появлении неприятных ощущений в какой-нибудь части тела лучше отложить упражнения вовсе. Занятия ЛФК для спинальников должны быть

каждодневными, а для шейников это образ жизни до конца дней.

В настоящее время в оздоровительном процессе спинальников используют множество комплексов ЛФК. Я хочу обратить ваше внимание на оздоровительный комплекс упражнений применительно к спинальникам-шейникам. Такие больные, с одной стороны, находятся в более выгодном положении, так как могут «по полной программе» нагружать самые подвижные отделы позвоночника. С другой стороны, они лишаются всех шансов на какие-либо восстановительные движения опорно-двигательного аппарата, если налицо полное нарушение спинного мозга на участке шейного отдела позвоночника. Впрочем, то же самое можно сказать о больных с нарушением проводимости спинного мозга на любом другом позвоночном участке. Ибо все, что расположено ниже травмированного участка позвоночника, будет обездвижено. Таким спинальникам важно заботиться о той части тела, которая расположена выше травмированного уровня.

Инвалиды-спинальники, имеющие нормальные руки, могут ощущать себя более или менее здоровыми. Они независимы по сравнению с шейниками, что само по себе имеет огромное значение. Поэтому для них предмет особой заботы должны стать руки и плечевой пояс.

Чтобы грамотно и эффективно заниматься упражнениями ЛФК, сначала я рекомендую разбираться с функцией каждой мышцы, имеющей отношение к опорно-двигательному аппарату. Для этого нужно внимательно ознакомиться с содержанием главы «Что у нас под кожей» или изучить медицинские первоисточники, в частности «Атлас анатомии человека» Р.Д. Синельникова (М.: Медицина, 1967).

УПРАЖНЕНИЯ В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА

Эти упражнения применяются на начальном этапе и служат восстановлению утраченных движений верхних конечностей.

В моем случае этими упражнениями, лежа только на спине, я оживлял мышцы предплечья правой руки и укреплял мышцы предплечья левой руки. Необходимо иметь в виду, что количество специальных движений в каждом упражнении не более 12, количество подходов – не более 6. Когда я мог только лежать на спине, упражнения выполнял три раза в день: утром для разминки, днем до обеда и вечером за час до сна. Через два года у меня зашевелилась правая кисть.

На втором этапе, лежа на спине, я разрабатывал и укреплял специальными упражнениями мышцы плечевого пояса, способствуя развитию подвижности шейных позвонков и держанию головы.

Настало время тренировать мышцы, удерживающие тело в вертикальном положении. Начал с того, что тренировал мышцы верхних и нижних конечностей, таза и туловища в состоянии «невесомости», то есть в облегченном варианте. Помощник блоковой системой вызывал принудительные движения. Блоковая система позволяет снять гравитационные силы притяжения.

Упражнения с блоковой системой поначалу я выполнял с помощью и за счет левой (здоровой) руки, а правой рукой помогал ей. Два с половиной года спустя помощник уже только «прицеплял» мои обездвиженные ноги к блоковой системе, а двигательные действия я совершал самостоятельно, своими руками и оживающими мышцами живота и спины.

Около полутора лет дома и в спинальном центре я работал с блоковой системой, укрепляя подвижность ног и туловища. Настало время попробовать работать

в кровати, без облегчающей блоковой системы. К этому времени у меня окрепла левая рука, заработала и правая, укрепились мышцы спины, поясницы, живота, округлились ягодичные мышцы.

Цель комплекса упражнений без блоковой системы заключается в том, чтобы заставить под собственным весом сокращаться и расслабляться сгибатели, разгибатели и приводящие мышцы ног, а также живота и спины.

Упражнения в положении лежа на спине я осваивал медленно и без сильных болевых ощущений. Другое дело – работа на животе или на четвереньках. Сначала мне казалось, что для спинальников-шейников нет более трудных упражнений. Надо было научиться держать голову на весу, переворачиваться со спины на живот, отжиматься руками и т. д.

Находясь в спинальном центре (первый год), я с помощью методиста освоил технологию переворачивания со спины на живот, а также некоторые упражнения на животе и на четвереньках.

Но домашние условия – иное дело. Я откровенно побаивался того, что самостоятельными «кульбитами» могу вывести из строя шейный, грудной и поясничный отделы позвоночника, хотя при этом никакой боли не ощущал.

Поначалу, лежа на животе, делал не более 6 специальных движений в два подхода.

Цель комплекса упражнений в положении на животе – разработать мышцы плечевого пояса, боковые мышцы туловища, спины, сгибателей ног.

Пожалуй, самым трудным для меня на начальном этапе было положение на четвереньках. Правая рука не слушалась (не мог даже вытащить ее из-под себя); мышцы ног, спины и левой руки были слабыми. Для исходного положения на четвереньках приходилось прислоняться к стенке правую сторону таза (упираться в по-

верхность кровати головой и левой рукой) и отталкиваться, после чего я мог сесть на пятки.

Так промучился около полугода. Но, как ни странно, в последние несколько лет, когда заработали руки и окрепли мышцы спины, упражнения на четвереньках выполняю с большим удовольствием. В этом комплексе упражнений занятия происходили без отягощения, поэтому мышцы не перегружались.

При выполнении упражнений на животе и на четвереньках ступни ног должны свисать за матрас, то есть быть перпендикулярны к голени. Кроме того, на четвереньках я всегда «вставляю» между коленями мячик диаметром не менее чем 150 мм.

Основная цель комплекса упражнений на четвереньках – укрепить все мышцы тела, имеющие отношение к удержанию его в вертикальном положении.

Я отчетливо понимал: чтобы вновь научиться хотя бы надежно стоять (а тем более ходить!), необходимо тренировать слабые мышцы в положении лежа в кровати. Ничего другого спинальнику-шейнику просто не дано.

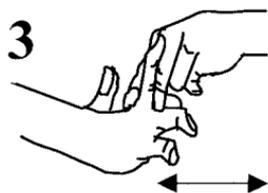
Упражнения в положении на спине для пальцев рук и запястья



1 Четыре пальца в замке перед грудью, большие прижаты друг к другу. Пальцы поворачивать и вращать в обе стороны.



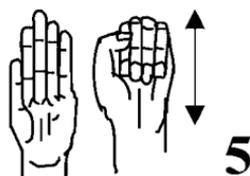
2 Четыре пальца в замке перед грудью. Большие пальцы вращать относительно друг друга в обе стороны.



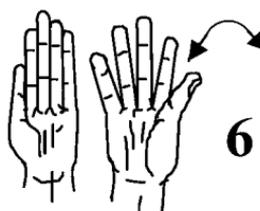
3 Указательным и средним пальцами одной руки охватывать один из пальцев другой руки. Отгибать пальцы обеих рук.



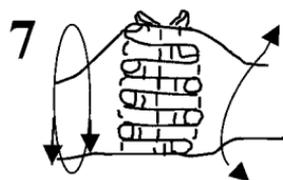
4 Все пальцы поочередно сгибать без болевых ощущений.



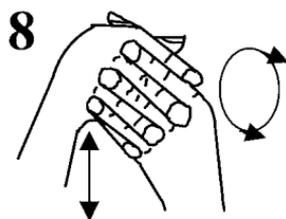
5 Пальцы обеих рук разжимать и с усилием сжимать в кулак.



6 Пальцы обеих рук сводить и разводить.



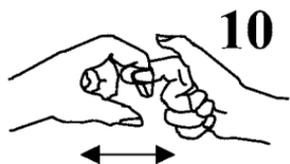
7 Пальцы в замке перед грудью. Поворачивать в обе стороны и далее вращать относительно запястья.



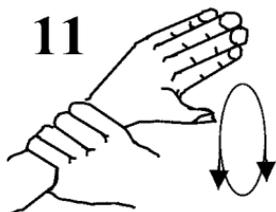
8 Исходное положение упражнения 7. Поднимать и опускать кисти рук и далее вращать относительно запястья.



9 Пальцы ладоней прижаты друг к другу. С усилием сдавливать ладони и поворачивать в обе стороны относительно запястья.



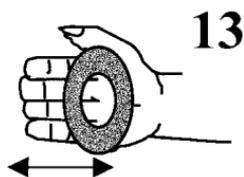
По одному пальцу каждой руки сплести друг с другом. Растягивать пальцы в противоположные стороны.



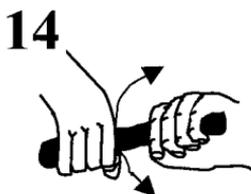
Одна кисть за пясть держит другую. Поворачивать и далее вращать свободную кисть в обе стороны.



Между ладонями зажат «орех». Совершать круговые движения ладоней, с усилием сжимая этот «орех».



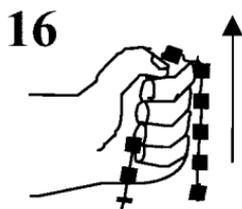
В ладонях поролоновая подушечка. Сгибать пальцы (после появления силы сгиба в пальцах подушечка заменяется эспандером).



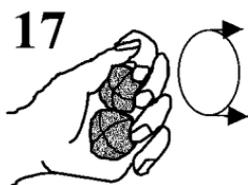
В руках резиновая бита. Медленно поворачивать кисти в противоположные стороны без проскальзывания ладоней относительно биты.



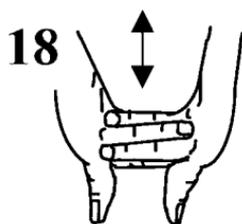
В руке зажат один конец биты. Вращать кистью свободный конец биты в обе стороны.



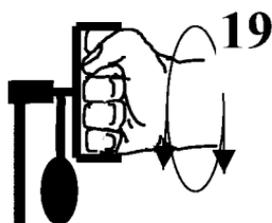
16 Пальцами перебирать четки (можно использовать обычные деревянные косточки старых бухгалтерских счет).



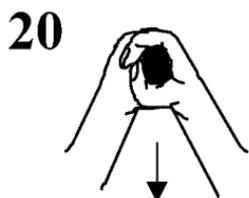
17 В одной ладони зажаты два «ореха». Вращать их пальцами.



18 Пальцы перед грудью в замке, ладони наружу. Вытягивать руки вперед.



19 Поворачивать кисть в обе стороны. (Груз тренажера – см. рис. 12 – увеличивать по мере развития силы в предплечьях).



20 Кисти рук на трубе балканской рамы (при отсутствии силы кулака кисти прибинтовывают к трубе). Подтягивать туловище к трубе.



21 В руках три веревки диаметром 6–8 мм. Сплетать и расплетать концы веревок.



22 Поочередно, вставляя большой палец между всеми пальцами, образовать «фигу».



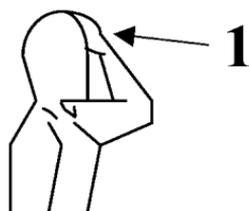
23 Кончики пальцев поочередно с усилием прижимаются к большому пальцу.



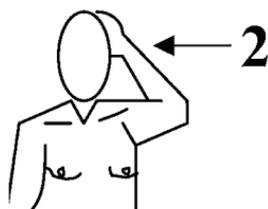
24 Ладонь с усилием прижата к поверхности. Пальцы сжимать в кулак и выпрямлять их.

Примечания: 1. При выполнении упражнений 1–15, 17 и 19–24 количество спецдвижений – 12, подходов – 4 (12 x 4). Результат после пяти лет тренировок – 50 x 1. 2. Продолжительность упражнений 16 и 21–4 минуты.

Упражнения в положении лежа на спине для мышц верхних конечностей, плечевого пояса и шеи



1 Рука на лбу. Наклонять голову вперед, одновременно надавливая на лоб ладонью.



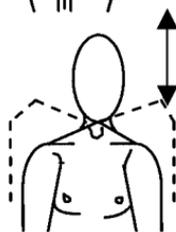
2 Рука в области виска. Наклонять голову в сторону, надавливая на нее ладонью, противоположной движению головы.



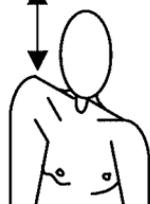
3 Голову опускать вниз, стараясь по возможности прижать ее к груди.



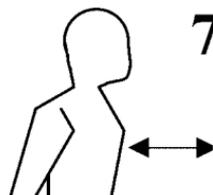
4 Ладони ребром под подбородком. Наклонять голову, преодолевая сопротивление при развороте ладоней.



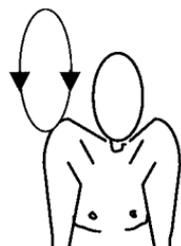
5 Поднимать плечи с максимальной амплитудой (МВА), удерживая в таком положении 2 секунды.



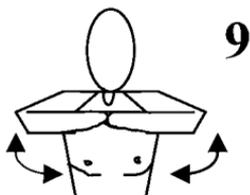
6 Поднимать каждое плечо поочередно с МВА, удерживая в таком положении 2 секунды.



7 Приводить и отводить плечи с МВА.

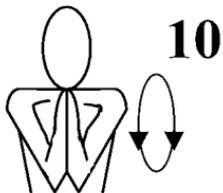


8 Одновременно вращать плечи в обе стороны с МВА.



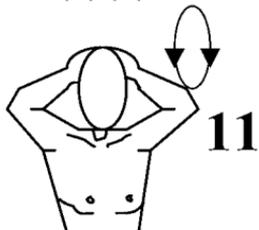
9

Пальцы перед грудью в замке. Опустить и поднимать локти с МВА.



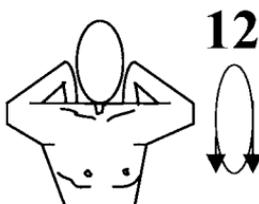
10

Ладони и локти сведены перед грудью. Вращать предплечья с МВА.



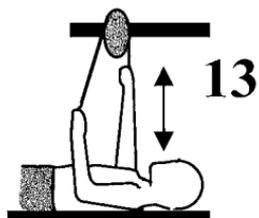
11

Кисти на затылке головы в замке. Локти сводить и разводить перед грудью, а затем вращать их в обе стороны с МВА.



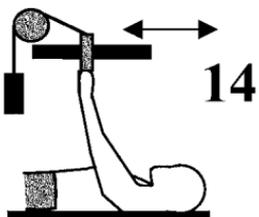
12

Руки согнуты в локтях, пальцы на плечах. Вращать локти с МВА.



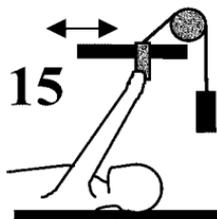
13

В руках концы веревки, переброшенной через блочок. Поднимаем одну руку, другая под собственным весом опускается.

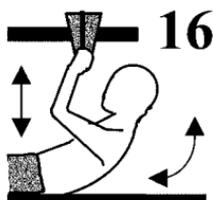


14

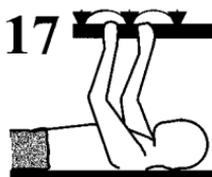
В руках скоба, скользящая вдоль трубы, к которой привязана веревка с грузом со стороны ног. Двигать скобу вдоль трубы.



15 В руках скоба, скользящая вдоль трубы, к которой привязана веревка с грузом со стороны головы. Двигать скобу вдоль трубы.



16 Руки перед грудью продеты через петлю, через которую пропущена труба балканской рамы. Отрывать туловище от кровати.



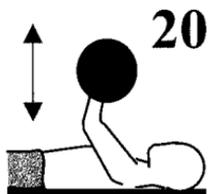
17 Кистями охватить трубу балканской рамы. Перебирать руками вдоль трубы вперед – назад.



18 В руках концы биты. Сводить и разводить руки, преодолевая упругость резиновой биты.



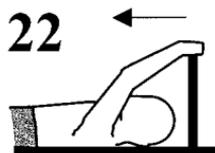
19 Одной рукой, а затем двумя руками держат груз, подвешенный на веревке. Раскачивать груз в стороны с МВА.



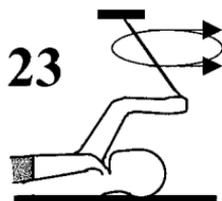
20 Отжимать руками штангу.



Руками перебирать ступеньки веревочной лестницы, приподнимая туловище на максимально возможный угол подъема.

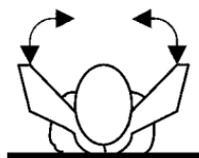


Руки держат сзади спинку кровати. Подтягиваться руками.



Одной, а затем двумя руками держать конец веревки, другой конец ее привязан к раме. Вращать свободный конец веревки с МВА.

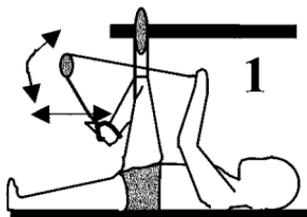
24



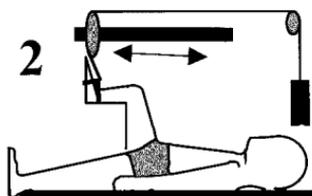
Кисти на затылке в замке. Сводить и разводить локти с МВА.

Примечания: 1. При выполнении упражнений 1–13, 19, 23 и 24 количество спецдвижений – 20, а подходов – 1 (20 x 1).
2. При выполнении упражнений 14–18, 20–22. и 24 количество спецдвижений – 12, а подходов – 2 (12 x 2).

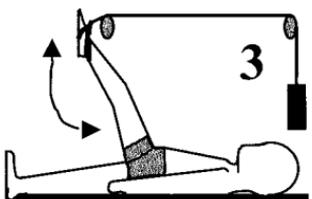
Упражнения в положении на спине с блоковой системой



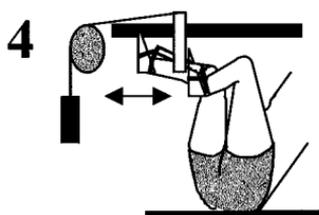
Колени подвешены к крючку, ступни подвешены на веревке через блок. Руками сгибать и разгибать одну или обе ноги (6 x 4).



Ступни подвешены на веревке к крючку, скользящему по трубе, со стороны головы или ног висит груз. Сгибать и разгибать ноги (6 x 4).



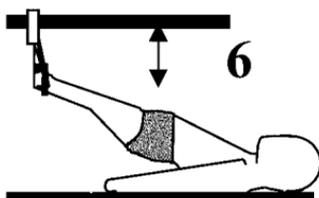
Ступни привязаны к веревке, через блок со стороны головы висит груз. Поднимать и опускать прямые ноги с МВА (6 x 4).



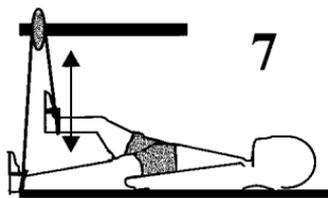
Ступни висят на приспособлении (рис. 12), груз на веревке со стороны головы или ног. Сгибать и разгибать ноги (6 x 4).



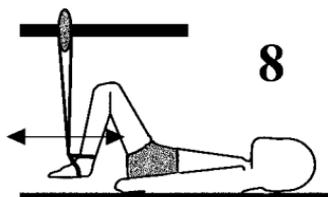
Ноги на приспособлении 5 (рис. 12). Педаль крутить вперед и назад. На одну из педалей можно подвесить груз (6 x 4).



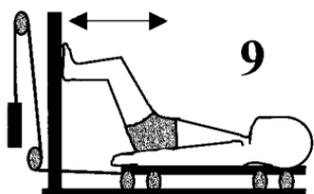
Исходное положение упражнения 2, груз отсутствует. На прямых ногах поднимать и опускать таз с МВА (6 x 4).



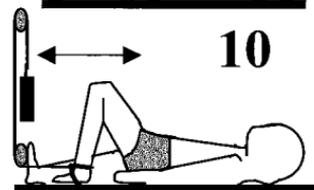
7
Ступни висят на веревке, перекинутой через блок, вращающийся на трубе. Одну из прямых ног поднимать, а другая сама опускается (6 x 4).



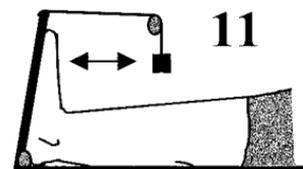
8
Исходное положение упражнения 7. Сгибать и разгибать ноги (блок скользит вдоль трубы) (6 x 4).



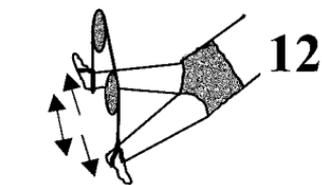
9
Туловище на тележке, колени под прямым углом, ступни упираются о доску, груз со стороны ног. Разгибать колени (6 x 4).



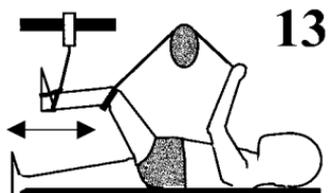
10
К одной ступне привязана веревка, через блок к ней подвешен груз. Сгибать и разгибать ногу (6 x 4).



11
Ступни подпереть доской с шарниром в нижней ее части, со стороны головы на веревке висит груз. Ступни разгибать (6 x 4).

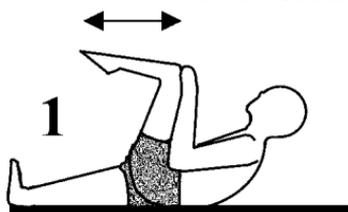


12
Ступни висят на веревке, переброшенной через два блока, раздвинутые до 0,2 м. Ноги сводить и разводить (6 x 4).

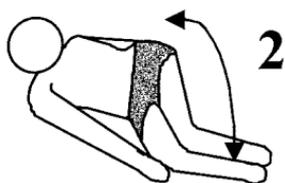


13
Ступни висят на скобе, к коленям привязана веревка через блок. Руками сгибать и разгибать колени (6 x 4).

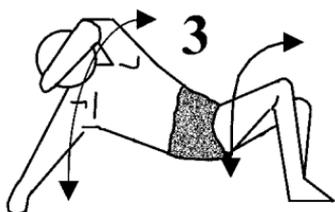
Упражнения в положении на спине без блоковой системы



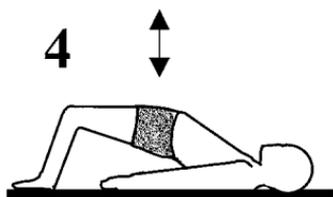
Поочередно одно, а затем оба колена подтягивать к подбородку.



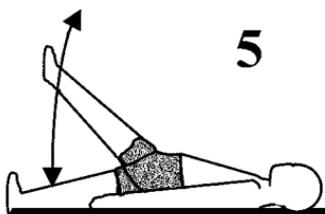
Ноги полусогнуты. Раскачивать колени в обе стороны, плечи не отрывать от поверхности кровати.



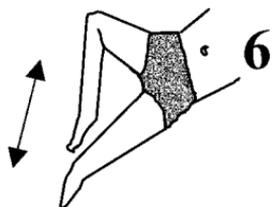
Упражнение 2, но с поворотом колен и рук в разные стороны, не отрывая лопаток от поверхности кровати.



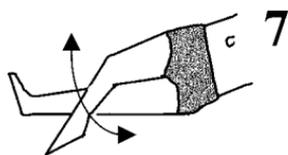
Обе ноги согнуты, руки вытянуты вдоль тела. Поднимать и опускать таз с МВА и задержкой в крайних положениях до 2 – 3 секунд.



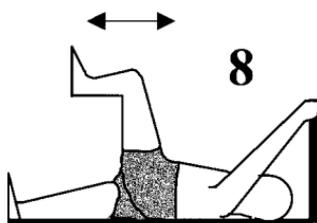
Поднимать одну из выпрямленных ног. (Для облегчения упражнения свободную ногу можно согнуть.)



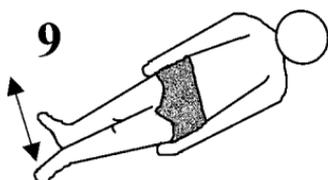
Одну ногу, а затем обе сгибать и разгибать (ступни скользят по поверхности кровати).



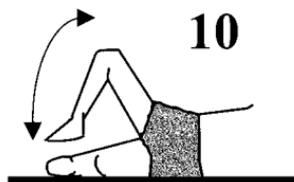
Руки держатся за спинку кровати. Переводить ступню одной из прямых ног через другую.



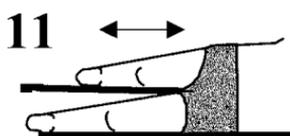
Руки держатся за спинку кровати. Одну ногу, а затем обе поднимать, сгибая колени, стараясь приблизить их к подбородку.



Ноги прямые. Приводить, отводить, сгибать, разгибать и вращать ступни в обе стороны (одна нога может быть согнута).



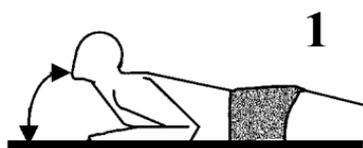
Туловище на боку, ноги согнуты. Отводить и приводить верхнее колено.



Туловище на боку, ноги согнуты, между коленями фанера. Верхнюю ногу сгибать и разгибать.

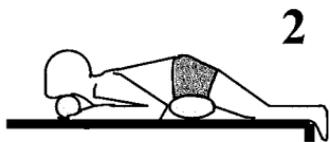
Примечания: 1. При выполнении упражнений 1–8 и 10–11 количество спецдвижений – 6, подходов – 3 (6 x 3).
2. При выполнении упражнения 9 количество движений – 20, а подходов – 2 (20 x 2).

Упражнения в положении на животе



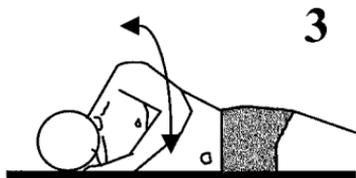
1

Руки согнуты в локтях, ладони на уровне плеч. Поднимать и опускать голову с задержкой по 2–3 минуты.



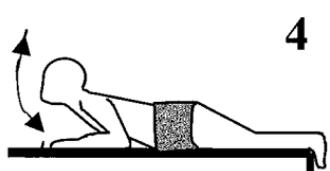
2

Мягкие валики подложить под таз и под подбородок, руки согнуты в локтях. Лежать не более 5 минут.



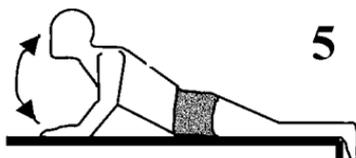
3

Руки согнуты в локтях, ладони на уровне плеч. Поворачивать голову и плечо, не отрывая ладони и таз от поверхности матраса.



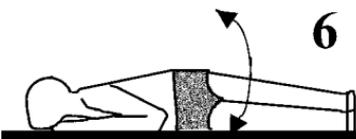
4

Руки согнуты в локтях, ладони на уровне плеч. Поднимать и опускать голову и грудную клетку, не отрывая локтей от поверхности матраса.



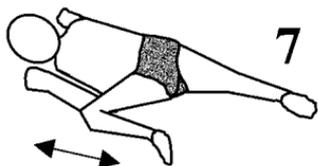
5

Руки согнуты в локтях, ладони на уровне плеч. Поднимать и опускать корпус тела на прямых руках.



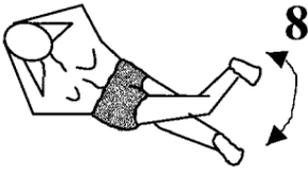
6

Руки согнуты в локтях, ладони на уровне плеч. Не отрывая грудной клетки, поворачивать таз и ноги.

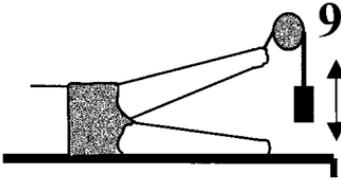


7

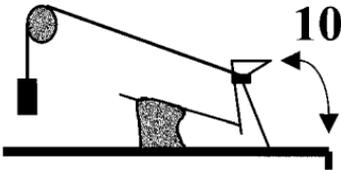
Руки согнуты в локтях, ладони на уровне плеч. Поочередно сгибать и разгибать ноги.



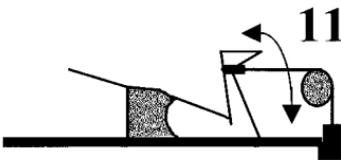
8 Лоб на ладонях. Сгибать и разгибать ногу с задержкой в крайних положениях 1–3 секунды.



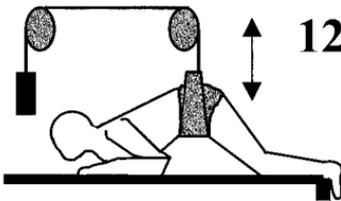
9 Лечь на бок, ступня верхней ноги висит на веревке с грузом через блок. Приводить верхнюю ногу.



10 К одной или обеим ступням привязана веревка с грузом через блок со стороны головы. Разгибать ноги.



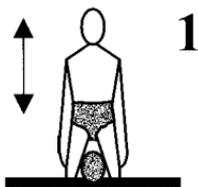
11 К одной или обеим ступням привязана веревка с грузом через блок со стороны ног. Сгибать ноги.



12 К поясу на уровне таза привязана веревка с грузом через блок, руки согнуты, ладони на уровне плеч. Поднимать таз.

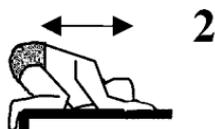
Примечания: **1.** При выполнении всех упражнений количество движений – 6, а подходов – 3 (6 x 3). **2.** Упражнение 2 выполнялось на пятый год после операции в шейном отделе позвоночника.

Упражнения в положении на корточках



1

Стоять на коленях, руки вдоль туловища, между коленями мяч. Приводить в норму дыхание и расслабить мышцы.



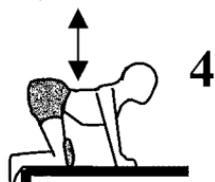
2

Исходное положение упражнения 1. Наклонить вперед туловище, лбом и предплечьями коснуться поверхности матраса, руки вытянуть, а таз прижать к пяткам.



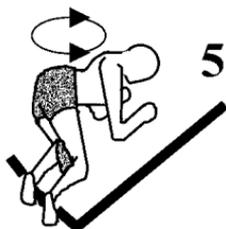
3

Руки прямые, ладони на уровне плеч, стойка на коленях. При вдохе сгорбить спину.



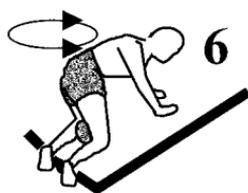
4

Исходное положение упражнения 3. Прогнуть спину как можно больше. Следить за дыханием.



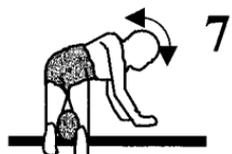
5

Локти на матрасе, ладони на уровне головы, стойка на коленях. Вращать таз в обе стороны.



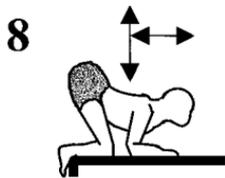
6

Исходное положение упражнения 3. Вращать таз в обе стороны с МВА.

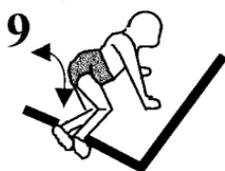


7

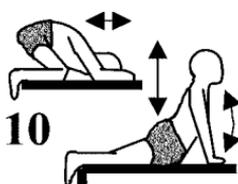
Исходное положение упражнения 3. Руками перебирать по матрасу, поворачивая корпус тела в обе стороны.



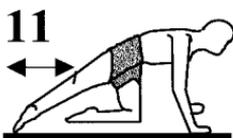
Исходное положение упражнения 3. Сгибать руки, коснуться грудью матраса, корпус двигать вперед, таз отводить назад и вернуться в исходное положение.



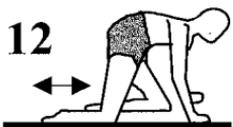
Исходное положение упражнения 3. Наклонять таз в обе стороны с МВА.



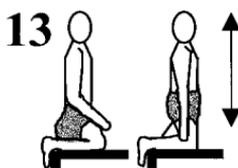
Руки выдвинуты вперед, лоб касается поверхности матраса, сед на пятках. Выпрямлять руки, двигать таз вперед и прижимать его к матрасу.



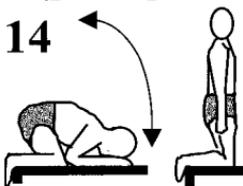
Руки прямые, ладони на уровне головы, стоять на коленях. Поочередно каждую ногу выпрямлять и сгибать.



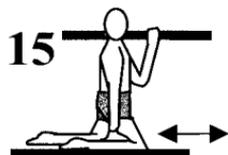
Исходное положение упражнения 11. Ползать вперед и назад по поверхности матраса.



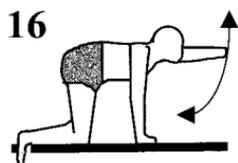
Сед на пятках, корпус прямой, ладони на коленях. Колени разгибать до вертикального положения туловища.



Сед на пятках, голова на поверхности матраса, руки согнуты, ладони на уровне головы. Выпрямлять туловище и разгибать колени до прямого угла.



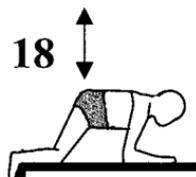
Туловище в вертикальном положении, рука держится за брус. Шагать на коленях вдоль бруса вперед – назад,



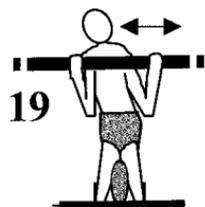
16 Исходное положение упражнения 3. Поочередно одну руку поднимать до уровня плеч и опускать.



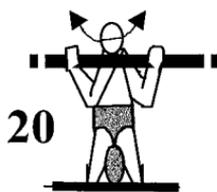
17 Стойка в положении на коленях. Любые свободные движения руками.



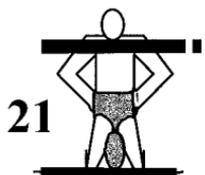
18 Руки согнуты, ладони на уровне головы, корпус лежит на матрасе. Поднимать и опускать таз, корпус и голову, сгибая ноги и выпрямляя руки.



19 Стойка в положении на коленях, руки на брус. Наклоны корпуса вправо – влево.



20 Исходное положение упражнения 19. Повороты корпуса вправо – влево.



21 Исходное положение упражнения 19, но руки на поясе. Поворачивать и наклонять туловище влево – вправо.



22 Исходное положение упражнения 19, но пальцы рук в замке на затылке. Выполнять любые посильные движения корпусом.

Примечания: 1. При выполнении всех упражнений количество движений – 6, а подходов – 3 (6 x 3). 2. Все упражнения выполняются с мячиком между колен.

УПРАЖНЕНИЯ В ПОЛОЖЕНИИ СИДЯ

В течение полутора лет я фанатично выполнял все специальные упражнения в кровати, которые были по силам. Как результат, задвигались пальцы, возросла сила сжатия кулака, исчезли болевые ощущения в запястье от сжимающих и растягивающих нагрузок, окрепла левая рука, задвигалась правая верхняя конечность, заработали мышцы плечевого пояса, спины и пресса.

Встал вопрос о разработке новых видов упражнений для мышц, удерживающих туловище в вертикальном положении. Чтобы приступить к выполнению таких упражнений, я должен был сначала научиться уверенно сидеть в коляске и на стуле.

Начал с того, что мой помощник меня усаживал в кровати, закрепив со стороны спины доску. Одним концом она опиралась на трубу балканской рамы, а другим – на плоскость кровати. Так, заваленный подушками по бокам, я сидел считанные минуты в течение нескольких недель.

Но время шло. Снова начал работать с блоковой системой, чтобы легче было управлять гравитационной составляющей частей своего тела.

Прежде чем приступить к выполнению нового вида специальных упражнений в положении сидя с блоковой системой и без нее, с отягощением и без него, надо вспомнить об одной очень серьезной опасности. Чем больше времени прошло после травмы или заболевания позвоночника, тем с большей осторожностью следует переходить к отягощающему виду упражнений. Вследствие несбалансированности движений разных групп мышц могут возникнуть спастика и судорога.

Мышечная несбалансированность, в свою очередь, возникает тогда, когда мышцы-антагонисты развиты

неравномерно. Это чревато суставными вывихами. Чтобы такого не случилось, на начальном этапе упражнения в положении сидя с блоковой системой необходимо выполнять без отягощения, создав условия полной невесомости верхних конечностей. Недопустимо работать с грузом через силу, преодолевая боль. Это приводит к переутомлению и перетренировкам.

Хороший эффект достигается при пользовании рычажными колясками. Работая рычагами такой коляски, мышцы сгибателей и разгибателей верхних конечностей, плечевого пояса и туловища оказываются в оптимальном состоянии в связи с тем, что их движения равнозначимы. Я пользовался рычажной коляской два года.

Все упражнения с блоковой системой более наглядно было бы представить в положении сидя в коляске. Должен заметить, что блоковая система предпочтительнее. Величина груза, подвешенного у меня на веревке блоковой системы, не превышала 3 кг.

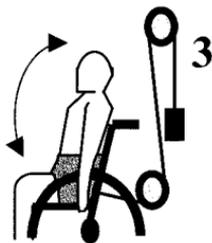
Упражнения в положении лежа или сидя для мышц рук с блоковой системой



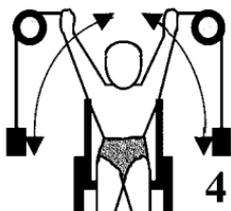
В руках веревка с грузом спереди, переброшенная через блок над головой. Руки перед грудью в локтях сгибать и разгибать до уровня колен.



Исходное положение упражнения 1, но груз подвешен сзади. Прямые руки перед грудью поднимать и опускать до уровня колен с МВА.



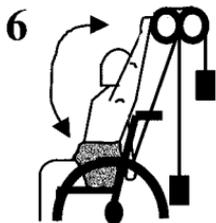
3 В руках веревка с грузом, один блочок расположен на уровне колен сзади, а другой – над головой. Руки перед грудью сгибать в локтях, а затем поднимать прямые руки вверх.



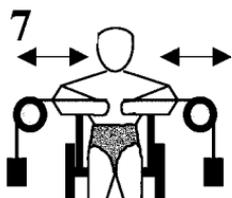
4 Исходное положение упражнения 3, но блочки над головой, а грузы с боков туловища. Прямыми руками делать взмахи с МВА.



5 Исходное положение упражнения 3, но нижний блочок расположен спереди, а другие два над головой. Прямые руки перед грудью поднимать и опускать с МВА.



6 Исходное положение упражнения 4, но блочки и грузы сзади. Встречно каждой, а затем обеими руками делать взмахи перед грудью прямыми руками с МВА.



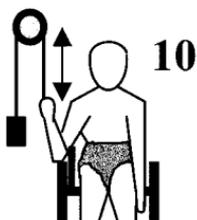
7 В руках веревка с грузом по бокам, блочки на уровне плеч перед грудью. Сгибать и разгибать руки перед грудью с МВА.



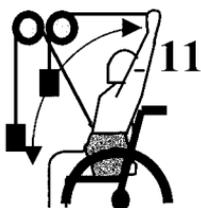
8 Исходное положение упражнения 6. Обе руки со стороны спины сгибать и разгибать с МВА.



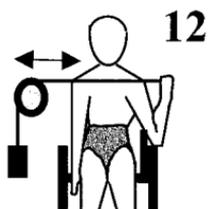
9 Рука, согнутая в локте, держит конец веревки с грузом, блочок на уровне плеч со стороны согнутой руки. Предплечье раскачивать из вертикального положения в горизонтальное.



10 Исходное положение упражнения 9, но блочок над головой. Руки сгибать и разгибать с МВА.



11 Исходное положение упражнения 6, но грузы и блочки перед грудью. Встречно каждой, а затем обеими руками делать взмахи перед грудью с МВА.



12 Исходное положение упражнения 9, но блочок расположен со стороны ненагруженной руки. Предплечье раскачивать из горизонтального положения в вертикальное.



13 Руки на педалях напольного велотренажера, на одну из педалей подвешен груз. Руками вращать педали в обе стороны.



14
Исходное положение упражнения 7, но блочки сзади. Руки выпрямлять и сгибать перед грудью.



15
Исходное положение упражнения 7, но блочки спереди. Руки сгибать и выпрямлять перед грудью.

Примечание: При выполнении всех упражнений количество спецдвижений – 6, а подходов – 3 (6 x 3).

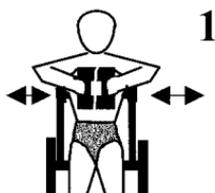
Около года я старался выполнять комплекс упражнений, описанный выше. Ожили мышцы сгибателей и разгибателей правой руки, хотя чувствовались небольшие остаточные напряжения мышц-антагонистов при крайних положениях сгиба и разгиба рук в локтях.

Уже без особого труда мог готовить пищу, чинить обувь, часы, бытовую технику, рисовать, писать и т. д. При этом стал замечать, что моя правая рука может работать в паре с левой, то есть руки нашли контакт. А вот поднять правую руку до уровня плеч и выше или отвести ее в сторону было трудно – слабыми были мышцы плеч.

Потребовался новый комплекс специальных упражнений для правой руки, чтобы научить ее работать на весу. Эти упражнения можно выполнять сидя в коляске или на стуле, с гантелями и без них. Вес гантелей желателен не более 1 кг, так как это позволяет без труда и с удовольствием выполнять весь комплекс упражнений.

Здесь работают практически все мышцы верхних конечностей, плечевого пояса и туловища.

Упражнения в положении сидя для верхних конечностей при работе на весу



1

Руки спереди, согнуты в локтях на уровне плеч. Руки разводить и сводить к груди.



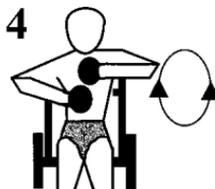
2

Руки вытянуты перед грудью на уровне плеч. Руками вращать в обе стороны с МВА.



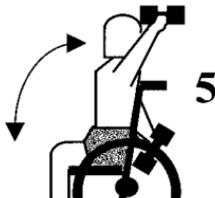
3

Руки разведены в стороны на уровне плеч. Руками вращать в обе стороны с МВА.



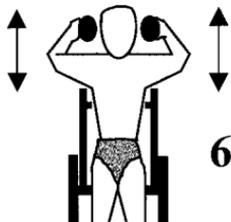
4

Руки согнуты в локтях перед грудью на уровне плеч. Кисти вращать в обе стороны с МВА.



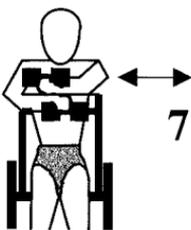
5

Руки вдоль туловища. Прямыми руками вместе, а затем встречно каждой выполнять взмахи перед грудью с МВА.

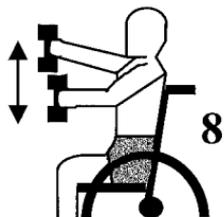


6

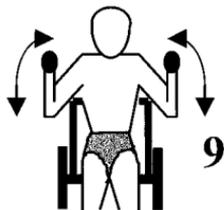
Руки согнуты в локтях, кисти прижаты к плечам. Обе руки, а затем поочередно каждую разгибать и сгибать, прижимая кисти к плечам.



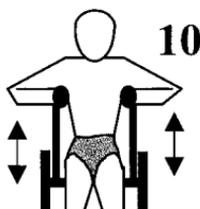
7 Руки скрещены перед грудью на уровне плеч. Кисти рук раскачивать в горизонтальной плоскости относительно друг друга, меняя местами верх – низ.



8 Руки вытянуты перед грудью на уровне плеч. Кисти рук раскачивать в вертикальной плоскости относительно друг друга.



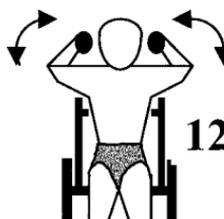
9 Руки вдоль туловища. Обе руки, а затем поочередно каждую сгибать и разгибать, прижимая кисти к плечам.



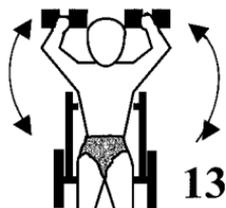
10 Руки вдоль туловища. Обе руки, а затем поочередно каждую сгибать и разгибать, прижимая кисти к подмышкам.



11 Руки вытянуты перед грудью на уровне плеч. Обе руки, а затем поочередно каждую сгибать и разгибать локтями перед грудью.



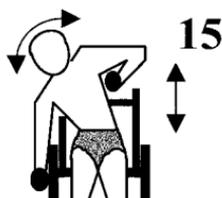
12 Руки согнуты в локтях, кисти прижаты к плечам. Обе руки, а затем каждую встречно разводить в стороны и сводить кисти к плечам.



Руки вдоль туловища. Обеими прямыми руками, а затем каждой делать боковые взмахи.



Руки вдоль туловища. Обе руки, а затем каждую сгибать перед грудью в локтях.



Руки вдоль туловища. Туловище наклонять влево – вправо, сгибая одну руку в локте, кисть прижимать к подмышке.

Примечание. 1. При выполнении всех упражнений количество спецдвижений – 6, а подходов – 3 (6 x 3).

Чтобы научиться ходить или стоять, спинальник должен серьезно тренировать ноги. Слабые мышцы ног не могут удерживать равновесие тела, поэтому приходится стоять на обеих ногах с упором для колен во избежание падения или держаться руками за что-либо надежное. Равновесие, разумеется, зависит от нервной и мускульной организации, а также от того, насколько вы способны управлять ногами.

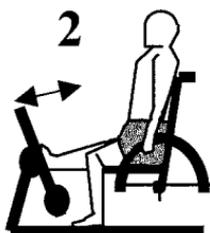
Начинать восстанавливать двигательные функции нижних конечностей и тазового пояса, чтобы удерживать тело в вертикальном положении, лучше со специальных упражнений в положении сидя в коляске или на стуле.

В предлагаемом комплексе упражнений тренируются мышцы верхних конечностей, плечевого пояса, шеи; частично нагружаются мышцы спины, боковые мышцы туловища; тренируются все сгибатели, разгибатели и приводящие мышцы бедра, голени и ступней, а также ягодичные и внутренние тазовые мышцы.

Упражнения в положении сидя для мышц ног и тазового пояса



Нога под прямым углом к туловищу упирается ступней о качающуюся поверхность приспособления (рис. 12, 1). Рукой с помощью веревки раскачивать поверхность с МВА.



Исходное положение упражнения 1. Без веревки ступней раскачивать поверхность приспособления с МВА.



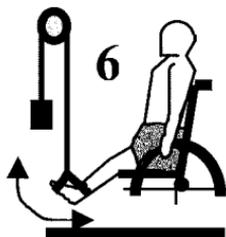
Руки вдоль туловища, ноги на педалях напольного тренажера. Вращать педали тренажера в обе стороны.



Руки вдоль туловища, к ступне привязана веревка с грузом, переброшенная через блочок, расположенный выше головы. Поднимать и опускать колесо с МВА.



Исходное положение упражнения 4, но без блоковой системы. Поднимать и опускать колено с МВА.



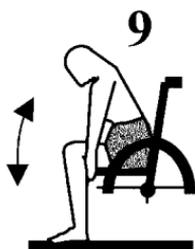
Исходное положение упражнения 4. Прямую ногу, а затем обе сгибать и разгибать в коленях.



Руки вдоль туловища, ступни на палке диаметром 40 мм и длиной 0,5 м или на роликах. Ступни двигать вперед – назад, массируя подошвы ног.



Руки вдоль туловища, ступни на резиновом мячике диаметром 0,4 м. Катать мячик ногами.



Руки вдоль туловища, ступни на полу. Туловище наклонять вперед с учетом болевых ощущений.



10 Исходное положение упражнения 9, но к голове прикреплена веревка с грузом через блочок, размещенный спереди и ниже колен. Туловище наклонять и выпрямлять с учетом болевых ощущений.



11 Ноги выпрямлены, пятки упираются на уступ. В таком положении находиться несколько минут до терпимых болевых ощущений.



12 Одна нога на весу прямая. Выполнять любые движения ступней.

Примечания: 1. Для удобства все упражнения данного комплекса можно выполнять, держась руками за брус. 2. Если в полном велотренажере (упражнение 3) отсутствует тормозное устройство, то для создания нагрузки на ноги к одной из педалей тренажера подвешивается груз.

УПРАЖНЕНИЯ В ПОЛОЖЕНИИ СТОЯ

Много времени и сил я потратил, работая на кровати и сидя в коляске (на стуле), чтоб восстановить утраченные движения рук, шеи, плечевого пояса, спины, пресса и ног. Лелеял надежду, что это мне поможет встать на ноги и, может быть, я начну ходить хотя бы на костылях.

В методическом плане все было сделано правильно. Чтобы начать ходить, потребовалось поэтапное вос-

становление двигательной функции каждой системы опорно-двигательного аппарата. В этом я убедился, когда лежал в травматологическом отделении больницы г. Коркино. Родные рано заставляли меня ходить в ходунках, хотя при этом совершенно не работала правая рука, не было пресса, были слабыми передние мышцы ног.

Методист отделения не очень удивлялась такой «самодеятельности», а вот заведующий отделением предупредил:

– Не беги впереди паровоза. Упадешь – можешь больше не встать никогда! Работай больше с методистом, усиливай весь мышечный корсет, восстанавливай полноту мышц за счет улучшенного питания. У тебя мышц вообще нет, только кожа да кости.

Я послушался опытного врача и переключился на вспомогательные упражнения, работал в кровати, на стуле, в спортзале. Но тут выявилась еще одна «закавыка»: чтобы ходить, необходимо сначала надежно стоять.

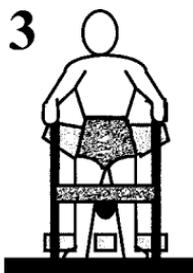
Эту задачу я решил с помощью следующего комплекса специальных упражнений. Данный комплекс всегда выполнял с подстраховкой, то есть сзади у меня стояла коляска (стул) на случай страховки рук или обрыва веревки блоковой системы (такие случаи бывали нередко).



Руки на трубе, со стороны таза широкий пояс, привязанный к трубе, ноги с упором колен, ступни привязаны ремнем к стойкам. Стоять до терпимых болевых ощущений.



2
Исходное положение упражнения 1, под пяткой установлен полужесткий валик. Стоять до терпимых болей нижних конечностей.



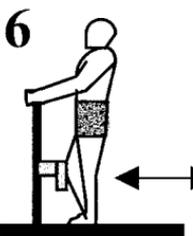
3
Исходное положение упражнения 2; между коленями мячик диаметром не более 150 мм. Стоять до терпимых болевых ощущений.



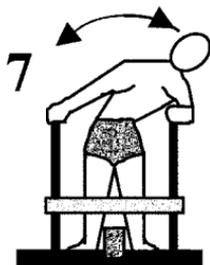
4
Руки на трубе, ноги с упором колен, ступни привязаны к стойкам. Наклоны туловища вперед, стараясь коснуться грудью трубы. При выпрямлении туловища немного отклониться назад.



5
Исходное положение упражнения 3, на грудь под мышки надет широкий пояс, к нему привязана веревка с грузом через блок сзади. Наклоны туловища вперед.



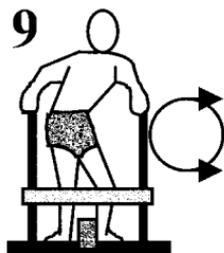
6
Руки на брусках, одна нога или обе чуть-чуть согнуты. Выпрямлять обе ноги или поочередно одну из ног.



7 Исходное положение упражнения 6. Наклоны туловища в обе стороны с МВА.



8 Исходное положение упражнения 6. Повороты туловища в обе стороны с МВА.



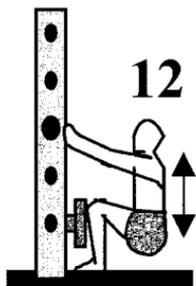
9 Исходное положение упражнения 6. Вращение таза в обе стороны с МВА.



10 Руки на трубе, ноги с упором колен, со стороны таза широкий пояс, к нему привязана веревка с грузом через блок спереди. Присесть на стул или в коляску с прямыми руками.

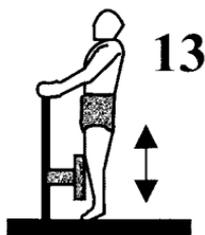


11 Исходное положение упражнения 10, но без блоковой системы. Приседание и вставание со стула или коляски с прямыми руками.



12

Исходное положение упражнения 10, но сзади нет стула или коляски. Приседание и вставание в исходное положение с полностью согнутыми коленями и на прямых руках.



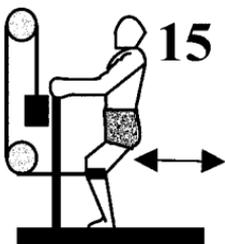
13

Исходное положение упражнения 11. Поднимать туловище, разгибая ступни.



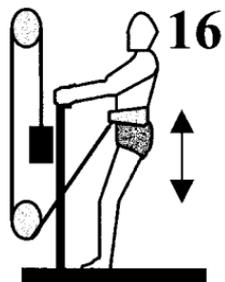
14

Исходное положение упражнения 13, пальцы ступней упираются на уступ, пятка слегка касается поверхности пола. Стоять до терпимых болевых ощущений.



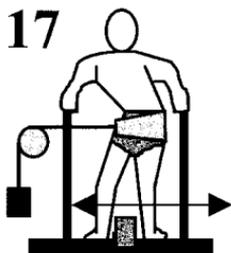
15

Руки на брусках, к коленям привязана веревка с грузом, переброшенная через блок спереди. Слегка сгибать и выпрямлять ноги.



16

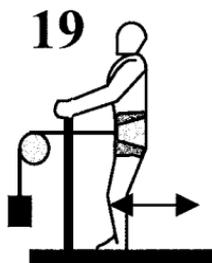
Руки на трубе, ступни немного впереди туловища, на пояснице широкий пояс, к которому привязана веревка с грузом, переброшенная через блок спереди. Опускать и поднимать таз за счет сгибания ног.



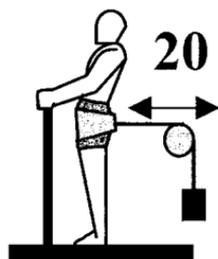
Исходное положение упражнения 16, но блочок справа. На прямых ногах таз отводить влево, а затем приводить вправо.



Исходное положение упражнения 17, но блочок справа. На прямых ногах таз отводить вправо, а затем приводить влево.



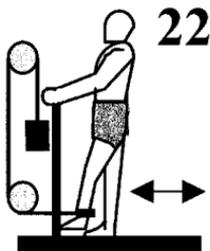
Исходное положение упражнения 17, но блочок спереди. На прямых ногах таз отводить назад, а затем приводить вперед.



Исходное положение упражнения 17, но блочок сзади. На прямых ногах таз приводить вперед, а затем отводить назад.



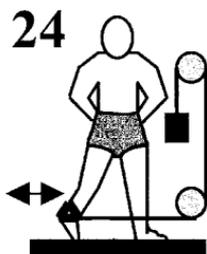
Руки на трубе, к одной из ступней привязана веревка с грузом, переброшенная через блочок сзади. Двигать прямой ногой вперед – назад.



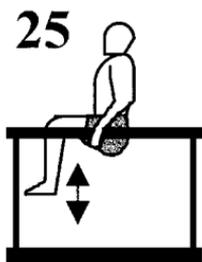
22 Исходное положение упражнения 21, но блочек спереди. Двигать прямой ногой назад – вперед.



23 Исходное положение упражнения 21, но блочек справа. Приводить и отводить прямую ногу. В этом упражнении руки можно заложить за спину.



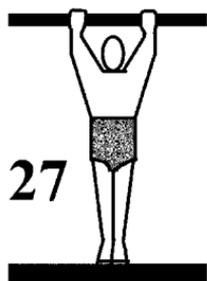
24 Исходное положение упражнения 23, но блочек слева. Отводить и приводить прямую ногу. В этом упражнении руки можно заложить за спину.



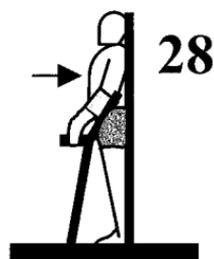
25 Руки на двух брусках по бокам. На прямых руках сгибать обе ноги, поднимая ступни на максимально возможную высоту (МВВ).



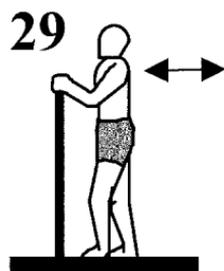
26 Руки на двух брусках по бокам. На прямых руках сгибать одну ногу, поднимая ступню на МВВ.



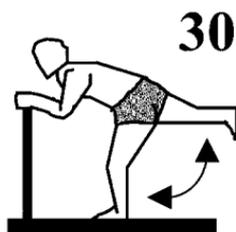
Повиснуть на руках, колени слегка согнуты, пальцы ступней ног от пола (для подстраховки) не отрывать. Висеть несколько секунд.



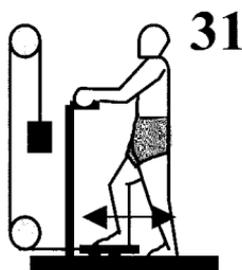
Стать спиной к стене, пятками касаться стены, в руках костыли или бруска, за которые можно держаться. Стоять 2–3 минуты.



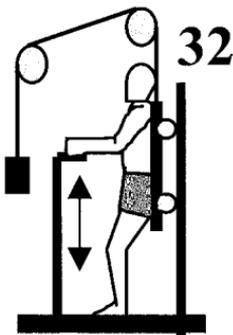
Стоя, руками опереться о стенку, сзади для подстраховки коляска, одна нога для устойчивости отодвинута немного назад. Руками осторожно отжиматься от стенки.



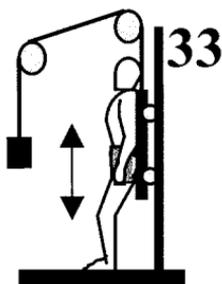
Руки на трубе. Осторожно наклоняться вперед, одновременно отводя назад одну из выпрямленных ног.



Руки на брусках, одна ступня на тележке, к ней привязана верёвка с грузом через блочки спереди или сзади. Тележку двигать назад – вперед, не отрывая ступни.



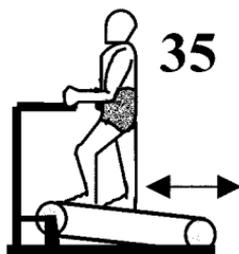
32 Руки на брусках, спину прижать к поверхности тележки, катающейся по стенке, через блочки переброшена веревка с грузом. Прижимая спину к тележке, осторожно сгибать и разгибать колени.



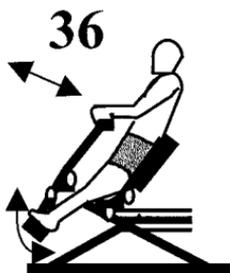
33 Исходное положение упражнения 32, но без опоры в руках. Прижимая спину к тележке, осторожно сгибать и разгибать колени.



34 Руки на трубе, ступни на роликовой доске. Осторожно шагать по роликовой поверхности, массируя подошвы ступней ног.



35 Руки на трубе, ступни на транспортёрной ленте. Осторожно шагать за счет трения подошв по гладкой двигающейся поверхности.



На тренажере с качающейся системой сидеть, как в седле, руки держат рычаги, а ноги упираются на педали. Разгибая ноги и сгибая слегка руки, выпрямлять туловище.

Примечания: 1. При выполнении всех упражнений количество спецдвижений составляло 6–12, а число подходов – 1–2 (6–12 x 1–2). 2. Упражнения 32–36 выполнялись в спинальном центре. 3. Выполнение упражнений ограничивалось болевыми ощущениями в мышцах ОДА. При $D = 8,5$ баллов работа с упражнениями прекращалась.

УПРАЖНЕНИЯ ПРИ ХОДЬБЕ

Наконец подошел последний этап. Пора начинать учиться ходить!

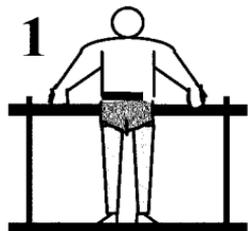
Хочу еще раз предупредить спинальников-шейников, что это далеко не простой этап. При ходьбе необходимо всегда помнить о технике безопасности. Я был свидетелем нескольких ЧП, когда инвалиды-спинальники, отдавшие много сил и терпения, занимаясь в спортзалах или дома, при падении получали вывихи, ломали кости, получали сотрясение мозга, выводили из строя позвоночник и т. д. Вся предыдущая работа насмарку! Поэтому всякий раз, прежде чем встать на костыли и пойти, надо внимательно посмотреть на пол и определить: влажен ли он, не имеет ли скользящего мусора, снега, наледи и т. д. За десять лет я четырежды падал, после чего мне порою думалось словами той горе-нянечки: «Ну, наконец, отмучился...» Ан нет, пронесло.

Технологию ходьбы начал осваивать в спинальном центре – в лангетах. В спортзале были брусья, состоящие из двух труб длиной до 15 м, за которые можно

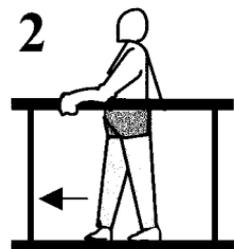
было надежно держаться по бокам обеими руками и шагать между ними вперед – назад.

В лангетах начал ходить не только потому, что не мог по-другому – так я преодолевал страх возможного падения.

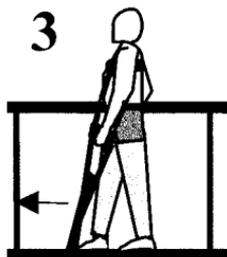
Во всех видах предыдущих упражнений стоя у меня сзади всегда были коляска или стул. При самостоятельной ходьбе на начальном этапе страховал помощник.



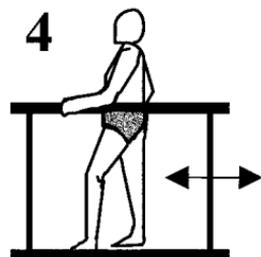
Руки на брус, ноги в лангетах. Стоять несколько минут.



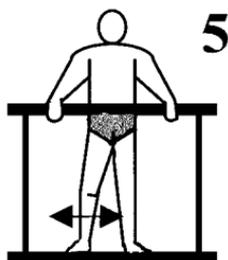
Руки на брусках, ноги в лангетах. Ходьба вперед – назад.



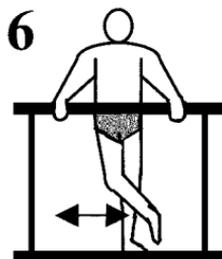
Одна рука на брус, другая держит обычный костыль, ноги в лангетах. Ходить вдоль брусьев вперед.



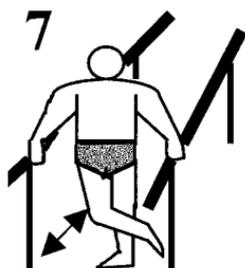
Руки на брусках. Ходить вдоль брусьев вперед – назад.



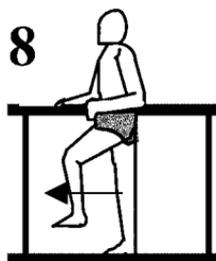
Руки на брус. Боковая ходьба вдоль бруса в обе стороны путём приставления ног с разворотом.



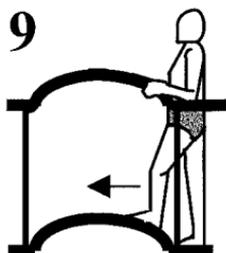
Руки на брус. Боковая ходьба вдоль бруса в обе стороны, отставляя и приставляя ноги.



Руки на брусьях. Ходить вдоль брусьев вперед – назад, перенося одну ногу через другую.

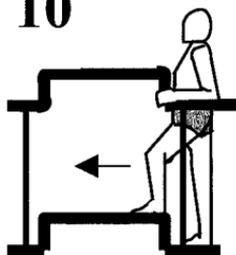


Руки на брусьях. Ходить вдоль брусьев, поочередно поднимая колени на максимально возможную высоту (МВВ).



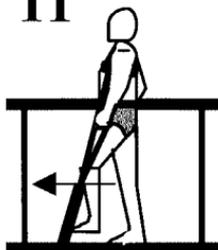
Руки на брусьях. Ходить с преодолением препятствий, имитируя подъемы и спуски.

10



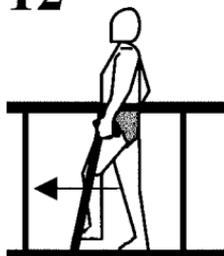
Руки на брусках. Ходить с преодолением препятствий, имитируя ступеньки.

11



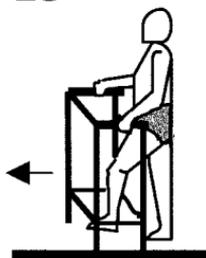
Одна рука на бруске, другая держит обычный костыль. Ходить вдоль брусков (при ходьбе между брусками в руках могут быть оба костыля).

12



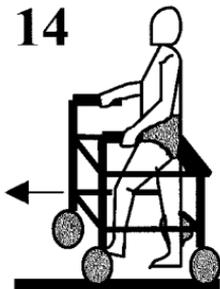
Одна рука на бруске, другая держит клюшку. Ходить вдоль брусков. При отработке ходьбы между брусками в руках могут быть обе клюшки.

13



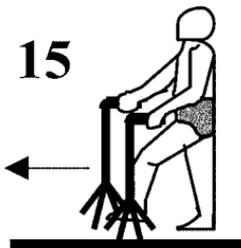
Руками держаться за ручки жесткого или «шагающего» ходунка. Ходить, переставляя руками ходунки вперед.

14



Руками держаться за ручки жесткого ходунка на колесиках, сзади которого, для подстраховки и отдыха, укреплена жесткая доска шириной 150 мм. Ходить, двигая руками ходунки вперед.

15



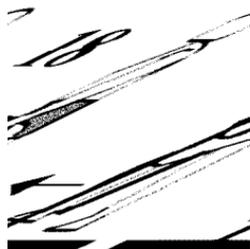
В руках клюшки «пауки». Ходить с подстраховкой.



В руках обычные костыли. Ходить самостоятельно.



В руках канадские костыли. Ходить самостоятельно.



В руках обычные клюшки. С целью безопасности из-за усиливающейся спастики нижних конечностей я отказался от ходьбы с такими клюшками.



В одной руке обычный костыль, другая держится за перила маршевой лестницы. Подъем по маршевым лестницам.



В одной руке обычный костыль, другая держится за перила маршевой лестницы. Спуск по маршевым лестницам.



В одной руке канадский костыль, другая держится за перила маршевой лестницы. Подъем по маршевым лестницам.



В одной руке канадский костыль, другая держится за перила маршевой лестницы. Спуск по маршевым лестницам.



В руках канадские костыли. Ходить на открытом воздухе, преодолевая естественные подъемы и спуски.

24



В руках канадские костыли. Ходить на открытом воздухе, преодолевая естественные рельефные особенности дорог.

Примечания: **1.** Все упражнения при ходьбе ограничивались болевыми ощущениями в нижних конечностях. При $D = 8,5$ балла ходьба прекращалась. **2.** Количество шагов в зависимости от болевых ощущений при одном подходе составляло от 40 до 150, а число подходов – от 1 до 15 (40–150 x 1–15). **3.** На начальном этапе каждое упражнение выполнялось с подстраховкой помощника. **4.** Упражнения 13–15 и 19–21 отрабатывались в спинальном центре.

БЕЗ ИЛЛЮЗИЙ

На экранах телевизоров и в периодической печати нередко мелькают сюжеты о тех, кто вопреки врачебному приговору преодолел свой недуг благодаря воле и личному мужеству.

Частенько упоминают Валентина Дикуля, доктора Красова и других мужественных людей, которые действительно были спинальниками с повреждением поясничных отделов позвоночника. Те же Дикуль и Красов сумели восстановить двигательные функции ног вследствие длительных тренировок. И теперь один из них может свободно (если верить публикациям) играть тяжелыми гирями и даже (наверное, лежа на спине) поднимать легковой автомобиль, другой свободно ходит с тросточкой и дает полезные советы.

Я читал об этих людях, когда находился в спинальном центре.

Думаю, что подобные примеры могут нанести непоправимый вред молодым спинальникам. Почему? Потому что нет необходимости доказывать прописную истину: при глубоком повреждении и сильной деформации спинного мозга нереально заставить человека шевелить ногами, хоть умри. У вышеназванных

героев была сохранена, пусть частичная, проводимость мозга, как и в моем случае.

Мне удалось достигнуть самого главного – свободы передвижений:

*...Всё-таки сел я надёжно в коляску.
Могу теперь ехать хоть куда –
По асфальту иль по проселочной дороге,
Могу к друзьям на юбилейные вечера.
Но где же шаг? Возможно ли?
Опять тренажеры, лангеты, ходунки
И, наконец, костыли!
Сделан первый шаг – чуть не упал.
Сделал три – наверное, это не для меня.
Вышел из дверного проема – что-то есть.
Затем без страховки на четырех –
На двух своих и на двух деревянных в руках.
И далее пятьдесят, сто, тысячу
И даже три тысячи шагов в день.
Подумать только! Каков успех!
И это всего за восемь лет?
(«Ему ведь, кажется, за семьдесят?
Почти старик».)*

Ну и какой же я герой? Мой «героизм» заключается в том, что я без истерики, используя свои знания – пусть на уровне инженера-механика, – вовремя осознал: частичная проводимость спинного мозга на участке шейного отдела позвоночника имеет место быть! А после этого мне удалось разобраться во всех тонкостях известных оздоровительных методик по реабилитации и удалить из них несостоятельное. Не имея медицинского образования, я постиг азы в своем заболевании, так как на постсоветскую медицину не очень надеялся.

Согласен, далеко не каждый в состоянии сделать это. К такому выводу я пришел и в спинальном центре. Но все равно необходимо говорить правду об инвалидах-спинальниках. Особенно нужно это молодым, ибо взрослые, сформировавшиеся люди могут разобраться со своей «болячкой», у них достанет и опыта жизненного, и терпения, молодые же рискуют надломиться психологически на долгие годы.

Я много читал о своей болезни и слышал разные байки о ней. Попадались статьи о якобы сращивании разорванных нервных волокон; о препаратах, волшебным образом влияющих на восстановление функций спинного мозга; о возможном рассасывании спаек, через которые не могут пробиться аксоны...

Порадуемся за тех из нас, кому это помогло. И пожелаем отечественной науке разобраться в сложнейшей вселенной, какой является нервная система человека! Однако сегодня мы живем в стране с запущенной медициной, где работает немало недоученных либо равнодушных врачей. Особенно трудно инвалидам-спинальникам в глубинке, на периферии. По сути, они предоставлены самим себе. Вот и следует самим разбираться во всем, если мы хотим выживать в предлагаемых обстоятельствах. Другого, более цивилизованного выхода я не вижу.

Мы должны жить полноценной жизнью, помогать не только себе, но и своим близким, нести свой крест благородно и достойно.

*Важно жить в согласии с теми,
кто рядом с тобою,
Да так, чтобы ты был им нужен всегда.
Спинальнику-шейнику это по силам,
Только перестройся на житейскую волну.
Стань ремонтником и сапожником,
Стань плотником и даже поваром,
Рисуй, пиши, занимайся спортом...
Если под силу жить на даче
Без электричества, воды и тепла,
Мало быть там сторожем в коляске –
Нужны для печки дрова,
да и заготовки впрок.
Приятно, черт возьми,
в кругу семьи или друзей
Выпить – по выбору на вкус и цвет –
Бокал божественно легкого винца,
Изготовленного по твоему рецепту,
От него на сердце радость и тепло.
Есть пословица
«Старость – не радость».
Даже если это и так,
Все равно хочу, чтобы длилась она.
Буду работать, верить и жить,
Не сдаваться, не хандрить
и не ворчать,
Не перекладывать на других
Нелегкий крест, возложенный Им...*

Я предлагаю опыт своего выживания конкретно инвалидам-спинальникам, у которых сохранился этот удивительный шанс – чудопроводимость их спинного мозга. Я призываю их воспользоваться этим шансом, мобилизовав на борьбу с самим собой все физические и духовные силы.

И если решились, для начала – буквально на уровне подсознания – затвердите три условия:

- ◆ **работать добровольно;**
- ◆ **работать добровольно и добросовестно;**
- ◆ **работать добровольно, добросовестно и много.**

Вариантов, если честно, у нас мало. С другой стороны, это значительно лучше, чем ничего. Не правда ли?..

2009 год

P. S.

Это не послесловие в привычном смысле слова. Вместо постскриптума я предлагаю тем, кто не знает, с чего начать, почитать книги. Среди них есть доверительные рассказы инвалидов-спинальников с конкретными советами выживания и научные труды с медицинскими рекомендациями. Читайте и думайте, выбирайте полезное для себя, заряжайтесь силой духа своих товарищей по судьбе. Терпения вам, мужества и сил!

Белопухов А. Я. Спинальник. М., 1993.

Брэгг П. С. Нервная система. Лечение без лекарств. М., 1990.

Васильков А. А., Муговкин Т. Г. Реабилитация больных со спинномозговой травмой, заболеваниями ДЦП и нервно-мышечной дистрофией по методу В. И. Дикуля. Челябинск: УГАФК, 1996.

Гордеев Н. Н. Доктор Красов. М., 1995.

Барчаи Е. Анатомия для художника. Будапешт, 1982.

Индолев Л. Н. Тем, кто в коляске и рядом с ними. Пермь: РИЦ «Здравствуй», 1995.

Кастон Д. Сделай свой дом удобным, если возраст или здоровье подводят. Пермь: РИЦ «Здравствуй», 1993.

- Кадмет Д.* Жилая среда для инвалидов. М., 1990.
- Клячкин Л. М., Виноградова М. Н.* Физиотерапия: учебник. М.: Медицина, 1988.
- Кондратенко В. И., Молчанов В. И.* Исходы оперированных и неоперированных больных при закрытой травме позвоночника и спинного мозга: сб. статей. Симферополь, 1988.
- Куничев Л. А.* Лечебный массаж: Справочник для средних медицинских работников. Л.: Медицина, 1979.
- Лифлянский В. Г., Закревский В. В.* Питание против болезней. СПб.: ИПК «ИМПАКС», 1992.
- Лобзин В. С., Решетников М. М.* Аутогенная тренировка. Л.: Медицина, 1986.
- Мачеред Е. Л., Самосюк И. З., Лысенко В. П.* Рефлексотерапия в комплексном лечении заболеваний нервной системы. Киев: Здоровье, 1989.
- Орлов В.* Самоучитель пчеловода. Пчелы и здоровье. Краснодар: Когорта, 2005.
- Попова Т. И., Устюжанова Р. О.* Постизометрическая релаксация мышц в мануальной медицине: уч. пособ. Челябинск, 1995.
- Попелянский Н. Ю.* Болезни периферической нервной системы. М.: Медицина, 1989.
- Позвоночник – ключ к здоровью/сост. Попова Л. М., Соколов И. В.* СПб., 1998.
- Синельников Р. Д.* Атлас анатомии человека. Т. 1, 2. М.: Медицина, 1967.

Смольников П. Как я встал на ноги//Трезвость и культура. 1988. № 5–8.

Смольников П. Нужно верить в себя//Здоровье. 1989. № 6. С. 24–25.

Сытин Г.Н. Животворящая сила//Помоги себе сам. М.: Энергоатомиздат, 1990.

Уженов Г.Н. Болезни опорно-двигательного аппарата. М. – СПб.: Диля, 2001.

Титова Н.И. Записки из «параллельного мира». Пермь: РИЦ «Здравствуй», 1994.

Тюрин А. Самомассаж. СПб., 1997.

Фертман Б.С. Разорванный круг. Пермь: РИЦ «Здравствуй», 1994.

Физические факторы в комплексном лечении и профилактике внутренних и нервных болезней/под ред. А.Н. Обросова. М.: Медицина, 1971.

Оглавление

Я хочу вам помочь. У меня есть на это силы и право	11
Как я стал спинальником	17
Взять себя в руки	22
Что у нас под кожей	27
Скелетная система тела	28
Спинальный мозг – управляющий центр	32
Мышечная система тела	41
Опасности, которые подстерегают нас	53
Опасности, которые подстерегают всех	71
Справляемся с болью	82
Сделай сам, чтобы встать на ноги	93
Дневник и самоконтроль!	102
Комплекс упражнений, которые помогли мне встать	124
Упражнения в положении лежа	126
Упражнения в положении сидя	146
Упражнения в положении стоя	156
Упражнения при ходьбе	165
Без иллюзий	172
P. S.	177

Публицистическое издание

Иван Петрович Богодяж

Я встал! Сумеешь и ты

Редактор А. Зебзеева

Художественный редактор С. Можаяева
Компьютерное исполнение – Ф. Назаров

Подписано в печать 20.07.2012.

Формат 84х108/32. Печать офсетная.

Усл.-печ. л. 11,5. Заказ № 257. Тираж 1000 экз.

РИЦ «Здравствуй»

614077, г. Пермь, ул. Данщина, 7

Отпечатано в типографии «Здравствуй»

614077, г. Пермь, ул. Данщина, 7

Б 73 Богодяж И. П. Я встал! Сумеешь и ты. – Пермь:
РИЦ «Здравствуй», 2012. – 184 с.

ISBN 978-5-86987-041-4

Иван Петрович Богодяж, человек сильной воли и необоримого духа, став инвалидом, заставил отступить тяжкие последствия заболевания спинного мозга и сделал все, чтобы жить полноценной жизнью. Эта жизнь оборвалась совсем недавно. Но осталась уникальная методика самореабилитации в домашних условиях, которую Иван Петрович сформулировал, просчитал и проверил на собственном опыте – опыте преодоления недуга и реализации себя как личности.

Эту методику и этот опыт он описал в книге «Я встал! Сумеешь и ты», рукопись которой была закончена в 2009 году.

Люди с ограниченными возможностями, у которых сохранена частичная проводимость спинного мозга, найдут здесь много полезной информации реабилитационного характера. Книга И.П. Богодяжа послужит серьезным практическим подспорьем для больных с позвоночными проблемами и тех, кто помогает им вернуться к активной жизни.

Книгу предваряют воспоминания об Иване Петровиче Богодяже его близких.

ББК 51.204.9