

**Научно-популярная серия
«Соединительнотканная медицина»**

**«Душ Алексева» в практике
соединительнотканной системной медицины**

А. А. Алексеев, Н. В. Заворотинская

**Коллаген и хроническая
лимфовенозная недостаточность.**

**Рациональные пути лечения и
профилактики с точки зрения
соединительнотканной медицины и
биологии А. А. Алексева.**

**ООО НПП «Гидриатика»
Москва-Пенза, 2011**

Соединительнотканная теория как парадигма медицинских и биосоциальных исследований человека 21 века

Слово парадигма происходит от греческого *paradeigma* – пример, образец, в науке обозначает Ключевую Идею, заложенную в основание концепции, теории.

Сможем ли мы наблюдать тот или иной факт, зависит от того, какой теорией мы пользуемся. Теория определяет, какие факты мы будем наблюдать. В течение первых пятидесяти лет после принятия системы Коперника астрономы открыли необычайно много небесных тел, хотя методы наблюдений оставались прежними. Новая теория помогла заметить то, чего не замечали раньше, во времена старой теории.

До сих пор отсутствует стройная парадигма в медицине и других науках о человеке. И это не удивительно. Абсолютное невнимание к 80% составляющей тела человека — соединительной ткани — не может породить или даже создать предпосылки для создания адекватных представлений о живом организме.

Суть соединительнотканной теории - в обнаружении общего механизма, принципа развития абсолютного большинства болезней, им является нарушение интегрирующей, объединяющей функции соединительной ткани.

Соединительная ткань непосредственно детерминирует основные биологические, а опосредованно, многие социальные задатки и свойства человека. Исследование Попова И.В. (2004) было направлено на выявление ценностных ориентаций в группе ортопедически здоровых детей от 9 до 15 лет и в группе детей с диспластическим строением (нарушением синтеза соединительнотканых коллагенов) опорно-двигательного аппарата (узкие плечи, сутулость, х-образные ноги, гипотрофия мышц и пр.). Детям было задано 15 вопросов, касавшихся увлечений и жизненных планов - о любимых играх, выборе книг для чтения, будущей профессии.

Ортопедически здоровые дети имели разносторонние интересы, однако, их актуальные развлечения касались, в основном, подвижных игр, ярких впечатлений и были быстро сменяющимися. Жизненные планы детей этой группы были связаны с яркой и/или эффективной публичной деятельностью. Стать учеными, народными целителями, священниками хотели дети с дисплазиями «твердой формы» соединительной ткани (кости, связки, суставы).

Нельзя рассматривать человека как predetermined к здоровью или болезни. Строгое разделение на «больного-здорового» должно быть оставлено. Усилия медицины, социальных психологов должны быть направлены на сохранение здоровья, поиск подходящей для каждого человека социо-психологической «ниши», где человек может быть успешным.

Соединительнотканная теория – теория системная, а, значит, она меняет все подходы к лечению человека. Именно эту парадигму можно брать для создания не только концепции врачевания, но и оздоровления, профилактики, гигиены и даже философии жизни.

Т.И. Бессонова, врач-офтальмолог, автор книги «Все о рефракции» (Челябинск, 2000) отмечает: «Удивительно одинаковое, однотипное структурное строение соединительной ткани во всех органах и системах, но уникально различное в зависимости от функций паренхимы (прим. авт.: паренхима – главные функциональные ткани органа) и от количе-

ственного и качественного состава ее ингредиентов, придает ей особую соединительную, соединяющую, объединяющую роль в организме, создавая единое целое».

Первый этап развития новой парадигмы медицины и социологии был основан на открытиях конца 19 века - учение о фагоцитозе, морфологии клеток и т.д. Именно на основании этих открытий был сформулирован базовый тезис И.И. Мечникова: «Человек стар настолько, насколько стара его соединительная ткань». Таким образом, впервые была обнаружена системная интегративная роль соединительной ткани.

Но в это же время набирает силу клеточная теория (цитология), Р. Вирхов возводит клетки в степень самостоятельных существ, в результате организм стал рассматриваться не как целое, а как просто сумма клеток. В 1860 году с критикой представления Вирхова о клетке выступил Н. М. Сеченов. Позднее клеточная теория подверглась критическим оценкам со стороны других авторов.

«Известно, что образования, не имеющие клеточного строения, составляют значительную долю организма – у высших животных от 40 до 80% объема тела, К ним можно отнести поперечнополосатые мышцы и так называемое межклеточное, или основное вещество. Вирховианцы скидывали со счета «межклеточное вещество» соединительной ткани, рассматривая его как своего рода заполнитель, инертный материал, не обладающий свойствами живого. Однако многие факты находились в резком противоречии с таким представлением. Было установлено, что в основном веществе непрерывно происходит обмен веществ, осуществляется самообновление. Часть этой массы обладает всеми признаками, характерными для живого вещества», - докладывал на всесоюзном обществе по распространению политических и научных знаний чл.-корр. АМН СССР П.В. Макаров.

Но в этой критике не обошлось без «перегибов» и просто научных нелепостей. В 1950-е годы советский биолог Ольга Борисовна Лепешинская (родственница балерины Ольги Васильевны Лепешинской), основываясь на данных своих исследований, выдвинула «новую клеточную теорию» в противовес «вирховианству». В ее основу было положено представление, что в онтогенезе клетки могут развиваться из некоего неклеточного живого вещества. Она писала следующее: «Вирхов, считая клетки ответственными за все состояния организма, утверждал, что все болезни происходят от болезни клеток. На этом основании он создал «клеточную патологию», которой придерживались до последних дней очень многие биологи и медики, являющиеся последователями идеалиста Р. Вирхова. Эти последователи Вирхова вместо того, чтобы изучать организм как нечто целое, единое, как сложную систему, где все мельчайшие частицы находятся в постоянном взаимодействии, взаимообусловленности и во взаимозависимости друг от друга и от окружающей их внешней среды, изучали клетку, её строение и её деятельность как нечто самодовлеющее, как отдельные кирпичи, из которых построен организм». Эти в принципе правильные слова были обесценены малонаучными опытами самой Лепешинской, вследствие чего системные интегративные представления надолго остались забытыми.

Основной постулат О.Б. Лепешинской: «Положение Вирхова «всякая клетка — от клетки» по сути дела отрицает общую закономерность поступательного развития, развития от простого к сложному, от низшего к высшему. Ясно, что эта концепция Вирхова реакционна».

20 очищенных от паразитов гидр Лепешинская растирала (!) в ступке, добавляла 8 капель прокипяченной водопроводной воды, которую она «насыщала» воздухом, встряхивая ее. Затем полученную смесь центрифугировали, то есть разделяли на фракции разной плотности. При добавлении питательного раствора из циклопов, которым питаются гидры, обнаруживалось, что содержимое протоплазмы «в течение 24 часов развивается до образования клеток, которые перед делением оказываются чрезвычайно подвижными и жизнедеятельными; затем они начинают быстро делиться прямым делением, и в конце суток из одного коацервата образуется большой шар (морула) в 30–35 клеток». Так Лепешинская «доказывала», что клетки могут образовываться из протоплазмы. Даже современному школьнику понятно, что какая бы то ни было научность этого «эксперимента» отсутствует (хотя бы потому, что растиранием в ступке невозможно разрушить все клетки, которые впоследствии и размножались).

Несмотря на явно смешной вид этого эксперимента, клинические выводы из проведенных работ оказались весьма продуктивными. Ее нелепые умозаключения, ее одержимость спровоцировали многих исследователей на изучение регенерационных возможностей организма. До Великой Отечественной войны ею был проведен ряд странных экспериментов с заживлением ран, где ускорителем заживления была кровь травмированного человека: «Кровь ускоряет и способствует развитию клеток и соединительнотканых волокон, т. е. ускоряет процесс рубцевания раны. Отсюда прямой вывод, что кровь является фактором, имеющим большую и важную роль в качестве ускорителя заживления ран». Гемоповязки, созданные на основе догадок О.Б. Лепешинской использовались во время войны.

После войны О.Б. Лепешинская умудрилась создать острейший дефицит соды, предложив для омоложения содовые ванны. Ею же был предложен способ замачивать семена растений в соде. И этот метод используется до сих пор. Она так же известна как автор предложения Н.С.Хрущеву в целях борьбы с алкоголизмом и для продления жизни увеличить продажу сухих вин и шампанского, тогда исчезнет необходимость пить самогонку и некачественные крепкие вина. Кстати, сама она, считающая себя специалистом по долголетию, прожила 92 года.

Еще одна Лепешинская - дочь Ольги Борисовны Ольга Пантелеймоновна, фантазировала еще больше - пыталась найти превращения живой клетки в биокристаллы. Хотя эти исследования и выглядели для многих как рецидивы алхимии, в них была попытка комплексного и системного подхода к организации жизни вообще и здоровью человека в частности.

Однако, в конце 20 века было окончательно выяснено, что белок нашей крови – гемоглобин и многие другие белки человека, животных, растений можно закристаллизовать. Молекулы белка в биокристалле образуют правильную пространственную решетку. Изучение такого кри-

сталла дает ключ к определению пространственной структуры белковых молекул, которые неимоверно сложны — содержат десятки тысяч атомов. А от знания этой структуры зависит понимание биологических функций белков, например, иммунных свойств, связывания ими кислорода, переноса энергии в организме.

В результате разгрома антинаучных представлений Лепешинской и ее окружения, в биологии «власть захватили» генетики. Было принято решение Президиума АН СССР от 22 июня 1956 г. об организации в Институте биологической физики АН СССР лаборатории радиационной генетики во главе с членом-корреспондентом АН СССР Н.П. Дубининым.

Но продолжали свою работу научные лаборатории Н.Г. Хрущова, в которую вошли сотрудники А.Н. Студитского, начавшие свои работы с Лепешинской. Н.Г. Хрущов первым подробно изучил нуклеиновый, белковый и углеводный обмен клеток !!! соединительной ткани. Установил, что мезенхима (соединительная ткань) печени в период ее активного кроветворения обладает широкими дифференцировочными потенциями и содержит предшественники хрящевых, остеогенных и ретикулярных клеток.

На новом, уже не морфологическом, а биохимическом этапе развития системного интегративного представления о соединительной ткани, появляются исследования, определяющие течение обменных процессов, как в клетках соединительной ткани, так и в «межуточном веществе», содержащим коллаген, эластин, межклеточный гель.

В 1966 году Fund предположил, что капилляры в теле подобны туннелям в геле и изучать их нельзя без изучения основного вещества соединительной ткани и интерстициального пространства. В СССР в это время появляются работы В.Г. Елисеева, А.Б. Шехтера, В.В. Серова и др. Однако, из-за отсутствия обобщающих теоретических работ, показывающих значимость проблематики, эти исследования остаются малоизвестными морфологам, биохимикам, физиологам и клиницистам.

Свой известный доклад развитие жизненных процессов в доклеточном периоде на совещании по проблеме живого вещества и развития клеток 22-24 мая 1950 г. О.Б. Лепешинская закончила словами: «Целлюлярная патология должна изучаться с точки зрения целостности организма и влияния живого вещества на развитие всякого заболевания».

Однако, лишь созданный в 1993 году системный и интегративный общепатологический подход, связанный с работами А.А. Алексева, Н.А. Дудиной, И.С. Ларионовой, ясно показал, что соединительная ткань является главным морфофункциональным звеном развития болезней в живом организме.

«А.А. Алексеевым сформулирована соединительнотканная теория биологии и медицины. Автор называет соединительную ткань, которая составляет 85% всей массы человеческого тела, двигателем и механизмом реализации эволюции в сложных живых системах, а интегрирующим заболеванием — соединительно-тканную недостаточность. Значимо, что речь идет об энергоинформационной роли соединительной ткани». (Чалык Ю.В. «Концептуальная медицина», изд-во «Академия Естествознания», 2006 год).

Возникновение и развитие соединительнотканной теории Алексева А.Н. и соавт. создает мощные предпосылки для обретения медицинской наукой новой парадигмы, которая выведет ее из кризисного состояния.

История - это то, что чаще всего забывается. Приведем фамилии ученых, которые, еще два века назад, иногда не подозревая этого, разрабатывали многие аспекты соединительнотканной теории, создавали ее философское осмысление. Одним из первых сформулировал суть организма как системноорганизованного продукта природы К.И. Грум-Гржимайло. Известные его три тома «Полного руководства к воспитанию, образованию и предупреждению болезней детей со времени их рождения и до совершеннолетия» (СПб., 1842-1848) и издаваемая им газета «Друг здравия».

Чуть раньше, в 1804 году, было опубликовано пособие для врачей и священнослужителей по лечению больных, которое переиздавалось 9 раз до 1864 под названием «Краткое наставление о лечении болезней простыми средствами». Ее автор – академик Медико-хирургической академии И.К. Каменецкий. Им же было создано пособие «Наставление, каким образом поступать должно с больными там, где нет лекарей» (1813). Распространялись эти книги Медицинским департаментом министерства внутренних дел.

Основным высмеивателем этих книг был Н.С. Лесков, он выискивал в книгах Каменецкого нелепости и, по отсутствию образования и широкого кругозора, не замечал прогрессивности этой книги. Лесков был любителем писать бойкие статейки, в том числе и в альманахе «Современная медицина». Надо заметить, что Николай Лесков мог совершать идеологические кульбиты на 180 градусов. Возможно, если бы он обратился к теме медицине еще раз, он был изменил свое мнение о Каменецком, увидев в нем новые грани и даже предвидение будущего медицины.

Подавляющее большинство врачей веками считали общеорганизменный адаптивный морфогенез основой для благоприятного течения болезней. Фамилии этих врачей можно долго переслать. Начнем: К.П. Улезко-Строганова, Л.К. Закревский, В.Н. Парин, К.И. Мышкин, З.А. Ляндрес, И.Л. Зайченко, А.Ф. Каптелин, А.А. Корис и многие, многие другие.

Сейчас известно, что организм человека за счет соединительной ткани «обновляет» себя на 90-95%. Организм полностью «заменяет» все свое тело за исключением «горсточки» нервных клеток. Естественно, что при этом может меняться и жизненная психофизиологическая «ниша» человека, на этом основана физиологическая и социальная адаптивность человека, его устойчивость к меняющимся жизненным обстоятельствам.

На «клеточном» постулате строилась медицина и биология почти два столетия. Но и почти два столетия появлялись нестандартные мыслители, которые пробовали опрокинуть принятую парадигму, зачатую Вирховым. И только соединительнотканной концепции А.А. Алексева удалось перевернуть и поставить на ноги представления о «целостности организма и влияния живого вещества на развитие всякого заболевания».

Ларионова И.С., доктор философских наук.

Может ли выздороветь вена, пораженная варикозом, при условии массажа «Душем Алексеева»?

«Нет!» - свирепо заявляют своим пациентам хирурги-флебологи.

Правы ли они? Действительно ли хирургический метод безальтернативен? И действителен ли запрет на иные, (кроме операционных и медикаментозных) методы воздействия при поврежденных сосудах?

Научные консультанты ООО «Роксолана», компании производящей «Душ Алексеева», в самом начале своей деятельности (весна 2004 года) тоже считали, что высокоскоростной гидромассаж подходит лишь для лечения **целлюлита**. Предполагалось, что массажное воздействие водой имеет множество противопоказаний. И в первых инструкциях по эксплуатации прибора (и рекламе) указывалось - при «варикозе и тромбозах» пользование «Душем Алексеева» ограничено. Но ведь всем известны реальные факты излечения детских пупочных грыж массажем.

Чуть позже, когда мы начали получать письма пользователей «Душа Алексеева» (пенсионеры и пенсионеры, более молодых дам, женщин послеродового периода), сообщающих нам о том, что они вылечили варикоз с помощью гидромассажа, мы удивились.

Возникла необходимость разобраться: «Кто же прав?» - официальные учебники или люди с их «ненаучным» опытом излечения?

Поначалу мы тоже сомневались и - также как и пациенты - обращались с вопросами к врачам-практикам. И также получали ответы: «Это невозможно».

Теперь-то мы знаем, что такой ответ возникал, в основном, по трём причинам:

1. Основная масса врачей безосновательно считает себя «гиперграмотными», и инфантильно-упрямо не желают ничему учиться (мнение проф. А.А. Алексеева, основанное на многолетнем опыте работы).

2. Они фактически не знают, что такое соединительная ткань. И это действительно удивительно. В медицинских институтах не дают знаний о том, что человек на 85% состоит из соединительной ткани. А строю органов многие воспринимают как абсолютно пассивную субстанцию. Некоторые «известнейшие целители» недоумевают: где же находится соединительная ткань в мышцах, например?

3. Врачам на практике неизвестен «Душ Алексеева», неизвестны физические механизмы диссипации кинетической энергии струй, выходящих из коноидального отверстия диаметром 0,6-0,8 мм.

Но, слава Богу, что «основная масса» - это все-таки НЕ ВСЕ врачи. Мы долго искали специалиста, который мог бы объяснить нам происходящее. Объяснить, почему же люди избавляются от варикозной болезни без операции?

Первым подтверждением правильности нашего пути к пониманию проблемы явилась статья профессора, доктора медицинских наук Богачева В.Ю. (С.-Петербург). Вот цитата из одной его статьи: *«Очень полезны водные вечерние процедуры – гидромассаж и контрастный душ, они способствуют сужению просвета вен за счет сокращения гладкомышеч-*

ных элементов венозной стенки».

В.Ю. Богачев обратил внимание на то, что массаж тугими струями воды аналогичен действию компрессионного трикотажа. Но только ли этот фактор работает в случае высокоскоростного гидродинамического массажа «Душем Алексеева»?

Наша неслучайная встреча и дальнейшее сотрудничество с профессором, доктором медицинских наук, автором соединительнотканной теории медицины и биологии (1993) А.А. Алексеевым, (однофамильцем доктора технических наук, изобретателя душа А.Н. Алексеева), привела к тому, что появилась эта брошюра, первая в серии популярных книг об оздоровлении с позиций научной соединительнотканной теории. Эта теория не просто объясняет, но буквально возвращает «с головы на ноги» представление о многих болезнях и путях их излечения.

Надеемся, что для наших читателей эта книга будет полезна.

Коллектив авторов и ООО НПП «Гидриатика».

Варикоз как недостаток коллагена. Рациональные пути лечения и профилактики с точки зрения соединительнотканной медицины и биологии А.А. Алексеева

Варикоз и хроническая венозная недостаточность – болезни, стремительно превращающиеся из болезней пожилого возраста, в подростковые. В 2001 году проведенное в Германии исследование выявило первые признаки варикозной болезни у 15% школьников в возрасте 14 –16 лет. В 2007 году – уже у каждого пятого школьника.

В Великобритании в 2000 году на лечение больных варикозом было потрачено более 800 миллионов фунтов стерлингов. В настоящее время в странах Европейского сообщества тратится от 1,5 до 3% **общего** бюджета здравоохранения – только на лечение хронической венозной недостаточности!

Неслучайно, варикоз или хроническую венозную недостаточность (как принято сейчас называть эту болезнь), начали считать уже не просто болезнью, а медико-социальной проблемой.

Сейчас прогнозы совсем пессимистичные - флебологи утверждают, что **хроническая венозная недостаточность неизбежна, как кариес**. Практически у каждого взрослого человека есть хотя бы один запломбированный зуб, и практически у каждого рано или поздно возникнут проблемы с венами на ногах...

Когда-то было замечено, что резкое усиление сосудистых заболеваний происходит во время эпидемий, войн и разрухи. Какие эпидемии и разрухи могут быть в устроенной Европе сейчас? Можно ли рассматривать хроническую лимфовенозную недостаточность как симптом раннего старения людей с «кумулятивным накоплением ослаблений» тканями организма?

Возьмем наугад любую монографию по заболеваниям периферических сосудов 50-х годов. И удивимся статистике. «По возрасту, в котором болезнь начинает сказываться отягощающими симптомами, больные распределяются следующим образом: наиболее часто мы наблюдали варикозное расширение вен в возрасте от 30 до 50 лет (60-65%), до 15% в возрасте 25-30 лет, такое же приблизительно количество больных в возрасте старше 50 лет. Варикозное расширение вен в возрасте моложе 20-25 лет встречается крайне редко».

Сейчас варикозная болезнь так стремительно молодеет, что заверения медиков - «мы обречены на варикоз, так как являемся прямоходящими», уже не воспринимаются как вопиющая глупость.

Первая книга по соединительнотканной теории медицины и биологии называлась «От чего погибнет человечество» (инволюция живого). Еще И.И.Мечников сформулировал свою теорию старения как теорию разрушения механизма межклеточных взаимодействий. В теории Мечникова совершенно отчетливо указаны две функции соединительной ткани, разрушение которых ведет к старению – трофическая (питающая) и интер-

стициально-дренирующая (обменная). Мечникову принадлежит фраза - «человек стар настолько, насколько стара его соединительная ткань».

Все сосуды – 100% соединительнотканное образования. И появление варикоза мы рассматриваем как признак раннего старения соединительнотканно ослабленного человека. Напомним, что еще 20 лет назад варикоз считался болезнью людей среднего и старшего возраста. Сейчас варикоз отмечается уже у детей 12-13 лет.

Какова «цена» варикоза?

Если в вашей семье у кого-то диагностирован варикоз - готовьтесь к большим тратам. Давайте посчитаем. Стоимость «Детралекса», самого продаваемого сейчас флеботоника - 340 руб. за упаковку 30 таблеток. Рекомендуемая доза - 2 таблетки в день. Значит, в месяц нужно выложить 680 руб. Рекомендуемый курс 2 месяца, в сложных случаях - 3-4 месяца. Курсы необходимо повторять. Значит, один курс лекарства (по факту являющегося вытяжкой из грейпфрута) стоит (по максимуму) около 3 000 руб.

Стоимость хирургического вмешательства зависит от многих факторов.

Склерозирование (за 20 см.кв. или 10 см.кв. варикозно расширенной вены 2 укола) 1800 руб.

Склерозирование вен голени на одной конечности 8200 руб.

Склерозирование вен бедра на одной конечности 8200 руб.

Склерозирование вен голени и бедра на одной конечности 10600 руб.

Склерозирование вен голени и бедра на обеих конечностях 18000 руб.

Комбинированное лечение 1-ый этап (флебэктомия, микрофлебэктомия, кроссэктомия, короткий стриппинг, сафенэктомия) на одной нижней конечности 18000 руб.

Комбинированное лечение 1-ый этап (флебэктомия, микрофлебэктомия, кроссэктомия, короткий стриппинг, сафенэктомия) на обеих нижних конечностях 26700 руб.

(Приведены средние данные на конец 2007 года).

Эти затраты стали бы обоснованными, если бы результат операции или медикаментозного лечения был бы предсказуем. И если бы слова флебологов: «осложнения после операции и склеротерапии не исключены, встречаются они крайне редко» соответствовали действительности (в своей второй части).

С компрессионным трикотажем тоже не все так просто. Неправильно подобранный трикотаж может усугубить имеющиеся расстройства, а правильно подбирается трикотаж строго индивидуально, что и предполагает немалую цену.

Склеротерапия позиционируется рекламистами от флебологии как способ «безоперационного лечения». Это должно с необходимостью подчеркивать «безобидность» терапии.

«Склеротерапия позволяет не только добиться косметического эффекта, но также предупредить развитие варикозной болезни», - обещают

флебологи. Это обещание больше всего похоже на обещания продавцов таблеток для похудения. Вы похудеете обязательно, принимая таблетки, но только если будете соблюдать строгую диету и заниматься спортом.

Образ жизни после курса лечения склеротерапией:

- профилактические осмотры врача как минимум 1-2 раза в год
- принимайте препараты консервативной терапии, рекомендованные врачом

- регулярно выполняйте физические упражнения (ходьба, плавание); надевайте компрессионное белье для работы в тренажерном зале; избегайте видов спорта, связанных с большими нагрузками на ноги (теннис, тяжелая атлетика, прыжки в высоту);

- носите обувь со средним каблуком (4-5 см);

- контролируйте свой вес;

- избегайте приема слишком горячих ванн, посещения саун, длительного пребывания на солнце; после теплой ванны или душа ополаскивайте ноги прохладной водой.

Действительно, предупредить развитие варикозной болезни можно. Но склеротерапией ли?

Известно, что З.Фрейд, основатель психоанализа, всегда брал за свои консультации большой гонорар. Иначе, утверждал он, пациент не будет делать ничего из указанного. Исходя из этого, весьма ценного, совета надо рассчитывать, что цены на операционное и «безоперационное» лечение варикозной болезни будут с каждым годом увеличиваться.

Лечение ли то, что считается лечением?

Флеботоники гипотетически уменьшают выраженность симптомов венозной недостаточности (отёки, ночные судороги в икроножных мышцах). И то, далеко не во всех случаях. Они, скорее, **психологический «костыль»**, который привносит в сознание больного спокойствие. «Я что-то делаю для своих вен», – рассуждает человек, и средство (особенно то, на которое потрачено много денег) ему временно помогает. Перестает помогать? Рассматривайте новые «разработки» фармакологии – подбирайте новые «костыли».

Самые вероятные причины развития лимфовенозной недостаточности – нарушение питания (трофики) сосудистых стенок и дегенеративные изменения сосуда, приводит к ним спазм и закрытие *vasa vasorum*.

Vasa vasorum – это капилляры, которые питают артерии, вены и их сосудистые стенки. Органы и большие сосуды содержат лишь 10% циркулирующей крови, вся остальная кровь циркулирует по капиллярам. Признак старения – появление скудных, избыточно сплетенных, вялых и беспорядочных капилляров. Это приводит к замедлению циркуляции крови по капиллярной сети, соответственно, и к повреждениям крупных сосудов (вен и артерий).

Этот факт неоспорим, а, следовательно, нельзя предположить, что принятые внутрь активные субстанции в полном объеме в больном организме достигнут органа-мишени. В случае варикоза – пораженных стенок вен.

Компрессионный трикотаж тоже своего рода физиологический «костыль», который насильственно держит вены в состоянии повышенного тонуса (или сдавливания, тонусом это состояние назвать трудно). Это тоже не лечение, приводящее к исцелению, а лишь способ поддержания сил слабеющего организма. Цена на компрессионный трикотаж начинается с 1000 руб., а наиболее качественные изделия стоят до 5-6 тыс. руб. Срок службы изделий при ежедневном ношении около полугода.

Именно поэтому многие решаются на хирургическое лечение, рассчитывая на то, что сделанная операция решит проблемы раз и навсегда. Представления обывателя наивны – вена «сломалась», надо удалить «брак» и жить дальше здоровым. Такие упрощенные представления, мягко говоря, неверны, так же как и обманчивы обещания недобросовестных флебологов о полном исцелении после операции.

Подробнее об операционных методах и осложнениях после них далее.

ЧТО ТАКОЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ?

Чем выздоровление истинное отличается от выздоровления кажущегося. Операцией при варикозе достигается именно кажущееся выздоровление. Как и при склеротерапии (см. выше). Выздоровление после этого склерозирующего воздействия – не выздоровление, а что-то другое, что современная медицина почему-то решила считать «выздоровлением». Улучшение состояния пациента (если оно и будет), скорее возникает вследствие кардинального изменения образа жизни (что, согласитесь, не каждому под силу).

В случае **истинного выздоровления** происходит обратное развитие и клинических и морфологических последствий болезни. То есть физиологическая регенерация приводит к постепенному восстановлению структуры и функции органа (стенки вены). **«Ошибочный паттерн» заменяется «правильным паттерном»** клеточного обновления. Дистрофические процессы отступают, клеточный состав вены с каждой новой фазой регенерации становится все более здоровым.

Истинное излечение хронической венозной недостаточности может быть только консервативным (терапевтическим) с достижением постепенного восстановления как структуры (вены становятся здоровыми), так и функции (исчезают симптомы венозной недостаточности).

Хирургическое флебологическое лечение «удаляет брак», но это действие не является лечебным. Исключения составляют ситуации, угрожающие жизни. Но что «угрожает жизни» девушки 20-ти лет, требующей склеротерапию с дисплазией вен («некрасивый» рисунок на икрах, не соответствующий ее представлениям о модельной внешности)?

«Самым эффективным методом лечения начальных проявлений варикозной болезни (появление сосудистых «звездочек») является склеротерапия. В просвет вены вводят специальные препараты – склерозанты – и таким образом «пломбируют» пораженный сосуд, выключая его из кровотока, после чего он постепенно исчезает», – уверяет в интервью газете «Новые Известия» один из заведующих отделением 1-й город-

ской больницы имени Н.И. Пирогова, лауреат Государственной премии РФ, профессор Рафаэль Григорян.

«Современные технологии хирургического лечения варикоза нетравматичны и дают хороший косметический эффект, а своевременно сделанная операция в большинстве случаев гарантирует полное выздоровление», – заверяют своих пациентов врачи-флебологи.

Ах, если бы это было так...

«Я инженер, страдаю варикозом 40 лет. 25 лет назад была удалена внутренняя вена на правой ноге. От проведения операции на левой ноге тогда отказался. После операции постоянно носил бинты года полтора. Пил гливенол, эскузан и т.п. Облегчения существенного не ощущал. Последние 10 лет ношу гольфы "diomed". Реально помогает. Тогда же стали образовываться язвы на обеих ногах в районе лодыжек. Появились валики возле очагов, истончение кожи, боли как бы разрывающихся тканей. В 2000 году услышал про детралекс. Сначала пил по 6 таблеток, пока не прекратились боли. Потом по 4, по 2, сейчас по 1 ежедневно. Валики исчезли, кожа на участках почти сравнялась с окружающей. Гольфы одеваю только если предстоят нагрузки на ноги. Стоит прекратить принимать детралекс больше 3 месяцев, как появляются боли». С форума www.medscape.ru

«Методов ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ СУЩЕСТВУЕТ ВСЕГО ДВА: а именно венэктомия и склеротерапия», – более категоричны хирурги от флебологии (особенно с небольшим опытом работы). Для поддержания этого мнения, господам флебологам мало этого медитативного рефрена. Они еще и сайт phlebo-digest.ru сваяли, на котором в издевательской форме комментируют тех, кто не согласен с этим программным заявлением. Творческие все же люди, эти флебологи. Вот как затейливо они избавляются от фрустраций (неуспеха) в своей работе.

Давайте подробно рассмотрим проблему варикоза и получим более полное представление о работе венозной системы, как части соединительной ткани, из которой мы состоим на 85%.

Болезни человека, прежде всего, создает дисфункция, дисгармония соединительной ткани. Непонимание этого факта приводит к неудачам узкопрофильной медицины.

Иммунолог, флеболог или нефролог думают, что надо лечить, соответственно, иммунитет, вены или почки. И они создают для «своих» органов тысячи препаратов или разновидностей операций, почти ничего не зная о 85% соединительнотканной жизнеобеспечивающей массе организма. Они не знают, из чего состоит собственный организм. Поэтому и болеют «своими» болезнями сами. Нам известны ФЛЕБОЛОГИ, приобретающие «Душ Алексеева» для своих близких. Ситуация весьма схожа с «прививочной» – самый низкий процент охвата прививками среди детей врачей!

Любое отклонение от нормального метаболизма (обмена веществ) вызывает метаболические нарушения во всей соединительной ткани, а, значит, почти во всем организме. В зависимости от возраста, наследственности, условий жизни характер прояв-

лений заболевания соединительной ткани совершенно различен. Ослабление, недостаточность – эти слова в максимальной степени описывают происходящее, – невозможность соединительной ткани полноценно выполнять свои функции в нужном, заданном природой объеме.

Ежедневно обновляются 5-7 миллиардов клеток человеческого организма. За 5-7 лет почти ВСЕ клетки полностью обновляются. Если новые клетки становятся «чуть хуже», то постепенно накапливаются те изменения, которые приводят к болезни. Если новые клетки становятся «чуть лучше», то предпосылки болезни и даже сама болезнь постепенно исчезают.

Это очень упрощенная схема физиологической регенерации, но схематизм дает представление, как о процессах выздоровления, так и о процессах накопления болезни, ее перехода в хроническую форму.

Рассмотрим старение кожи на примере снижения тургора.

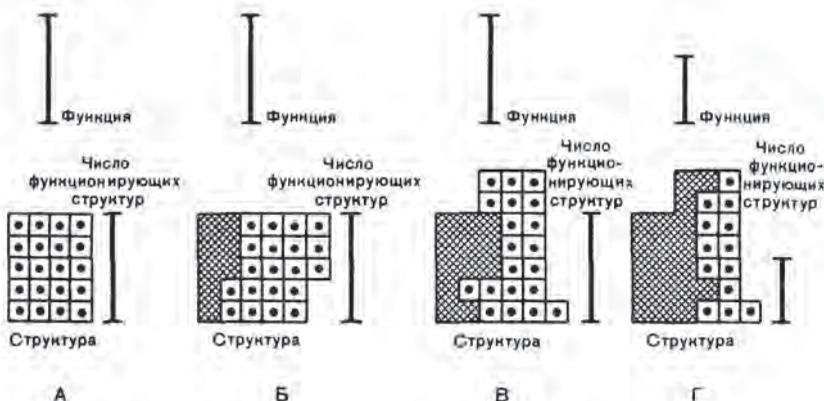
Гладкость, эластичность кожи, ее тургор обеспечиваются нормальным кровоснабжением. В раннем детстве все ткани человека насыщены гидрофильными гелевыми компонентами, удерживающими воду – высокой степени полимеризации гиалуроновая, хондроитинсерная, хондроитинсульфатная кислоты и др. Всем известно, что самое большое процентное содержание воды в теле у ребенка, а самое маленькое – у пожилых людей. Роговой слой, отвечающий за барьерные свойства кожи, у детей содержит больше воды и меньше липидов, нежели у взрослых. Старческая кожа имеет характерный вид: она истончена, слегка шелушится и образует морщины на местах естественных складок; окраска ее меняется и приобретает желтоватый, буроватый или синюшный оттенок. У стариков не бывает румянца. Такой своеобразный цвет кожи объясняется, с одной стороны, местным изменением сосудов, с другой, – общим нарушением кровообращения и избыточным отложением пигмента. Характерной особенностью старческой кожи является ее исключительная сухость, которая объясняется резким уменьшением потоотделения и салоотделения. Понижается также эластичность и упругость кожи: резко сжатая в складку старческая кожа очень медленно расправляется.

Тканевая жизнеспособность определяется оптимальным соотношением всех соединительнотканых компонент в коже – геля, воды, волокон, жидких кристаллов, твердых кристаллов и т.д. Это и создает оптимум жизни, трактуемый клиницистами в виде симптома **«тургор кожи»**.

Итак, кожа жизнеспособна тогда, когда она эластична, мягка, упруга, отлично регулирует температуру в соответствии с температурой окружающей среды, хорошо наводнена и «держит» влагу (патетет в необходимых физиологических границах), не имеет запаха, морщин и не выглядит как тонкая пергаментная пленка. Она хорошо снабжается кровью!

Если из-за многократных повреждающих воздействий (стрессы, травмы, интоксикации, неправильное питание) метаболические сдвиги в организме велики и продолжительны (аккумулируются, накапливаются, в том числе и из поколения в поколение), то патологическая деградация соединительнотканых гелей, коллаген-эластиновых волокон и прочих

клеток сформируют **патологическую «память»** и **«рефлексию»** в организме, приводящую к накоплению нарушений в каждом последующем цикле регенерации тканей. Кожа начинает стареть, терять влагу, тургор, ее клетки атрофируются (липодистрофия приводит к тому, что сейчас называются целлюлитом).



Необходимо твердо знать, что **точно такие же процессы происходят и во всех внутренних органах**. Если кожа избыточно наводнена, стопы и кисти рук почти постоянно мокрые, холодные, влажные, то точно такую же «наводненность» имеют и внутренние органы. Если кожа пергаментно истончена, морщиниста, то так же страдают от обезвоживания и недостатка питания и внутренние органы.

П.П. Михайличенко пишет, что в классической патофизиологии под ишемией часто понимают недостаток притока артериальной крови к тканям. В то же время о венозной гиперемии или застое венозной крови, который формируется в тканях в результате нарушения оттока крови, редко кто вспоминает. Но и ишемия, и застой венозной крови приводят к одинаковым общепатологическим последствиям — дистрофии, склерозу, атрофии, деструкции.

Он же наглядно поясняет развитие ишемии на примере природных катаклизмов: «На Земле периодически возникают лесные пожары, засыхают поля, пересыхают реки и ручьи, что приводит к нарушению обмена воды и солей в почве. В результате нарушается питание почвы, т.е. возникает своеобразная ишемия участков почвы различной площади (разрушается структура, уменьшается плодородие), одновременно, в

других районах Земли могут происходить противоположные катаклизмы, такие как наводнения, паводки, цунами, в результате воздействия которых происходит формирование водного застоя на разных площадях. При этом возникающий избыток воды вызывает в одних районах заболачивание почвы - она засаливается, набухает, что приводит к нарушению ее структуры и плодородия. А в других районах застоя воды происходит, напротив, нерегулируемое чрезмерное разрастание некоторых видов растительности. Аналогично пожару и наводнению в природе. Ишемия и застой венозной крови в организме, по сути, приводят к таким же разрушительным однотипным последствиям: в первую очередь - в мягких тканях, а, в последующем, и в костно-хрящевых образованиях. В результате этого возникают те или иные заболевания опорно-двигательного аппарата, внутренних органов, значительно ускоряются процессы преждевременного старения организма». Напомним, что варикоз с точки зрения соединительнотканной медицины и является, в сущности, процессом преждевременного старения соединительнотканно ослабленного организма.

Накопление полмок, неправильная реструктуризация тела приводят к тому, что *ошибочный паттерн* (воспроизводство тканей) закрепляется. Это и является *причиной постепенной хронизации болезней*, которые снижают качество жизни. Если болезнь «не умеют» лечить, то ее называют прогрессирующей и настаивают на устранении источника проблем. В случае варикоза вера в то, что «нет вены, нет проблемы» работает на все 100%. Попыток проанализировать происходящие патологические процессы никто из флебологов не предпринимает.

Аномальные реакции постепенно накапливаются в организме. Если накопление аномальных реакций происходит в связках и апоневрозах, то возникает грыжевая болезнь, и человека будут бесконечно оперировать. Апоневроз, Напомним, это - широкая соединительнотканная пластинка, состоящая из плотных коллагеновых и эластических волокон, которые расположены большей частью параллельно друг другу. Он соединяет мышцы с костями, кожей. Фасции - это тоже соединительнотканное образования. Это тонкие соединительнотканные оболочки, покрывающие отдельные мышцы и группы мышц, а также сосуды, нервы и некоторые органы.

Если накопление аномальных реакций происходит в коже, то мы явственно наблюдаем, как она стареет. Если накопление аномальных реакций происходит в венозных сосудах, то развивается хроническая лимфовенозная недостаточность.

Именно поэтому о состоянии внутренних органов можно судить по состоянию кожи лица. Мышцы на лице и шее прикреплены не к костям, а к коже. Морщины на лице и шее поэтому и появляются быстрее - стареет не только кожа, но и расшатываются соединительнотканные апоневрозы.

Именно поэтому есть мужчины, стремящиеся «нарастить мышцы», но их фасции и апоневрозы слабы, и задуманное не удастся. Именно поэтому женщинам, старающимся удержать свой вес в норме, не помога-

ют диеты и физическая активность. Волокна соединительной ткани «не удерживают» увеличивающиеся жировые клетки.

Именно поэтому, **когда слабеет соединительная ткань, – коллаген и эластин (основные соединительнотканнные белки) становятся рыхлыми, не образующими плотные сети, – тогда появляется варикоз.**

Варикоз – это вариант раннего старения людей с мягким или мозаично-смешанным типом соединительнотканной недостаточности (в терминологии соединительнотканной медицины). У людей, у которых коллаген и эластин избыточно жесткие, варикоз часто не возникает даже при неблагоприятных условиях. А для людей с мягким типом соединительнотканной недостаточности даже обычные, но чуть увеличенные нагрузки, могут оказаться толчком развития варикозной болезни. У таких людей наблюдается дискоординация работы мелких (капилляры) и крупных (артерии, вены) сосудов. Напоминаем, что все сосуды состоят из соединительной ткани. Как неполноценна соединительная ткань в целом (синтез слабого коллагена и эластина), так неполноценна и сосудистая сеть организма.

Основным действующим фактором возникновения варикозной болезни вен нижних конечностей является слабость соединительной ткани организма, стенок и клапанов самих вен, а также высокое давление в венах нижних конечностей в связи с нарушением венозного оттока.

Нарушение венозного оттока от нижних конечностей сопровождается не только повышением давления в венах, но и венозным застоем, который приводит к хронической гипоксии тканей (кислородному голоданию), повышению проницаемости капилляров из-за разжижения гелей с неконтролируемым выходом жидкости, белков и клеток крови в ткани (отек с появлением «черных» пятен на руках и ногах). Одно из возможных проявлений – ладонный ангиотрофоневроз (повышенная потливость ладоней). Узкопрофильные врачи часто не знают, что это такое, и «каждый тянет одеяло на себя», предлагая свое лечение – неврологическое, эндокринное. Поскольку эффективного лечения именно они предложить не могут, то сейчас ангиотрофоневроз уже начинают считать нормой. А проблему «потливых ладошек» переадресовали косметологам.

Остановимся на строении венозной системы нижних конечностей

Венозная система состоит из поверхностных и глубоких вен, которые соединяются коммуникантными венами. Сумма площадей поперечных сечений вен в 10-12 раз превосходит сечение питающих конечность артерий. Может быть поэтому флебологи с такой легкостью «оперируют» и «склерозируют» вены, наивно полагаясь на их избыточное количество? И относятся к ним, как к зубам – удалил – вставил новый?

Поверхностные вены расположены непосредственно под кожей (именно их расширение мы видим в виде синих извитых дорожек), а глубокие – под фасцией, в толще мышц голени, таза и бедра. Глубокие

вены почти никогда не оперируют! Лишь иногда на клапаны бессмысленно «накручивают» спиральки, чтобы клапаны лучше «держали» давление крови.

Венозная система нижних конечностей соединяется при помощи обильной сети анастомозов (соединяющих шунтов) с венами таза – с ягодичными венами, венами паха и венами передней стенки живота. Невероятно, но факт – многие врачи, с которыми нам удалось побеседовать (особенно на выставке «Здравоохранение -2007») не понимают связи варикозного расширения вен с геморроем и варикоцеле. Они действительно полагают, что это различные заболевания, ведь ими занимаются врачи разных специальностей!

Иногда необоснованно считают варикозную болезнь заболеванием клапанного аппарата вен. Отличительной чертой вен нижних конечностей является наличие в них большого количества клапанов. Клапанов меньше в венах рук, в венах, расположенных далеко от мышц, клапанов почти нет. Это факт, известный давно, но никем до сих пор не проанализированный. Клапаны не нужны там, где мышцы работают с небольшой силой, следовательно, в венах не возникает слишком высокого давления. Не менее часто, чем на ногах, можно наблюдать расширение вен и на руках. Однако, варикозом это не считается, видимо, потому, что оперировать вены на руках невозможно.

Своеобразной особенностью венозных клапанов является исчезновение их части с возрастом. Убыль клапанов к 25 летнему возрасту достигает 17%, к 49 годам - 29%, к 54 годам - 40%, к 70 годам - 81%. Однако, наряду с твердо установленным фактом исчезновения клапанов в венах, выявлено «зарождение и рост новых клапанов на смену отмирающим старым» (И.А.Костромов). Этот процесс особенно выражен в молодом возрасте. Новые клапаны отличаются эластичностью. Гибнут клапаны на определенных участках венозной стенки, ему предшествуют процессы атрофии и склероза. И исчезают, вероятно, они по той причине, что их ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ теряет физиологическое значение.

Ведущий ангиолог В.Ю. Богачев настаивает, что хроническая венозная недостаточность и варикоз являются не болезнью клапанов, а патологией **стенки самой вены** (удивительно, в чем потребность этих утверждений спустя 50 лет после уже установленного факта?), которая страдает от гипоксии (недостаточного снабжения кислородом). Это и приводит к нарушению регуляции сосудистого тонуса, в первую очередь базального (основного). Гипоксия запускает каскад воспалительных реакций (общепатологическая реакция соединительной ткани), приводящих к повреждению и фиброзу и склерозу тканей, сдавливанию капилляров, вторичному повреждению лимфатических сосудов. Это проявляется стойким отеком, повышенной пигментацией и грубым уплотнением тканей (липодерматосклерозом).

Удивительно, однако, почему В.Ю. Богачев и Ассоциация флебологов России так отрицательно относятся к физиотерапевтическим методам? Ведь именно физиотерапия направлена на восстановление базальных физиологических функций организма и борьбу с общепатологическими реакциями. Почему на симпозиумах и ассоциациях сомнениям подвер-

гаются доклады физиотерапевтов об уменьшении показателей липодерматосклероза и гиперпигментации?

Напомним, что **фиброз** - патологическое разрастание волокнистой составляющей соединительнотканной ткани различных органов, то есть исключительно соединительнотканнный процесс. А **липодерматосклероз** - грубое уплотнение мягких тканей, обусловленное чрезмерным образованием соединительной ткани с появлением пигментированной уплотненной кожи.

То, что роль клапанов незначительна, было известно еще в 50-х годах прошлого столетия. Однако «миф о клапанах» постоянно встречается и в сегодняшних статьях, даже в учебнике по биологии для 8-го класса. Вот цитата из учебника 2005 года: «Кармановидные клапаны не дают крови течь в обратном направлении».

А это цитата из монографии А.Т. Лидского (1958): *«Роль клапанов в венозном кровообращении остается до сих пор не вполне ясной. Еще в недавнем прошлом им придавалось решающее значение в передвижении крови по направлению к сердцу, особенно в венах нижних конечностей. Считалось, что при всяком сдавлении вены кровь при малейшей попытке продвижения в обратном от сердца направлении раскрывает клапаны и последние преграждают ей путь и заставляют продвигаться в центростремительном направлении. Однако, дело обстоит несколько иначе, так показали исследования кровообращения в венах. Оказывается, что ток крови проходит непрерывной струей, следовательно, нет особой необходимости в предохранительной функции клапанов как предупреждающей движение крови в обратном от сердца направлении. Известно, что значительная часть клапанов с возрастом исчезает. Однако, несмотря на это, кровообращение в венах не останавливается. Все это заставляет думать, что роль клапанов не столь велика, как это представлялось в недавнем прошлом».*

Один из авторов данной книги Н.В. Заворотинская выдвинула предположение, что основная роль клапанов заключается в снижении давления в венах: клапан по форме напоминает гидравлический насадок, близкий к коноидальному, при прохождении потока крови через него увеличивается скорость движения и тем самым (закон гидродинамики) снижается давление в потоке (Н.В. Заворотинская). Это способ обеспечения ламинарности кровотока и фактор, препятствующий замедлению скорости.

Теорий патогенеза варикозной болезни существовало и существует огромное количество. Клапанную версию мы уже рассмотрели.

Теория «расплаты за прямохождение» не может считаться научной, а продолжает существовать лишь в сознании журналистских глянцевого журналов и студентов-недоучек.

Гормональная теория (варикоз обязательно появится во время беременности) тоже весьма забавна, но опровергается фактами. Не у всех беременных появляется варикоз, и часто бывает, что «беременный» варикоз исчезает совсем после родов. Видимо варикоз во время беременности не заболевание, а нормальная физиологическая реакция? Но есть еще упрямые эндокринологи, которые так рассуждать отказываются.

Есть еще одна теория - спортивная. Чем лучше развиты мышцы, тем меньше вероятность расширения вен. Очень уважительная по отношению к любителям потренироваться теория, но фактами никак не подтверждается - самый упорный и тяжелый варикоз именно у спортсменов, танцовщиков и артистов цирка (впрочем, как и венозно имбибированный целлюлит).

Эндотелий сосудов только в последнее время начал рассматриваться не как «внутренняя оболочка шланга», а как полноценный орган. Исследования последних 10-15 лет существенно изменили представление о роли **эндотелия сосудов** в общем гомеостазе, поддержании постоянства внутренней среды организма, его гармонического единства. Оказалось, что эндотелий синтезирует огромное количество биологически активных веществ, играющих весьма важную роль во многих процессах в норме и в патологии (гемодинамике, гемостазе, иммунных реакциях, регенерации и др.).

Наличие такой обширной эндокринной активности у эндотелия дало основание D. Antomucci, L.A. Fitzpatrick (1996) назвать его «эндокринным деревом». Напомним, что **эндотелий** - однослойный пласт плоских клеток соединительнотканного (!) происхождения, выстилающий внутреннюю поверхность кровеносных и лимфатических сосудов, сердечных полостей, соответственно, эндокринной железой не являющийся.

Однако, профессор О. Гомазков из НИИ биомедицинской химии РАМН пишет: *«Появилось новое, стратегическое, понятие – васкулярная медицина, которая концентрирует внимание на главном, вмещающем весь объем, – структур, веществ, процессов, их нарушений и “мишеней” лечебного воздействия. Основой для васкулярной медицины будущего служат базовые знания об эндотелии, могучем эндокринном органе (все-таки и сюда прорываются вездесущие эндокринологи – прим. авт.) и процессах, протекающих в его клетках, которые становятся теперь все более понятными и которые не перестают, однако, удивлять своей сложностью».*

Вот где и начинается узкопрофильность и нелогичность узаконенной медицины! Оказывается, нельзя признать регулирующую роль соединительной ткани, а лучше нелогично соединительную ткань признать эндокринным органом. Вероятно, это значит, что скоро и эндокринологи начнут «лечить» заболевания сосудов.

И.В. Давыдовский писал в середине прошлого века: «всякая специализация - это некоторый, иногда тяжелый по своим последствиям отрыв от реальной действительности, подчас создание себе ряда фикций, искусственных построений, схем и т.д. Всякая специализация - это некоторый теоретический консерватизм. А иногда и рутина, и чем уже соответствующая специальность, тем эти консерватизм и рутина глубже».

Посмотреть на кровеносные сосуды шире предложил А.А. Алексеев.

Сосуды полностью представляют собой соединительнотканное образование, фиксированные в теле также соединительнотканными структурами.

Роль волокнистых удерживающих соединительнотканых структур (в том числе волокон) двоякая:

1. предотвращение спадания и чрезмерного расширения просвета сосудов;

2. эластический волокнистый каркас сосуда определяет правильность формирования пульсовой волны, что создает оптимальные условия для продвижения крови.

Все **заболевания сосудов** характеризуются соединительнотканными реакциями в виде деструкции (изменения структуры) волокнистых структур.

Дегенеративные изменения сосудов проявляются атрофией сократительных элементов в стенках вен и разрастанием соединительной ткани во внутренних слоях сосуда (в артериях – атеросклероз). Подробнее об атеросклерозе, инсульте, инфаркте, ишемической болезни сердца – в следующей книге серии «Соединительнотканная медицина, психология и педагогика».

Типовые общепатологические процессы при возникновении варикоза описаны и представлены флебологией далеко не в полной мере, потому и создаётся и у врачей-флебологов и у людей, далеких от медицины, представление о лечении варикоза как о ремонте «незначительной поломки».

В первой фазе варикозной болезни наблюдается гипертрофия элементов стенки вены. Сейчас известно, что при гибели части органа компенсация его нарушенной функции часто обеспечивается за счет гипертрофии клеток не в районе их повреждения, а в сохранившихся отделах органа. И потому вполне нормальная его работа может сочетаться с резким искажением структуры. Следовательно, первичные изменения являются выражением компенсации затрудненного оттока венозной крови – соединительнотканное окружение сосуда не в состоянии поддерживать тонус венозной стенки и ее структура изменяется. Дальнейшее течение варикозного расширения вен знаменует начало деструктивных изменений в стенках сосуда. Мышечные волокна атрофируются, эластические элементы уменьшаются, клапаны вен сморщиваются и замещаются фиброзной тканью. Все эти процессы приводят к тому, что стенки вен теряют способность к активному сокращению. Структура вены все более меняется из-за сложного переплетения дистрофических, воспалительных, склеротических изменений. Восстанавливать необходимо не только саму стенку вены, но – ее соединительнотканное окружение, нарушения в котором и «запускают» все перечисленные общепатологические процессы.

Эти соединительнотканные процессы объясняют тот факт, что долгое время болезнь протекает бессимптомно (латентно, скрыто). Это – компенсированная форма или стадия заболевания. Болезнь дает о себе знать лишь рядом симптомов различного характера. Появление этих симптомов связано с формированием ненормального «парадоксального» кровообращения в системе большой подкожной вены, выражающееся в том, что кровь начинает течь сверху вниз. Это приводит к быстрой утомляемости при пребывании на ногах, появлении желаниа прилечь и приподнять ноги и вверх, что приводит к исчезновению неприятных симптомов. Не менее характерным и не менее частым симптомом являются

судороги в ночное время в икроножных мышцах, явление крайне неприятное и изнуряющее, поскольку лишает страдальца сна на протяжении 1-3 часов. Многие больные жалуются на постоянные тянущие боли по ходу крупных венозных стволов.

С течением времени появляется и ряд изменений кожи как следствие нарушения трофики и обменных процессов в тканях в связи с нарушенным током крови. Чаще всего первым проявлением этих нарушений является кожный зуд, особенно при воздействии тепла. Кожа меняет свою окраску. На внутренней поверхности нижней трети голени, нередко в виде браслета, кожа становится буровой, иногда принимает коричневую окраску. Эта пигментация вызвана мелкими кровоизлияниями в кожу. Появляется стойкий цианоз (синеватое окрашивание кожи вследствие застоя и недостаточного окисления крови).

Как правило, варикозное поражение вен всегда приводит к кожным изменениям. Рядом с участками атрофии и истончения появляются обширные области грубой, шероховатой кожи, без нормального блеска. Насколько глубоки могут быть изменения в тканях и насколько серьезны нарушения лимфо- и кровообращения в окружающих тканях при варикозном расширении вен, можно судить по тому, что в тяжелых случаях устанавливается периостит близлежащих костей голени. Этот факт лишним раз подчеркивает то, что в развитии варикоза задействована целостная соединительнотканная система жизнеобеспечения, а не только лишь структурный «эндотелий» или функциональный «клапан».

Основные белки соединительной ткани – коллаген и эластин

Давайте разбираться постепенно в соединительнотканной системной интегративной медицине. Понятно, что весь объем этой науки в одной небольшой книге не передать, поэтому мы рекомендуем вам приобрести все книги этой серии. Или купить ранее изданные руководства (тел. в Москве 8 499 612 66 71).

Коллаген – один из главных белков соединительной ткани и всего тела человека. Это 30% общего белка в организме.

Коллаген является наиболее распространенным белком в животном мире. Он обеспечивает внеклеточный каркас тела и присутствует практически в любой животной ткани. Характерной особенностью коллагеновых волокон является их трехспиральная структура. Молекулы коллагена и эластина объединены многими общими чертами строения, свойств и функций, поэтому далее мы не каждый раз будем упоминать эластин, но чаще всего он будет подразумеваться.

Вырабатывают коллаген и эластин в основном фибробласты – клетки соединительной ткани. Коллагеновые и эластиновые нити, сплетенные в сложный каркас и протяженные «тяжи», придают телу эластичность и физическую прочность.

Подавляющее большинство ученых считает, что общее количество коллагена с возрастом не уменьшается. Но коллаген бывает разный. Как любая биоорганическая субстанция, коллаген проходит все стадии развития – от рождения до смерти. Значит, маленькие и огромные, значи-

мые и не очень, коллагеновые молекулы не только образуются, но и проходят период зрелости, когда они наилучшим образом могут выполнять свои функции. Затем приходит фаза их постепенного старения и, в конце концов, гибели. Отслужившую свой срок коллагеновую молекулу нужно «грамотно» уничтожить, разложив ее на части, путем воздействия особого фермента - коллагеназы. Затем соединительнотканная система будет использовать фрагменты коллагена для себя «повторно». Синтез коллагена происходит в присутствии кофактора - аскорбиновой кислоты (гидроксигирование пролина до состояния гидроксипролина - пояснение для специалистов), лактата железа, меди.

В идеале должна наблюдаться полная гармония - сколько молодого, здорового коллагена образовалось, столько его старого и должно быть разложено коллагеназой для последующего «усвоения». Так, собственно, и происходит в молодом возрасте. Но в процессе старения этот баланс начинает нарушаться. Молодого коллагена становится меньше, а старого, «незаконно» оставшегося в межклеточном пространстве, - больше, чем должно быть. Почему это происходит?

Во-первых, естественно стареют фибробласты. Они постепенно теряют способность к синтезу коллагена, и молодого, «крепкого» коллагена становится меньше. Уже после 25 лет производство собственного коллагена в нужном объеме сокращается. Установлено, что после 40 лет оно уменьшается ежегодно на 1 %. Это означает, что к 55 годам организм теряет более 15 % способности вырабатывать коллаген.

Во-вторых, в силу возрастной разбалансировки антиоксидантной системы повышается количество свободных радикалов, которые «разрывают» межмолекулярные шивки молекул коллагена. Такие «несшитые» и очень грубые, старые молекулы становятся недоступны для фермента коллагеназы, и старый, отживший свой век, коллаген не разрушается, а лежит между клетками в буквальном смысле этого слова «мертвым грузом», деградирует бессистемно, хаотично, аллергенно. Межклеточное пространство «зашлаковывается». А «метла» - коллагеназа не способна справиться со своей задачей.

«Коллагеназа, продуцируемая фибробластами и макрофагами, расщепляет коллаген, но образующиеся пептиды стимулируют новый синтез коллагена в фибробластах, в результате происходит изменение соотношения коллаген-коллагеназа в сторону коллагена. При этом если в результате нарушения микроциркуляции в очаг воспаления перестают поступать свежие макрофаги, а старые теряют способность секретировать коллагеназу, возникает реальная предпосылка для накопления коллагена. Формирование фиброзной ткани в этих случаях идет по другому пути, чем в случаях с нормальными рубцами». О.С. Озерская в монографии «Рубцы кожи и их дерматокосметологическая коррекция» рассматривает «взаимоотношения» коллагена и коллагеназы с точки зрения формирования тех или иных рубцов.

С очищением межклеточного пространства, необходимым улучшением микроциркуляции эффективно справляется душ Алексева - отсюда такая феноменальная его результативность. Он дает

энергию для разрушения старого коллагена до его дериватов (кусочков), которые разносятся током крови по всему организму, используя в тех местах, которые необходимо «залатать». Новый молодой коллаген при условии такой помощи синтезируется фибробластами быстрее, ведь «под рукой» есть строительный материал. А также улучшаются условия для поступления свежих макрофагов за счет улучшения микроциркуляции в очаге поражения (или «ошибочного паттерна»).

Поэтому мы еще раз подчеркнем значение понятия «тургор».

Тургор (позднелат. *turgor* — вздутие, наполнение, от лат. *turgere* — быть набухшим, наполненным) — это напряжённое состояние клеточной оболочки, зависящее от осмотического давления внутриклеточной жидкости, осмотического давления внешнего раствора и упругости клеточной оболочки. Все процессы старения сопровождаются падением тургора. Понять легко — сравните «налитую» кожу ребенка и «печеное яблоко» на лице пожилого человека.

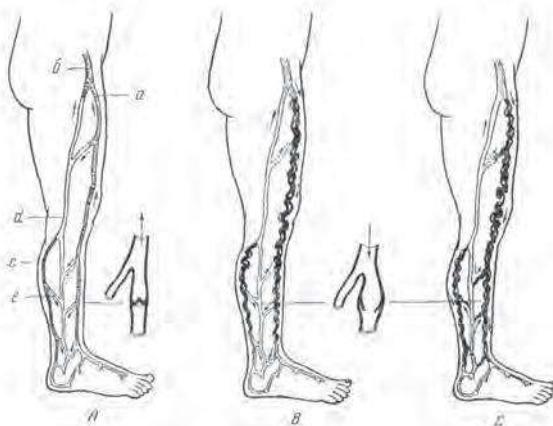


Рис. 2. А — схема нормального венозного кровообращения в нижней конечности. Кровь протекает от стопы к центру по системе большой подкожной вены — а, впадающей в бедренную — б, и по малой подкожной вене — с, впадающей в подколенную — д. Кроме того, кровь из системы обеих подкожных вен оттекает в систему бедренной (глубокой вены) через коллатерали — е, соединяющие все три системы. В — варикозное расширение вен. Извращенный ток крови из глубоких вен в большую подкожную в области овального отверстия (положительный симптом Тренделенбурга) или в малую, или в ту и другую. С — варикозное расширение вен. Извращенный ток крови из бедренной вены в овальном отверстии, из подколенной вены в подколенной ямке и из глубоких вен через расширенные анастомозы в систему подкожных вен, в которых ток крови происходит теперь в направлении от корня конечности к периферии («двойной» положительный симптом Тренделенбурга). (Из книги А.Т. Лидского «Важнейшие заболевания периферических сосудов», М., Медгиз, 1958 г., схема приведена из монографии Коллинза и Виленски.)

Душ Алексеева поддерживает кожу, а, соответственно, и весь организм в состоянии оптимального тургора. Помните, выше мы писали о взаимосвязи состояния кожи и внутренних органов? И если в результате пользования душем Алексеева видимо подтягивается кожа лица и тела, то, естественно, можно предполагать, что точно такие же омолаживающие процессы происходят и внутри тела, включая и вены тоже.

Почему от варикозного расширения страдают в первую очередь вены нижних конечностей?

Потому что гидростатические нагрузки (в том числе «столб крови») в ногах выше и соединительнотканый метаболизм нарушается больше. Из этого вовсе не следует, что варикоз проявляет себя только на ногах (увы, развечана давно теория «прямохождения»). Все нарушения тургора, связанные с недостаточным синтезом коллагена и эластина, его старением, наблюдаются во всем организме, фактически везде – в глазах, мозге, позвоночнике, печени, желудке, костях и т.д.

Почему кровь течет к сердцу, преодолевая силу тяжести?

Когда физики задали вопрос медикам - откуда берет организм 150 Вт мощности на кровоснабжение, если сердце развивает всего 3 Вт мощности, то они спокойно ответили: «Пока точно не известно». Мы считаем, что эти ватты дают соединительнотканые структуры. Согласно соединительнотканной теории А.А. Алексеева, именно включение в общеорганизменный адаптивный процесс коллагеново-эластинового механизма (как в «жигулевских» амортизаторных пружинах), обеспечивает энергией всю иерархически устроенную кибернетическую соединительнотканную систему и весь организм в целом.

Капиллярная соединительнотканная сеть является громадным источником пропульсовой энергии. Систола (сжатия) капилляров являются важным источником кровообращения. Вообразите сокращения и расширения (диастола) капилляров на протяжении ста тысяч километров (именно такова протяженность капилляров в вашем теле), мощь их непрерывной деятельности. Становится понятным, откуда берутся дополнительные 147 Вт мощности в кровообращении.

Но это – в норме! При сосудистых нарушениях необходима помощь в работе капилляров. Именно поэтому А.А. Алексеев говорит, что любое заболевание начинается в капилляре - 100% соединительнотканном образовании. Когда плохо капиллярам, не может быть здоровым организм. Дальше будет изложена концепция А.А. Алексеева о дополнительном втором «периферическом сердце», стимулируемом, запускаемом в работу с помощью душа Алексеева. Душ Алексеева, воздействуя острыми струями на поверхность тела на глубину 1,5-2 см, очищает ткани и **вызывает сокращения капилляров, тем самым снимает нагрузку с сердца** и позволяет обучить соединительную ткань работать правильнее, закрепляет этот новый навык реструктуризации тела в соединительнотканной рефлексии и памяти.

Нужно отметить еще раз *неправильное понимание современными медиками феномена гиподинамии*. Известно, что физкультура и спорт, якобы предотвращающие гиподинамию, совсем не намного снижают риск инфаркта, инсульта, так как не предотвращают заболевания сосудов. Напротив, заболеваемость варикозом и атеросклерозом у спортсменов наиболее высокая (вспомните Льва Яшина с ампутированными ногами).

Загадка атрофирующего действия гиподинамии заключена не столько в «неработающем» состоянии мышечной ткани, сколько в **обездвиженности, застойности соединительнотканых структур, составляющих внутренний остов мышцы, элементов ее связочного аппарата**.

Мышца содержит 40-60% соединительнотканых элементов, основу которых составляют коллаген и эластин. Например, от общей массы ахиллова сухожилия соединительнотканый белок эластин составляет 85%. Столько же эластина и в аорте, которая «забирает» кровь от сердца.

Душ Алексеева тренирует и заставляет работать именно *соединительнотканые элементы мышцы* (в том числе и сердечной мышцы), более эффективно предотвращая гиподинамию «внутреннюю», соединительнотканую. Он убирает «одревенелость» тканей. Ведь основой человеческого организма является вода, находящаяся в «связанном» виде в форме студня (геля). От густоты этого студня зависит подвижность пропульсовой капиллярной волны, подвижность хрусталика глаза, суставов, кишечника, легких и т.д. И перед любой тренировкой, выполнением физической работы гидромассаж душем Алексеева обязателен. Он включает в работу именно соединительнотканые элементы мышцы.

Здесь уместно вспомнить, что, как ни странно, самые первые три косточки, которые возникают у эмбриона на 3 неделе его жизни, это слуховые косточки. Вот как важна последовательность системной организации функций соединительной ткани. Ведь, если мама в первые три недели недополучает медь, кальций, гликозаминогликаны и коллаген, то ребенок рождается глухим. Поэтому в эти первые три недели беременности душ Алексеева - спасительная вещь. Он перераспределяет недостающие где-то субстраты, ферменты, кофакторы и продукты в нужные места. Он преодолевает внутреннюю гиподинамию, оживляет интерстициальный (межклеточный) транспорт, способствует синтезу коллагена в «правильных», необходимых для организма местах, и его распаду в тех местах, где он организму не требуется.

Факторы, являющиеся пусковыми в развитии варикозной болезни

К ним относятся беременность, длительные статические нагрузки, подъем тяжестей, хронические запоры, заболевания лёгких, сопровождающиеся долгим кашлем. Всё это приводит к растяжению венозных сосудов за счёт переполнения кровью. Если эластино-коллагеновый комплекс в организме нормален, то он быстро восстанавливает временно нарушенную вену, и развития варикоза и хронической венозной недостаточности не происходит.

Ежедневно в человеке гибнет и восстанавливается около 1 кг массы тела. Целиком тело «заменяется» соединительной тканью за одну фазу жизненного цикла, фаза жизненного цикла – 4-6 лет. Неизменными сохраняется лишь «горстка» нейронов. Если процесс ежедневного замещения 1 кг массы тела происходит с ошибками, то болезнь «накапливается». Но в благоприятных условиях, когда тканевая реструктуризация происходит полноценно, очень качественно, соединительная ткань латает предыдущие ошибки и тело восстанавливается. Что нужно для восстановления полноценной реструктуризации? Читайте книги серий «Соединительнотканная медицина и биология 21 века», «Соединительнотканная медицина, психология и педагогика».

Ожирение – доказанный фактор риска варикозной болезни. При этом увеличение индекса массы тела до 27 кг/м^2 и выше ведет к возрастанию частоты заболевания на 33%. Но ожирение – не причина варикоза, как часто полагают, а еще одно проявление общей соединительнотканной слабости организма. **Ожирение – это тоже проявление слабости коллагеново-эластиновых структур. Ведь уменьшается межклеточный массаж волокнистыми «пружинами».** За счет уменьшения амплитуды диафрагмального дыхания (жир в области живота) становится более слабым импульс, способствующий обратному току крови к сердцу. Физиологически набор жира необходим – перед полетом южновьетнамские утки удваивают свой вес, они накапливают питательные вещества в жире. Если утка не набрала этот вес, она не долетает до конечного пункта – тундры. Куда собирается «лететь» человек, набирающий вес, к чему он готовится? Этой, тоже медико-социальной проблеме, будет посвящена одна из последующих книг серии «Соединительнотканная медицина, психология и педагогика».

Образ жизни оказывает существенное влияние на развитие и течение варикозной болезни. В частности, доказано неблагоприятное влияние длительных статических нагрузок с подъемом тяжестей или неподвижным пребыванием в положении стоя и сидя. В азиатских странах более частое использование стульев и кресел у европеизированной части населения привело к достоверному (в 3-4 раза) увеличению частоты варикозной болезни по сравнению с людьми, традиционно сидящими и полулежащими на циновках.

На течение варикозной болезни неблагоприятное влияние оказывает **тесное нижнее белье**, сдавливающее венозные магистрали на уровне паховых складок, и различные корсеты, повышающие внутрибрюшное давление.

Высокая частота варикозной болезни в индустриально развитых странах в какой-то мере обусловлена **особенностями питания**. Высокая степень переработки пищевых продуктов и снижение в рационе сырых овощей и фруктов привело к постоянному дефициту растительных волокон, необходимых для регенерации (восстановления) венозной стенки кишечника и развитию хронических запоров, которые являются причиной перманентного повышения внутрибрюшного давления.

На частоту варикозной болезни оказала влияние даже конструкция унитаза, увеличение высоты которого в европейских странах привело к необходимости включать в процессе дефекации мышцы брюшного пресса, следствием чего является повышение внутрибрюшного давления.

Долгое время считалось, что сосудистый тонус в норме создается благодаря влияниям симпатических сосудосуживающих нервов, то есть ведущим звеном в поддержании сосудистого тонуса является нервная система. Но сейчас стало ясно, что нельзя «отрывать» функцию нервной системы от работы целостного организма. Эта нейрогенная теория сосудистого тонуса рассматривала все изменения кровообращения как проблему рассогласования работы нервной системы.

В настоящее время уже не вызывает сомнений, что сосудистый тонус создается в своей основе периферическими механизмами. И главную роль в поддержании сосудистого тонуса играет соединительная ткань со своими субсистемами. И укреплять надо именно соединительную ткань. Если соединительная ткань слаба, то болезни будут возникать от сквозняка или перепада температуры, от любого, самого незначительного изменения образа жизни.

Соединительная ткань представляет собой «место общего пользования» всех общеорганизменных субструктур, откуда «все берется» и куда «все возвращается».

Нужно помнить, что любой процесс заживления, восстановления кожи и других морфологических элементов, всегда соединительнотканый. Болезнь – это всегда недостаток синхронности и интеграции. А синхронность и интеграцию в организме обеспечивает именно соединительная ткань.

Периферическая тканевая метаболическая рефлексия и память определяют потребности в уровне активации других тканевых систем - эндокринной, нервной, мышечной и др. Представления о стрессе, как чисто эндокринном механизме регуляции давно устарели. Есть периферически-тканевый метаболический механизм, который называется соединительнотканной рефлексией и памятью. Это и доказывает обнаружение в научных исследованиях базального тонуса сосудов.

Базальный тонус сосудов обеспечивается именно работой соединительной ткани. Сосуды, лишённые нервных и гуморальных влияний, как оказалось, сохраняют (хотя и в несколько меньшей мере) способность оказывать сопротивление кровотоку, то есть сохраняют свой тонус. Базальный тонус сосудов определяется структурными и соединительнотканно-миогенными факторами. **Структурная (не функциональная) часть тонуса создается жесткой сосудистой «сумкой», образованной коллагеновыми и эластиновыми волокнами.** Прежде всего, именно она определяет сопротивление сосудов, когда активность их гладких мышц полностью исключена.

Поэтому и механизмы избавления от варикозной болезни нужно искать именно соединительнотканые, восстанавливающие исходный, базальный уровень работы соединительнотканной системы кровообращения.

Если венам «не на чем держаться» (нет окружающего их соответствующей плотности геля), они становятся слабыми, растяжимыми, исчезает именно базальный тонус вены, обеспечиваемый коллагеновыми и эластиновыми волокнами.

На картинке, приведенной ниже (ее можно встретить как в серьезных монографиях, так и статьях в глянцевых журналах), есть некая странность – не изображено «окружение» сосуда. Но нельзя же предполагать, что сосуд существует сам по себе, не закреплен никоим образом в организме! Откуда же берется расхожее представление о сосуде как о простом шланге, чуть более сложно устроенном? Наверное, из ТАКИХ картинок в школьных учебниках и статьях про операционное лечение варикоза?



Как диагностируют варикоз?

В основном варикоз диагностируют сами у себя женщины, как только замечают некрасивые увеличенные вены. Женщины часто обращаются к флебологам и настаивают на операциях исключительно из косметических соображений.

Мужчины иногда считают, что варикоз на ногах (так же как и целлюлит) – это исключительно женское заболевание. И именно поэтому обращаются за профессиональной помощью к врачу очень поздно, когда болезнь находится уже в запущенном состоянии. Однако есть и чисто мужская, крайне неприятная «версия» варикоза, – варикоцеле.

Высокое венозное давление (провокатор варикоза) находится в зависимости и от эмоционального состояния человека, теплопродукции внутри организма, степени эндоинтоксикации (инфекции желудочно-кишечного тракта), от кислородной насыщенности легких, уровня солнечной инсоляции, величины барометрического давления, влажности воздуха и т.д. Все это факторы, которые при неблагоприятных морфологических условиях «убивают» соединительную ткань во всем организме. И, соответственно, **варикозная болезнь не может считаться лишь заболеванием вен, или сосудистой системы, а является общеорганизменным заболеванием.**

Показателем нарушения кровообращения является изменение состояния ногтей на ногах. Ногти становятся или истонченными и ломкими, или же, наоборот, неестественно толстыми. Затем человек обнаруживает сеточку синеватых жилок. Изменяются вены в подколенной ямке, на лодыжке – их можно даже прощупать руками. Коммуникативные вены

еще справляются со своими обязанностями, застоя крови еще нет, но болезнь уже развивается. На втором этапе появляется утомляемость, к вечеру в ногах появляется чувство тяжести. Мышцы в течение дня уже начинают испытывать кислородное голодание. Если остаются следы от носочков, туфель – начинается стадия отека. Судороги икроножных мышц вещь крайне неприятная, лишающая сна, свидетельствующая о поражении глубоких вен.

Все эти признаки необходимо знать и внимательно следить за появлением которых надо как у себя, так и у своих близких, не допуская развития более запущенных и тяжелых стадий варикозной болезни.

Указываем симптомы той стадии болезни, на которой еще возможно обратимое развитие, но не за 4 месяца, а за 3-5 циклов полной физиологической регенерации стенок вен.

1. Изменение цвета отдельных участков ног (появление бурых пигментных пятен, обусловленных выходом эритроцитов в межтканевую жидкость).
2. Развитие дерматитов - кожных заболеваний, характеризующихся зудом, высыпаниями или иными местными изменениями на коже.
3. Чрезмерное уплотнение кожи голени.
4. Появление трофических язв.

Появление симптомов варикозной болезни - повод заняться своим здоровьем целостно, а не просто бежать за срочной операцией с целью добиться «косметического эффекта». Вылечить болезнь - значит, добиться нормального функционирования венозной системы, а не просто вырезать «поломанную» вену. И эту задачу для вас не решит ни один узкопрофильно мыслящий флеболог. **Именно поэтому «диагностика варикоза» – выражение не вполне правильное. Точнее будет сказать – диагностика периферической соединительнотканной слабости, приводящей к сосудистым звездочкам, целлюлиту, повреждениям вен нижних конечностей, варикоцеле, геморрою и т.д. И обследовать надо весь организм человека.**

Значение капиллярной системы

Состояние капиллярной системы является показателем общеорганизменного здоровья человека. Клетка - главная функциональная единица организма (50% клеток человека являются соединительнотканными) – должна для обеспечения собственного существования дышать, питаться и избавляться от продуктов метаболизма. Эта тройная роль выполняется капиллярами, которые связаны с каждой клеткой. В том числе и клеткой венозной стенки, которая также питается «из капилляра». Эта капиллярная сеть самой стенки сосуда называется «*vasa vasorum*». **Без восстановления нормальной работы капиллярной сети, питающей стенку вены или артерии, невозможно лечить поврежденный сосуд, его можно только удалить, что и рекомендует делать современная «официальная» медицина в лице узкопрофильных флебологов.**

Слабая и поврежденная соединительная ткань не может создать

полноценную капиллярную сеть. Старость и слабость - это всегда высыхание (или избыточное наводнение) организма, постепенное закрытие капилляров, появление нежизнеспособных регионов и искажение жизненных процессов (десинхронизация общеорганизменной системы).

Соединительная ткань включает в себя на 100% все сосуды и сердце на 65%. Об этом или не знают, или «забывают» узкопрофильные врачи, стремящиеся «простыми» операционными средствами лечить сложнейшие заболевания. «Не знать», или «забыть» для врача часто удобно, ведь тогда можно оставить все как есть, продолжать оперировать и не задумываться о последствиях операции. «Скандално» (для флебологов) известный врач Рэм Свирский (Киев) утверждает, что 60% (!!! – по его многолетним наблюдениям) людей умирают в течение 5-7 лет после хирургического удаления вен совершенно от других заболеваний - сердца, печени, почек. Ведь причина варикозной болезни - слабая соединительная ткань - слаба и в капиллярах этих жизненно важных органов.

Соединительная ткань - это независимый орган, представляющий собой древние структуры, связанные между собой как сеть, определяющие работу эволюционно более молодых, чем соединительная ткань, регуляционных систем - гормональной и нервной. То есть то, что эндотелий стенки сосуда выполняет, в том числе, и эндокринные функции, дает основание предполагать главенствующую роль именно соединительной ткани, а вовсе не эндокринной, как хотелось бы считать эндокринологам.

Соединительнотканная теория медицины и биологии профессора, д.м.н. А.А. Алексеева переворачивает «с головы на ноги» бытующие в настоящий момент представления о регулирующей роли нервной системы и эндокринных органов. Ведь истоки заболеваний нервных и эндокринных органов нужно теперь видеть, прежде всего, в соединительнотканых нарушениях. И душ Алексеева – уникальный пример интегративного лечения соединительнотканной недостаточности.

Изменения соединительной ткани, нарушения ее метаболизма могут оказывать огромное влияние на весь организм в целом (в том числе и на нервную и эндокринную системы), на развитие всех патологических состояний и на конституциональный тип человека в целом. При этом часто меняется (в зависимости от различных фаз жизненного цикла) и конституциональное состояние человека: например – «тонкий-толстый» и другие. Нарушилась правильная реструктуризация капиллярного русла, появились лакуны в капиллярной сети, человек становится избыточно «наводненным», его вес растет, и никакие диеты и физические упражнения ему не помогают. У него просто нет сил на правильную реструктуризацию капилляров, а диеты и непосильные упражнения еще больше ослабляют организм. То же происходит и с худыми людьми, желающими избавиться от костлявости. Никакое «улучшенное» питание или «наращивание» мышц не поможет, если капиллярные сети будут патологическими, вытянутыми «в ниточку» (Рис.4 стр. 29).

Функции капилляров и околокапиллярных гелей с коллагеново-эластиновой основой – это главное звено соединительнотканной периферии и памяти, ведь соединительная ткань составляет в организме 85%. Суть соединительнотканной рефлексии и памяти – решать внутри- и внеорганизменные задачи жизнеобеспечения.

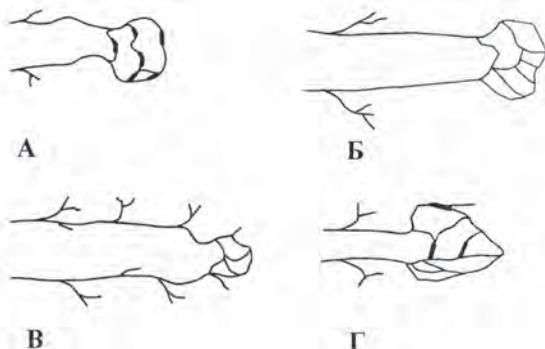


Рис. 4. Соединительнотканная структура конечных сосудистых бифуркаций у представителей различных конституциональных типов: А - «отечный соматопсихотип»; В - склеротический соматопсихотип; В - нормо-соматический соматопсихотип; Г - мозаично-смешанный соматопсихотип (из книги А.А. Алексеева и др. «Кризис медицины», М., Триада Плюс, 2003 г.)

«Давно пора вводить в медицину и биологию новые категории, отличные от «нервных» и «эндокринных». К ним мы относим: «соединительнотканнный рефлекс», «соединительнотканная проводимость», «соединительнотканное зрение», «соединительнотканнный резерв», – пишет во всех своих книгах А.А. Алексеев.

Разумеется, что дефекты самой соединительной ткани (а сосуды на 100% соединительнотканнные образования) могут компенсироваться или восстанавливаться после повреждения (регенерировать). *«Регенерация – это процесс обновления структурных элементов организма и восстановление их количества после повреждения, направленный на сохранение необходимого уровня функциональной активности»* (Д.С. Саркисов «Общая патология человека»)

И изуродованная варикозом вена вполне может стать более здоровой, выздоравливать. Надо лишь настроить, наладить «соединительнотканную рефлексию и память». Гидромассаж душем Алексеева справляется с этим налаживанием физиологично, системно и соединительнотканно.

Околососудистый гель, соединительнотканнные клетки и волокна – главные компоненты тканевой регенерации (восстановления), передачи энергии, управления клеткой в целом. Как только межклеточное вещество недополучает необходимых ему ингредиентов (углеводов, липидов, микроэлементов), клетка гибнет. Так же гибнет и стенка вены, становясь слабой, вялой, дряблой. В этих условиях каждая фаза ренегерации (**вена**

полностью регенерирует за 4 месяца!!!), когда полностью заменяется ее клеточный состав, ослабляет стенку вены, делая ее все более больной. И, напротив, в случае обеспечения отличных условий регенерации, каждое обновление клеточного состава вены делает ее все более здоровой, а обновляемый клеточный состав с каждой фазой регенерации здоровеет, капиллярная сеть приобретает нормальную структуру.

Первыми в неблагоприятных жизненных условиях начинают страдать капилляры. Раньше всего варикозным заболеванием начинают страдать гипотоники. Их сосуды на периферии все время расширены (им нет коллагеново-эластиновой «опоры») во внесосудистом пространстве), а внутрисосудистый эндотелий (пласт плоских соединительнотканнных клеток, выстилающий внутреннюю поверхность кровеносных и лимфатических сосудов, сердечных полостей) «растянут» и пропускает свободно в ткани жидкости, белки, липиды. Это и приводит к ранней деградации структур сосудов. Наступает капиллярный паралич.

Понятно теперь, почему гипотоники в молодости становятся гипертониками в зрелости. Снижение жизнеспособности, белковое пропитывание, капиллярный паралич преодолеваются спазмами сосудов, когда организм старается поднять давление для кровоснабжения всей периферии. Так возникают соединительнотканнные гипертонические кризы.



Ни один капилляр не снабжает непосредственно клетку любого органа необходимыми веществами. Питательные вещества поступают из крови, текущей по капиллярам в рыхлую соединительную ткань. Управляется сосудисто-капиллярный просвет прежде всего - метаболически, то есть через обмен веществ. В это открытое околокапиллярное пространство выходят нервные окончания, поставляют свою продукцию эндокринные железы. И только за счет гармоничной синхронизации работы всех subsystem, соединительная ткань обеспечивает полноценное питание органов и собственных тканей, включая и стенки сосудов.

Если соединительная ткань, окружающая капилляры, не совсем

полноценна, то кровяной поток извращается в сторону застоя крови вначале в венах, затем в микровенах и в более крупных венах. Ведь при соединительнотканной недостаточности артериовенозные мышечные жомы имеют неправильную околосудистую опорную гелевую основу и рыхлый (или грубый) коллаген.

Мы не говорим здесь о тонкостях проблемы рыхлого и грубого коллагена, потому что, как тот, так и другой патологичны, а результат один - выходят из строя капилляры.

Наследственная и приобретенная слабость соединительной ткани проявляется грыжами, геморроем, деформациями позвоночника и конечностей, плоскостопием, близорукостью и другими болезнями, связанными со слабостью коллагена и эластина, которые наблюдаются у 70% больных с варикозом вен. (И.П. Дяудярис «Болезни вен и лимфатической системы конечностей», Медицина, 1984). Именно поэтому варикоз является полиэтиологическим заболеванием, что признают и узкопрофильные врачи, не придерживающиеся системного подхода в лечении больного.

Врожденно (дисплазия) и приобретенно недоразвитые (вследствие неполноценного процесса реструктуризации) стенки вен с трудом удерживают даже физиологическое (например, реакция на удержание тела в стоячем положении дольше обычного времени) увеличенное давление в них, и в результате вены варикозно расширяются.

Помогает ли хирургическое лечение?

В последнее время в погоне за прибылью врачи стали забывать о том, что операционный путь лечения варикозной болезни – крайняя мера. К сожалению, сейчас операции рекомендуют даже в случае незначительных косметических проблем (сосудистые звездочки, единичные цилиндрически расширенные мелкие вены и т.д.). Предлагается все: внешняя компрессия вен, веноэкстракция, перевязка перфорантов, электрокоагуляция, удаление зондом Беккокка, особенно любят хирурги устья большой подкожной вены в паху, верхние и нижние зоны перфорантов Кокета на голени. На любом конгрессе флебологов обсуждаются все новые и новые операционные методы.

Они забывают при этом, как Гиппократ в свое время говорил, что лечат «слово, трава и нож». Причем «слово» на первом месте. Рассуждения типа «чего тут размышлять - резать надо», свойственны малообразованным, но очень «операционно активным» современным флебологам.

Они не знают о том, что вены – это часть соединительнотканной системы, и лечить вены в отрыве от целостного организма почти всегда (кроме моментов, когда речь идет о жизни и смерти) ошибочно.

Международный консенсус по варикозной болезни не рекомендует делать операцию нерожавшим женщинам. Несмотря на это, многих женщин флебологи буквально запугивают, убеждая сделать операцию. Нельзя безальтернативно предлагать операцию нерожавшим женщинам с косметическим варикозом, пугая во время беременности еще и тромбозами, эмболиями и трофическими язвами.

Приступать к склеротерапии НЕЛЬЗЯ, когда пациент не понимает:

1. Сути метода.
2. Его плюсов и минусов в сравнении с другими методами.
3. Реальной необходимости проведения склеротерапии.
4. Перспектив течения процесса в ближайшие дни, недели, месяцы (круглосуточное бинтование, необходимость регулярных визитов в клинику, синяки, гиперпигментация и пр.)
5. Возможности осложнений (флебит, вторичные телеангиэктазии и пр.).
6. Перспектив в отдаленном периоде (100%-ный рецидив - ожидается непременно).

Нужно знать:

Склерозант не восстанавливает вену. Точнее сказать, он ее склеивает, а если еще точнее, он вызывает химический ожог, который и обеспечивает склеивание вены. Термин «склеивание» используют флебологи для рекламы «безоперационного» метода лечения варикоза. На самом деле происходит не «склеивание», а склероз вены. Склероз – это разрастание соединительной ткани. Склеротические процессы могут прогрессировать так же, как и предшествующая варикозная болезнь.

Парижский консенсус 1998г предлагает считать рецидивом после операции любое возникновение вен на оперированной конечности, с чем наши российские флебологи не согласны. Парижские хирурги определяют частоту рецидивов до 20% после собственных операций, то наши флебологи считают 2% большой цифрой (сказываются «небольшые» расхождения в определении рецидивов). Они умудряются сравнивать вены с ЗУБАМИ! Как стоматолог не может вылечить сразу все зубы, так и требование вылечить все вены не может быть допущено. (Материалы Конференции Ассоциации флебологов России 23-25 мая 2006 года).

История операционного лечения варикоза

Использованы материалы сайта <http://angio.kiev.ua>

Принципиально новый этап в развитии склерозирующих методов лечения варикозной болезни начался после изобретения Rynd и Pravaz (1845-1851) шприца. В процессе его разработки Pravaz (1840) описал успешную облитерацию сосудистой аномалии у собаки внутриартериальным введением абсолютного спирта

К концу 1880 г. опыт инъекционного лечения варикозных вен насчитывал уже более 300 наблюдений. В этот же период независимо друг от друга Cassaignas, Debout и Desgranges описали первые серьезные осложнения склеротерапии — **острые тромбофлебиты и некрозы кожи**, а Corbiu и Panas — **даже летальные исходы**. Между тем Weinlechner в 1876 г. наряду с отрицательными результатами наблюдал несколько случаев заживления трофических язв после инъекционной облитерации варикозных вен. С целью предупреждения тромбофлебита после склеротерапии Soule и Muller в 1860 г. предложили использовать эластический биндаж. Burroughs, сочетая инъекционное лечение с эластической компрессией, в 1880 г. добился хороших результатов у 60 пациентов.

В 1967 г. ирландский врач G. Fegan, обобщив опыт 16000 склеротера-

пий, предложил свою методику лечения, основанную на опорожнении от крови венозного сегмента, подлежащего облитерации, длительной эластической компрессии и высокой физической активности больных после выполнения процедуры.

С 60-х годов флебосклерозирующая терапия практически безоговорочно признается в Европе и США полноценным и весьма эффективным методом лечения варикозной болезни. В то же время в России данная методика не только не получила достаточного распространения, но и активно критиковалась ведущими хирургами. Даже в специальных руководствах, посвященных варикозной болезни, прослеживается более чем сдержанное отношение к этому виду терапии.

Ситуация коренным образом изменилась лишь в 90-х (!!!) годах XX в., и в настоящее время можно констатировать, что флебосклерозирующая терапия успешно вытеснила все другие возможные методы лечения в лечебном арсенале флебологов. А консервативное лечение они откровенно начали считать «шарлатанским».

Осложнения ПОСЛЕ операций

Если склерозант попадает в артерио-венозный анастомоз (шунт), то тогда склерозируется часть артерии и наступает частичная гангрена мышечной ткани.

Если склерозант попадает во вневенозное русло, разрывая мелкие венозные прилежащие сосуды, то в ткани образуются долго незаживающие язвы и глубокие уплотнения.

Если склерозант попадает в ткани, то наступает местный некроз.

Почти всегда склеротерапия сопровождается подострым лимфостазом (лимфэдемой), ведь все венозные сосуды «оплетены» 1-3 лимфатическими сосудами, которые также склерозируются. Лимфэдема – накопление свободной, содержащей белок жидкости и лимфы в межклеточных тканях. Отек после операции может развиваться через недели, месяцы и даже годы.

Оперируемый **ВСЕГДА** подвергает себя опасности лимфатического отека, сегментарного или всей нижней конечности, что резко повышает вероятность возникновения целлюлитов, липом, липофибром, рубцов и других крайне неприятных осложнений, включая и восходящий тромбоз флебит (например, тазовый), и эмболию в легкие.

Именно поэтому необходимо искать иные варианты восстановления функций сосудистой системы. И теория А.А. Алексеева в ее практическом применении дает надежду на выздоровление с помощью метаболической коррекции процессов регенерации и гидродинамического действия гидромассажера «Душ А.Н. Алексеева».

Характерный диалог с форума Ассоциации флебологов России

Пострадавшая девушка: *«Непростая штука эта ваша склеротерапия, как выясняется. Случилось побывать мне в одной из наших больниц. Медсестра, делавшая перевязку, сказала мне, чтобы я не очень расстраивалась, и что у них было много людей с осложнениями после*

склеротерапии. Но не такими, как у меня. В моей поликлинике врач-физиотерапевт сказала, что я уже четвертый за неделю пациент с осложнением после склеротерапии. После того, как мне сделали склеротерапию на левой ноге, на которой, собственно, меня и беспокоил варикоз, врач спросил, довольна ли я и сообщил, что половина пациентов осталась склеротерапией недовольна. Я сказала, что не знаю и мне трудно судить. Потому, что я вежливая девушка. И вот у меня вопрос: «это что, на самом деле такая рискованная и опасная процедура?»

Врач 1: «Многое зависит от того, куда попали эти 2 мл 1% этокси. При введении препарата может разорваться стенка расширенной и дряблой вены, и препарат может пойти куда не надо. Явление это, слава Богу, не частое».

Врач 2: «Дело в том, что постсклеротические некрозы возникали, и будут возникать в ходе компрессионного флебосклерозирования. Процент данных осложнений давно описан в литературе и исход осложненный предreshен. В данной ситуации, на мой взгляд, имело место быть попадание (непреднамеренное) в артериальную ветку. Либо наличие артерио-венозного шунта в области склерозирования, что более вероятно, данную патологию практически невозможно предсказать, но последствия более чем впечатляющие. Если бы все это не помогло – некрэктомия с соответствующим лечением по схеме».

Пострадавшая девушка: «Что больше всего меня возмущает в этой ситуации, это даже не сам факт попадания склерозанта в ткани. Я понимаю, что человек имеет право на ошибку. Но тот факт, что врач сразу не оказал должную помощь... Мысль о том, что если бы этот врач поступил бы не так, как он поступил, и последствия этой инъекции могли бы быть совсем другими... И тогда, когда я от боли не могла спать по ночам, врач, делавший склерозирование, – профессор доктор медицинских наук ..., обманывал меня, утверждая, что не знает, что происходит. Вот этого я понять не могу».

Неожиданные варианты осложнений после склеротерапии

«Несколько месяцев назад девушка перенесла увеит, который был успешно залечен. А 2 недели назад в известном московском флебологическом центре ей начали делать склеротерапию. После первого сеанса увеит обострился, не только на том глазу, на котором был, но и на другом. В принципе ситуация возможная, так как увеит – неспецифическое аутоиммунное воспаление сосудистого тракта глаза. То есть, спровоцировать его обострение склеротерапия вполне могла» (Пример В.Ю. Богачева на форуме <http://www.phlebo-union.ru>).

Многие хирурги часто говорят, что, сделав операцию при варикозной болезни, можно навсегда избавиться от этой проблемы. Это не так.

Флебологическая практика показывает, что:

– после грамотно проведенного лечения (в т.ч. и операции) можно с успехом разрешить существующую проблему на момент лечения и снизить вероятность (!!!) появления новых варикозных вен;

– необходимо диспансерное наблюдение пролеченного пациента не

реже 1 раза в 1-2 года, так как заболевание хроническое и всегда существует вероятность возникновения новых пораженных варикозом вен, хотя может быть и в более “мелких масштабах”;

– необходимы профилактические меры, назначаемые каждому пациенту индивидуально.

Мы неоднократно направляли на интернет-консультацию к проф. А.А. Алексееву женщин после «незначительных» косметических операций – склерозирования вен, удаления телеангиэктазий (сосудистых звездочек). Поражает то, с каким спокойствием эти женщины относятся к «недостаточно хорошо» проведенной операции.

Помнится случай обращения за покупкой душа Алексеева женщиной, сделавшей склерозирование по настоянию мужа, желавшего наблюдать идеальные ноги у жены. После операции ноги стали далеки не только от идеальности, но и от относительного здоровья. Икры распухли так, что были уже больше обхвата бедра. Недоверие к врачам заставило ее искать альтернативные способы уже не косметической коррекции, а настоящего спасения жизни.

В ходе консультации выявилось огромное число морфологических и функциональных изменений, свидетельствующих о наследственной и приобретенной соединительнотканной слабости. Операция оказалась лишь провокатором дальнейших дегенеративных процессов в организме. Можно даже сказать, что операция была преступлением врачей, фактически инвалидизирующим эту молодую женщину.

Еще раз подчеркнем, что склерозирование – это не склеивание вены (как это представляется в обыденном сознании), а запуск процесса замещения вены соединительной тканью. После введения в варикозно расширенную вену или капилляр склерозирующего раствора, повреждается внутренний слой вены, и кровоток в ней прекращается. В этот момент вена выглядит со стороны более темной, возможно бугристой, а при пальпации она ощущается как подкожный тяж или может быть представлена отдельными узелками и уплотнениями. Так или иначе, какие-то кровяные сгустки в вене остаются, и от их объема зависит, в конечном счете, длительность процесса склерозирования вены, т.е. ее замещения соединительной тканью. Ведь кровяные сгустки рассасываются постепенно, отравляя при этом организм, причем больше всего те вены, которые приближены к сгустку. Не составляют исключения и лимфатические сосуды. В свою очередь, от этого зависит скорость наступления так называемого косметического эффекта.

Эта скорость зависит от многих других факторов. Прежде всего, это диаметр вены. Чем крупнее сосуд, тем дольше остаются потемнения и уплотнения. При этом первыми всегда рассасываются уплотнения, затем проходят «потемнения». Потемнение кожи над веной еще называют гиперпигментацией или “тенью” вены. Имеют значение и другие факторы – каким препаратом и в какой концентрации вводят раствор, другие частные моменты, касающиеся, в основном, опыта врача, а также индивидуальные особенности организма пациента (!!!).

А если соединительная ткань в организме слаба (а иначе бы вари-

коз не появился бы), её функции извращены, то и послеоперационное склерозирование произойдет с ошибками. Спасает флебологов только одно – процесс восстановления затянут во времени, и отдаленные последствия операции можно легко списывать на новые обстоятельства, не связывая их с операцией. Что они с успехом и практикуют.

Не исключено, что внимательное отношение пациента к своему здоровью до и после операции, системная и метаболическая терапия и является главным действующим фактором эффективности хирургического «лечения».

Ведь благоразумные врачи после операции настоятельно рекомендуют ежевечерний холодный душ-массаж на ноги, ношение компрессионного трикотажа становится просто обязательным и т.д.

Еще раз приведем цитату ангиолога, проф., д.м.н. В.Ю. Богачева, он пишет: *«Очень полезны водные вечерние процедуры – гидромассаж и контрастный душ, они способствуют сужению просвета вен за счет сокращения гладкомышечных элементов венозной стенки»*. **Удивительно, почему эти «золотые» слова не повторяют своим пациентам флебологи и терапевты?**

Логично было бы продолжить: вечерний гидромассаж убирает отеки, работает как компрессионный трикотаж (только лучше), устраняет необходимость приема флеботоников. Ведь смысл флеботоников в том, что бы химическим путем «заставить» работать и сокращаться стенки вен, держать их в тоне.

В научном водолечении давно уже отработаны методы восстановления тонуса сосудов, а душ Алексеева - последняя разработка в области водолечения, восстанавливает тонус сосудистой стенки максимально эффективно.

Лечить или излечивать?

Эта глава написана специально для тех людей, кто уже успел сделать ту или иную операцию «от варикоза».

К началу XIX века было известно около 1000 болезней. Современная классификация болезней, травм и причин смерти объединяет около 30-000 нозологических форм. В то же время, по мнению ряда авторов, ...200 болезней составляют 98% всей заболеваемости современных людей; при этом 18 общих симптомов, 28 физикальных и 6 лабораторных тестов вполне достаточно для их распознавания.

Причиной болезни следует считать фактор, без которого она не может возникнуть ни при каких условиях. Сквозное пулевое ранение черепа, полученное М.И. Кутузовым в 1774 году и еще одно в 1788 году, смертельные и в наши дни, не стали катастрофическими в судьбе полководца.

В целом можно говорить о том, что медицинской наукой достигнуты серьезные успехи в установлении первичных мест «полома» при ряде заболеваний, но по-прежнему остается неясным, какими путями достигает патогенный фактор этого места, почему он повреждает именно этот, а не какой либо другой тип клеток, и какова та дальнейшая цепь

событий, в результате которой данный первичный полон постепенно охватывает вышележащие уровни организма и, наконец, выливается в клинико-анатомическую картину той или иной конкретной нозологической единицы.

Однажды к нам на выставке обратился молодой человек, который долго изучал первое издание книги «Варикоз». Он долго мялся, а потом сознался в том, что ему уже сделана операция склеротерапии в возрасте 19 лет. Спустя 5 лет оперированная нога начала сильно болеть и отекает. Операция была сделана по настоянию его матери, «насмотревшейся передач про успешность операций» (по его словам). Она долго и внимательно изучала своего сына и, найдя слегка расширенную «венку», отвела его «лечить».

Появилась бы варикозная болезнь у молодого человека, если бы операции не было? Скорее всего, да. Может быть чуть раньше, или чуть позже, не важно.

Важно, что делать ему сейчас?

«Эффект от столь популярных сегодня сосудистых коррегирующих операций не превышает 5 лет при сохранении стрессорно-диетических факторов». (Чалык Ю.В.) Еще Лериш сказал: *«Умную операцию нужно делать умному человеку».* Вряд ли хирург, делавший операцию подростку 19 лет был «умным хирургом». Настоящий хирург – не тот, кто делает сложную (или несложную операцию), а тот, кто может оказаться от операции. Но если операция склерозирования стоит от 20 000 руб., отказаться сложно. Мог бы этот хирург помочь молодому человеку выбрать образ жизни, благодаря которому предрасположенность к сосудистому заболеванию могла бы реализоваться в меньшей степени? Мог, если бы сам знал (и хотел этого).

Человек, которому сделали операцию на венах, ни в коем случае не должен считать себя ИЗЛПЧЕННЫМ. Ему просто убрали кусочек ткани, в которой болезнь прогрессировала быстрее всего. Нанесли травму, которую организму еще надо и залатать. Ведь что такое склерозирование, например? *«Склерозирование, как процесс, представляет собой введение инородного вещества в просвет сосуда, которое вызывает образование тромба, с последующим его фиброзом»* (Д.Феган, основоположник метода склерозирования вен).

Однако, на чем зиждется уверенность в последующем фиброзе? Фиброз – это уплотнение соединительной ткани с образованием рубца. Ведь Рене Лериш писал в середине прошлого века: *«Как показывают хирургические наблюдения, соединительная ткань имеет свою выраженную физиологическую индивидуальность и собственную достаточно интенсивную жизнь. Так, в одних случаях она может превращаться в фиброзную ткань, а в других – в лакунарную, жировую, в фиброглиомы и даже перерождаться в хрящевую или костную ткань».*

«Медицинская наука достигла значительно больших успехов в понимании того, что оказалось поломанным, чем почему произошла эта поломка, а без решения последнего вопроса не может быть полной победы над болезнью. Именно поэтому сегодня мы успеш-

нее лечим болезни, чем излечиваем от них». (Саркисов Д.С. и соавт.)

НЕОСПОРИМЫЕ ФАКТЫ

Вена требует кислорода примерно в 2 раза больше, чем артерия. Варикозные вены потребляют кислорода в 3 раза меньше, а глюкозы в 2 раза меньше по сравнению с нормальными венозными сосудами. В венозной стенке варикозных вен уменьшено количество коллагена. Оставшийся коллаген имеет многочисленные аномалии в виде фрагментации, изгибания волокон. Характерно повышенное содержание протеогликанов (основных составляющих межклеточного вещества соединительной ткани). В варикозно-расширенных венах имеется функциональная недостаточность гладкомышечных клеток, связанная с их прямой функцией – сокращаемостью и поддержанием нормального тонуса венозной стенки.

В условиях дефицита кислорода изменяется метаболизм клеток вены, что приводит к деградации (гидролизу) нормальных коллагеновых волокон венозной стенки. Гладкомышечные клетки «разучаются» сокращаться и начинают разрастаться (ведь коллагеновые волокна больше не сдерживают их рост). Новообразованные гладкомышечные клетки синтезируют в большом количестве составляющие межклеточного вещества – утолщается медия (середина) венозной стенки, и вена окончательно теряет способность сокращаться, превращаясь в уродливое образование.

Допустим, эту уродливую (или еще не уродливую, просто расширенную) вену «склеили». склерозировали. Что изменилось?

Исчез дефицит кислорода или остальные вены стали больше потреблять глюкозы? Гладкомышечные клетки других вен стали лучше сокращаться? Известно, что сократительная способность соединительнотканых гладкомышечных клеток при имеющейся варикозной болезни уменьшается не только в нижних конечностях, но и в венах на руках.

«Несмотря на значительные успехи в хирургическом лечении варикозной болезни, послеоперационные рецидивы возникают, по различным данным, в 5–80% случаев и являются на сегодня актуальной проблемой хирургической флебологии» (А.Н. Введенский, Ю.М. Стойко и соавт., 1995; В.С. Савельев и соавт., 2001; М. Perrin и соавт., 2000). *«Нарастание отеков, болей, усугубление трофических изменений кожи, необходимость выполнения повторных операций и бесконечных курсов склеротерапии, а также диаметрально противоречивые советы и рекомендации врачей в конечном итоге приводят к потере доверия пациентов к имеющимся возможностям лечения данного заболевания».* (Consilium Medicum №6, 2005 Ю.М. Стойко, В.Г. Гудымович, Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова, Москва, «Рецидивы варикозной болезни вен нижних конечностей: современное состояние проблемы».)

Так пишут флебологи в журналах «для себя». А вот так - в интервью «для пациентов»: *«Без хирургического лечения можно только затормозить развитие болезни, но ни остановить, ни добиться исчезновения варикоза нельзя»*, - врач Центра хирургии и реабилитации, хирург-флеболог высшей категории, к.м.н. Игорь Александрович Царенко. *«Осложнений после склеротерапии не бывает»*, - хирург-флеболог Меди-

цинского центра “РЕДНОР”. Поют красиво – врут безбожно.

Что происходит с варикозно измененной веной при отсутствии какого бы то ни было лечения?

Эта глава вполне может стать открытием для флебологов, учащихся по 1-2 учебникам своему «несложному» ремеслу.

Если, конечно, они ее прочитают...

Это хорошо изучено и описано Г.Ф. Макаевой (1956). В периоде компенсации на внутренней оболочке вены происходит разрастание эндотелия, соединительнотканых образований подэндотелиального слоя, увеличивается количество гладкомышечных волокон. Такой же гиперпластический процесс развивается и в средней оболочке стенки вены. Гладкомышечных клеток становится больше, но в них начинаются дистрофические изменения: набухание, отек, разволокнение, вакуолизация. В наружной оболочке увеличивается количество продольных мышечных волокон, *vasa vasorum*. Изменяются форма, размеры, строение и распределение коллагена и эластина.

В заключительной стадии эндотелиальный слой заменяется грубой соединительной тканью, превращающейся в фиброзную. То есть идет системный процесс перерождения тонко оформленной соединительной ткани в грубую. Нормальное заживление любой раны всегда включает образование рубцов и фиброзной ткани. Другое дело, когда коллагеновые фибриллы накапливаются в больших количествах, образуется гипертрофический рубец. Сосуды сосудов (*vasa vasorum*) исчезают, полностью разрушается эластический слой, вена в итоге становится соединительнотканым тяжем.

То есть соединительнотканная система «лечит» организм по своим правилам.

Можно ли остановить или обратить вспять процесс разрушения вены?

Можно, если думать не только «о вене», но и обо всем организме.

Многие врачи понимают, что Душ Алексеева усиливает микроциркуляцию тканей, но не понимают, что это означает. Так как на вопрос, как возникает сосудистая реакция (покраснение кожи), отвечают, что это вазодилатация, обусловленная действием парасимпатических нервов. И все. На вопрос, а при чем тут микроциркуляция, ответить многие уже не могут. Видимо, представления о работе целостного организма так и остались на уровне учебника биологии за 8 класс.

Вазодилатация (*vasodilatation*) – увеличение просвета кровеносных сосудов, особенно артерий. Такая реакция сосудов возникает в ответ на стимуляцию сосудодвигательного центра продолговатого мозга, от которого затем к сосудам поступает сигнал о необходимости расслабления стенок артерий; в результате в организме происходит снижение артериального давления. Медицинский словарь.

Во многих случаях, окончания вегетативных нервов локализируются лишь в адвентиции (наружной оболочке) сосуда и даже в межклеточном пространстве. Некоторые ткани совсем не обеспечены нервами. Основ-

ным путем нервной регуляции таких тканей является доставка нейромедиаторов к клеткам по несинаптическому типу и их диффузия в направлении микроциркуляторного русла и межклеточного пространства. Именно соединительная ткань играет главную организующую роль в обеспечении тканевого тонуса, в том числе и тонуса стенок вен. Гладкомышечные клетки в адвентиции сосудов обладают спонтанной сократительной способностью с передачей возбуждения от одной клетки к другой. Напомним, что гладкомышечные клетки так же являются производными мезенхимы, то есть относятся к системе соединительной ткани. На этот механизм возбуждения огромное влияние оказывают окружающие соединительнотканнные элементы стромы: плотность основного вещества и прочность фибриллярных структур определяют механическую растяжимость миофибрилл, транспорт электролитов в этих миофибриллах, что и определяет скорость (и возможность) проведения спонтанного возбуждения от клетки к клетке.

Метаболиты, вырабатываемые тканями (ЖУТЬ, те самые шлаки, которых нет), оказывают активное влияние на гладкомышечные клетки по принципу обратной связи. При повышении тонуса прекапиллярных сфинктеров уменьшается капиллярный кровоток и увеличивается концентрация метаболитов, что оказывает сосудорасширяющее действие. Так же сосудорасширяющим действием обладают повышенные концентрации водородных ионов, молочной кислоты (вот для чего ее добавляяют в косметику!) и др.

Именно соединительнотканная строма обеспечивает наилучшие условия проведения нервного импульса, контакта с тканью, метаболизм и утилизацию медиаторов нервного возбуждения.

Именно соединительная ткань, ее состояние, обеспечивает диффузию в тканях, активное движение биологических жидкостей, оптимальный транспорт и реализацию действия различных гормональных веществ (инсулина, серотонина, гистамина).

Наличие базального сосудистого тонуса проливает свет на патогенез варикозной болезни. Известно, что вены играют роль емкостных сосудов, в связи с чем чувствительность их гладкомышечных клеток к растяжению не столь велика. Гладкие мышцы большинства вен (за исключением воротной и брыжеечной) спонтанной активностью не обладают. И потому основная роль в регуляции их тонуса и сократимости обеспечивается рефлексорными механизмами. Из-за отсутствия МЕСТНЫХ регуляторных соединительнотканнных механизмов обеспечения тонуса вен (и в какой-то степени лимфатических сосудов тоже) не может быть своевременной реакция отдельного венозного сегмента, даже если емкостная функция вен не нарушена. Подобное запаздывание регуляторных механизмов в условиях избыточных гидростатических (часто толчкообразных, если человек никак не может отказаться от «бега за здоровьем») нагрузок ведет к компрессии и дистрофии перивазальной соединительной ткани, к потере ею своих опорно-каркасных, метаболических и прочих функций, вызывает развитие варикозной болезни.

А если соединительная ткань была изначально слаба? Вряд ли будет

удивительным стремительное развитие варикоза уже в 10-12 лет. Надо ли «лечить» вены? Или исцелять надо всего больного?

Как ни странно, но для человека без медицинского образования ответ очевиден. Но для зомбированного врача - сложен. Даже само упоминание соединительной ткани в контексте варикозной болезни вызывает у некоторых врачей, не удивляйтесь, истерический СМEX. Сообщение же им сведений о том, что вена - 100% соединительнотканной образование, вызывает усиление пароксизмов с переходом на межличностную агрессию. (Описан реальный «диалог» с сосудистым хирургом на 15 Всероссийский съезд хирургов-кардиологов в ноябре 2008 года.)

Несомненно, хирургическое лечение в определенных ситуациях НЕ-ОБХОДИМО. И сосудистые хирурги не зря существуют. Желательно бы, что бы к ним, как и к кардиохирургам приставили по парочке толковых консультантов. Возможно, тогда бы и количество рецидивов пошло бы на убыль.

Оперативное лечение показано при бесплодности консервативных способов (включающих и Душ Алексеева) и быстром нарастании декомпенсации, при осложнениях - язвы, экземы, тромбоз и тромбофлебит, кровотечения.

Операцию должен выполнять грамотный сосудистый хирург, способный взвесить субъективные и объективные признаки болезни. Для этого изучают как можно глубже условия кровообращения в поверхностной и глубоких сетях и венах, анастомозах. Тем самым выясняется анатомофизиологическая основа и динамика нарастания признаков извращенного крово- и лимфообращения. Всесторонне оцениваются возможности включения компенсаторных механизмов, результаты и причины неуспеха консервативных методов, функциональные особенности сердечно-сосудистой системы, возраст, профессию, конституциональные особенности больного. Только после этого выбираются патогенетически обоснованные и индивидуально целесообразные методы оперативного лечения.

ВНИМАНИЕ! Противопоказания для оперативного лечения:

1. Сердечно-сосудистая недостаточность.
2. Тяжелые сопутствующие заболевания внутренних органов.
3. Психофизиологическое истощение, состояние аккумулярованного стресса.
4. Нерезко выраженные степени варикозного расширения вен.

Напомним противопоказания для ношения компрессионного трикотажа. Бинтование ног и ношение антиварикозного белья недопустимо людям, страдающим декомпенсацией сердечной деятельности и болезнями артерий.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Вы перенесли операцию по поводу варикозной болезни ног. Вам предстоит период послеоперационной реабилитации, который в зависимости от тяжести болезни может занять несколько недель или месяцев. Для того, чтобы ускорить восстановление нормальной функции

оперированной ноги, улучшить кровообращение в ней и предотвратить рецидив заболевания, внимательно прочитайте рекомендации, подготовленные специалистами Ассоциации флебологов России.

– Вам необходимо эластическое бинтование оперированной ноги (а иногда и обеих ног) в течение 1,5-2 месяцев. При этом в первый месяц необходимо бинтовать всю ногу (от пальцев стопы до паха) и бинт носить круглосуточно. Перебинтовывать ногу следует в горизонтальном положении от пальцев стопы и выше (ни в коем случае не наоборот). Каждый тур бинта закрывает предыдущий наполовину. При правильном бинтовании пятка и коленный сустав должны быть полностью закрыты эластичным бинтом. Вместо эластичного бинта на 8-10 сутки (после снятия кожных швов) можно носить специальные медицинские чулки или колготы I-III-го компрессионных классов, сделанные из натуральных волокон (хлопка или каучука). В некоторых случаях, по назначению врача, эластическая компрессия необходима на более длительный срок. Во время ночного отдыха оперированную ногу следует поднимать под углом 15-20 градусов, подложив под голень подушку или сложенное одеяло.

– Мыться под теплым душем можно на 8-10 сутки после операции, когда кожные швы уже сняты. Оперированную ногу следует аккуратно обработать мягкой губкой с мылом, лучше детским, осторожно просушить полотенцем, а линии швов обработать спиртом, йодом или зеленкой. При этом не следует сдирать корочки, покрывающие линии швов. Они должны отшелушиваться самостоятельно. Горячие ванны, посещение бани или сауны строго противопоказаны в течение 3 месяцев после операции.

– Длительные статические нагрузки, подъем тяжестей более 10 кг, занятия тяжелыми видами спорта противопоказаны в течение 6 месяцев после операции. В этот же период необходимо тщательно оберегать оперированную ногу от травм.

– По ходу удаленных во время операции варикозных вен могут оставаться синяки и уплотнения кожи, которые самостоятельно проходят в сроки от 3 до 6 месяцев после операции. В редких случаях уплотнения кожи могут сохраняться на более длительный срок. Эти явления не требуют специального лечения. Ни в коем случае не используйте мазей, компрессов, прогреваний и других процедур без предварительной консультации оперировавшего Вас хирурга.

– В течение нескольких дней, а иногда и недель после операции может отмечаться повышение температуры тела до 37-37,5 градусов. Это происходит из-за воспалительной реакции кожи в месте удаленных вен, а также в результате рассасывания гематом. Это состояние не требует специального лечения и обычно не сказывается на общем самочувствии. Если Вы отмечаете более высокие цифры температуры тела, покраснение и резкую болезненность участков кожи на ноге, немедленно обратитесь к врачу.

– После операции на голени, обычно в области внутренней лодыжки, могут быть участки с нарушенной чувствительностью кожи. Это связано с повреждением во время хирургического вмешательства мелких нервных окончаний. Чувствительность восстанавливается без специального

лечения в течение нескольких месяцев после операции.

— В зависимости от тяжести варикозной болезни оперированная нога может болеть и отекать на протяжении нескольких недель или месяцев. Усиление болей и отека может провоцироваться чрезмерной физической нагрузкой, травмой, приемом больших количеств жидкости, изменением погодных условий и другими причинами. В этом случае, прежде всего, необходимо устранить, если это возможно, провоцирующий фактор, наложить эластичный бинт или надеть медицинский чулок.

Помните, что, несмотря на выполненную операцию, предрасположенность к варикозному расширению вен остается.

Необходимо постоянно наблюдаться у врача и выполнять следующие рекомендации, которые позволят Вам избежать рецидива заболевания:

1. следите за массой тела;
2. занимайтесь подвижными видами спорта (плавание, велосипед, бег и др.);
3. избегайте приема гормональных противозачаточных средств (контрацептивов);
4. не злоупотребляйте баней, сауной и горячими ваннами;
5. не перегревайтесь на солнце;
6. избегайте травм ног;
7. ежедневно обливайте ноги тугим контрастным душем, чередуя теплую и прохладную воду. Это особенно необходимо в жаркое время года;
8. не менее 1 раза в год посещайте врача-флеболога;
9. носите медицинские профилактические колготы (для мужчин - гольфы) с распределенным давлением;
10. не менее 1 раза в год проводите профилактический курс лечения препаратом Детралекс, признанным мировым лидером в профилактике и лечении хронических болезней вен. Детралекс следует принимать по 1 таблетке 2 раза в день после еды на протяжении 1,5-2 месяцев. Этот препарат укрепляет стенку вен, быстро восстанавливает нормальное кровообращение, уменьшает боль и снимает отеки.

Паршутин Юрий Викторович, член Российской общества ангиологов и сосудистых хирургов

Сделали вы уже операцию или не сделали, не важно. Вы все равно больны варикозной болезнью. И именно Вам ее нужно лечить, а не хирургу или участковому терапевту. А именно поэтому Вы должны знать о своей болезни БОЛЬШЕ, чем Ваш лечащий врач. Вы должны стать ответственным за свое здоровье, ведь оно нужно Вам и Вашей семье, а не флебологу марь иванне с меддипломом.

Мы советуем Вам пользоваться Душем Алексеева, правильно питаться, найти для себя тот образ жизни, который будет помогать Вам восстанавливать свое тело. И надеемся, что книги серии «Соединительнотканная медицина, психология и педагогика», а так же более 40 книг проф. д.мед.н. А.А.Алексеева окажутся Вам полезными.

P.S.: **Флебология** - медицинская дисциплина, в сфере деятельности которой лежит изучение анатомии вен, нормальной и патологической физиологии венозного оттока, клиники, диагностики, лечения и профилактики различных острых и хронических заболеваний вен. Термин образован от греческого φλεβ, что значит вена, и λογος - относящееся к мысли и знанию. **Специальности флеболог в реестре медицинских специальностей в нашей стране нет.**

Обоснованны ли надежды на медикаментозную терапию?

Многие страдальцы рассчитывают на «волшебную» таблетку, последовательно перебирая «панацеи». Огромное количество препаратов – «флеботоников» действительно вселяет надежду на избежание операции. И больные активно ищут: «Софью», гирудо-препараты, препараты «конского каштана». Однако, врачебная логика проста: «медикаментозное лечение играет значительную роль в предоперационной подготовке и послеоперационной реабилитации, предупреждении рецидивов и осложнений».

Для повышения тонуса вен используют анавенол, троксевазин, гливенол, детралекс, гинкор-форт, эскузан. Улучшение лимфодренажной функции возможно с помощью венорутонa, а микроциркуляции – трентала, аспирина. Для купирования воспаления используют нестероидные противовоспалительные средства - диклофенак, индометацин и др. В общем, арсенал огромен, однако варикозная болезнь продолжает молодеть.

Вспомним такой старый препарат, как «Троксевазин». Был период, когда он назначался направо и налево и был эффективен. Больные сами его просили, зная (или считая), что от него им легче. Позже якобы нашли его «чёрную» сторону – гепатотоксичность (отрицательное влияние на печень) и резко сократили назначения его больным. Примечательно, что «чёрный» период троксевазина совпал с широким вхождением в оборот диосмина («Детралекс»). Возникают резонные вопросы: чем вызваны были подобные перипетии? И насколько корректно поступают уже теперь с «Детралексом», обвиняя и его тоже в отрицательном действии на печень?

Надо знать, что флеботоники - это не лечение. Это, в лучшем случае, ослабление симптомов, если сильно повезет и болезнь окажется возможным остановить с помощью биофлавоноидов грейпфрута («Детралекс»). Необходимо помнить, что применение биофлавоноидов без сопутствующего приема витамина С бессмысленно.

Надо учитывать, что в зависимости от соединительнотканной конституции, каждый больной индивидуален: у одного надо усиливать функцию сердца и снижать уровень эстрогенов, у другого стимулировать функции почек по удалению избытка воды, третьему достаточно лишь носить компрессионный трикотаж, четвертому необходимо сочетание этих лечебных методов, а пятый должен уволиться с работы, так как его организм не может 8 часов стоять за прилавком и, даже со всеми лечебно-профилактическими мероприятиями, его вены не смогут выдержать эту нагрузку.

Но всем необходимо универсальное средство, обеспечивающее почти полный целительный комплекс - душ Алексеева.

Особая стратегия – у беременных и недавно родивших женщин. Им нужно организовать течение беременности так, чтобы не происходило сдавливание внутрибрюшных вен плодом (особенно при имеющихся нарушениях в позвоночнике). В раннем послеродовом периоде необходима метаболическая терапия венозной системы для укрепления стенки вен. Подробнее – в следующих книгах серии «Соединительнотканная медицина, психология и педагогика»

Впрочем, метаболическая терапия необходима для укрепления здоровья любой родившей женщины (не только женщины с имеющимися до беременности заболеваниями), так как организм предельно ослаблен. Неслучайны появляющиеся после беременности выпавшие зубы, плоскостопие, геморрой, отвислая грудь, внезапно наступившее ожирение, расхождение мышц живота, грыжи, желчно-каменная болезнь, опущение матки, почек, кисты многих органов и т.д.

Послеродовое ожирение может наступить буквально за 2-3 недели. Это показатель того, что коллагеново-эластиновые структуры («пружинки») предельно ослаблены, и не в состоянии удерживать тело в его «границах», и заполнение жиром происходит практически мгновенно. Тело стареет моментально, так как процессы гармонизации и синхронизации в соединительной ткани резко нарушаются и извращаются. И в этом случае душ Алексеева является незаменимым инструментом терапии.

Единственным методом консервативного лечения варикозной болезни и хронической венозной недостаточности в настоящее время врачами официальной медицины признается компрессионный трикотаж.

«Необходимо подчеркнуть, что эластическая компрессия, пожалуй, единственный метод лечения хронической венозной недостаточности (ХВН), к которому нет противопоказаний», – убеждают Н.А. Кузнецов, В.Н. Оболенский, Г.В. Родоман, Л.А. Лаберко, А.Н. Желтиков, Б.В. Телешов, В.Е. Баринов, А.К. Иванов, Кафедра общей хирургии лечебного факультета РГМУ, Городская клиническая больница № 13 МСЧ АМО ЗИЛ.

Но так ли это? Начнем разбираться.

История компрессионного лечения заболеваний вен нижних конечностей уходит своими корнями в глубину веков. Наиболее древним из известных свидетельств этого являются изображения танцующих людей с бинтами на ногах, найденные в районе пустыни Сахара. Возраст этих наскальных рисунков составляет не менее 4000 лет.

Бандажи были известны также в Древнем Египте. По свидетельству Гиппократу, их использовали скифы, жившие на территории нынешней России. В Древнем Риме земледельцы применяли повязки из полос материи, получившие название "Gambalia". В то же время, точно неизвестно, какое значение имели эти бандажи – лечебное, профилактическое или иное, например ритуальное.

Между тем, в античные времена, греки, иудеи и римляне использовали компрессию для лечения трофических язв нижних конечностей. Римские легионеры использовали бинты из собачьей кожи, которыми они стягивали икры во время длительных переходов для предотвращения отека ног и распирающих болей. Гиппократ сообщает даже о локальной компрессии с помощью специальных губок.

В 1839 г. был открыт процесс вулканизации резины, что позволило вырабатывать из каучука нити, которые можно было использовать в текстильной промышленности. В результате наладилось промышленное производство как эластических бинтов, так и компрессионного трикотажа.

Основные механизмы эластичной компрессии

Компрессия межмышечных венозных сплетений и перфорантных вен приводит к значительному увеличению пропульсивной способности мышечно-венозной помпы голени и снижению патологической венозной «емкости» нижних конечностей. То есть «компресс», создает каркас и как бы «выдавливает» лишнюю кровь из венозной системы ног. Вопрос заключается только в том, что этот «костыль», работающий ежедневно не позволяет функционально наладить собственную работу организма.

Уменьшение калибра подкожных и глубоких вен приводит к улучшению функционирования относительно недостаточного клапанного аппарата и возрастанию скорости венозного кровотока (а именно эту функцию и выполняют «коноидальные» клапаны).

Повышение тканевого давления увеличивает резорбцию внеклеточной жидкости в венозном колене капилляра и уменьшает ее фильтрацию в артериальном, что приводит к регрессу отека. Отек гораздо дешевле и быстрее снимается ежедневным гидромассажем тугими струями воды.

Врачи оговаривают, что компрессионный трикотаж, надетый неправильно, может усугубить состояние варикозного больного. Носить такой трикотаж при температуре выше +20°C – некомфортно. При низком систолическом давлении, при воспалительных процессах кожи, при трофических язвах с сильным микробным загрязнением он тоже противопоказан. И противопоказан он, рассуждая логически, не только из-за оказываемого компрессионного действия (за исключением проблем с артериальным давлением), а из-за сопутствующих проблем гигиены, правильного надевания, психологической переносимости изделия.

Так что, вводят в заблуждение «специалисты» кафедры общей хирургии лечебного факультета РГМУ. А ведь многие журналисты глянцевого издания продолжают повторять в своих статьях миф о полезности и безопасности компрессионного трикотажа.

Ограничения компрессионного трикотажа:

- высокая цена хороших изделий;
- необходимость замены купленного белья (около 500 долларов) несколько раз в год;
- воспалительные процессы на коже;
- облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей (ате-

росклероз, диабет, болезнь Рейно, «траншейная стопа» и др.), когда регионарное систолическое давление (регистрируют на бедре) ниже 80 мм рт. ст.;

– невозможность использовать при высокой температуре воздуха (выше 25 градусов летом), когда больные варикозной болезнью чувствуют себя максимально плохо из-за усиливающихся отеков.

Душем Алексеева особенно приятно пользоваться летом. Когда отключают горячее водоснабжение, даже самые изнеженные женщины не чувствуют особого дискомфорта, принимая прохладный «Душ Алексеева». Ведь сильные покалывающие иголки струй уменьшают температурную чувствительность (информация с термо-рецепторов фонируется, так как главный информационный поток идет с баро-рецепторов – рецепторов давления) и делают процедуру комфортной и приятной. Конечно, продолжительность *холодного* душа нужно увеличивать постепенно, привыкая к нему.

В настоящее время компрессионная терапия в комплексном лечении ХВН нижних конечностей заняла свое (впрочем, весьма скромное) место. Но она втрое эффективна в сочетании с воздействием душем Алексеева, при нарушении шунтирующего аппарата вен и артерий в перераспределении потока артериальной крови в вену и при вено-венозных сообщениях. Шунтирующий артерио-венозный и вено-венозный сбросы крови становятся аномальными в условиях тканевой гидрофилизации, детренированности коллагена и эластина, ослаблении всей соединительнотканной метаболической функции.

Гидромассажные струи душа Алексеева восстанавливают тонус мышечных артериовенозных шунтов, выдавливают излишнюю воду из кожных и подкожных тканей, кровь из просвета вен; нормализуют коллагено-эластиновые «пружины» в поддержании прочных межклеточных связей. В этом лечебно-профилактическая функция душа Алексеева.

Трофические расстройства кожи вплоть до язвенных дефектов верхней и нижней трети голени (верхние и нижние зоны перфорантов Кокета) **не являются противопоказанием** для использования душа Алексеева.

Цена душа невелика, около 100 долларов (в зависимости от модели), но душем можно пользоваться каждый день и каждому члену семьи. Помимо избавления от варикоза, происходит комплексное восстановление функций соединительной ткани и исцеление от остеохондроза, сердечно-сосудистых заболеваний, целлюлита, ожирения, псориаза становится вполне достижимым. В основе этих болезней так же лежит повреждение соединительной ткани.

Воспалительные процессы на коже накладывают совсем небольшие ограничения - не нужно массировать пораженные участки. Хотя нам известны случаи, когда люди с трофическими язвами использовали душ без «прикрытия» и действительно добивались абсолютного избавления от мучающей болезни.

В отличие от компрессионного трикотажа, при облитерирующих заболеваниях артерий конечностей душ Алексева ПОКАЗАН.

1. Душ Алексева создает дозированную периодическую компрессию вены, тем самым тренируя механическое сужение ее просвета, активируя гладко-мышечный метаболизм и восстанавливая нервно-мышечные реакции.

Давление на вену временно восстанавливает диаметр вены, снижает венозное давление за счет выдавливания крови из области застоя. Благодаря тканевой рефлексии и памяти восстановленный исходный диаметр закрепляется, так как в благоприятном направлении формируется новый коллаген и эластин как каркасная основа вены.

Гидродинамическое душевое воздействие восстанавливает эластический мышечный каркас внутренних клапанов в варикозно расширенных венах, что делает ток крови по варикозной вене ускоренным, более равномерным и ламинарным (антитурбулентным), предотвращаются воспаления и тромбозы.

2. Сосуды укрепляются не только венозные, но и все другие, так как душ Алексева является мощным адаптером функции всей соединительнотканной системы организма. И в случаях артериитов, ангиотрофоневрозов, атеросклерозов, тромбангиитов, васкулитов, болезни Рейно и других сосудистых заболеваний (конечностей, мозга, сердца, кишечника, печени) душ Алексева является одним из главных методов выбора комплексной терапии этих патологий. Однако, необходим «подбор» способов гидромассажа душем, температурного и временного интервалов его воздействия.

3. Душ Алексева оказывает выраженное лимфодренирующее действие. Методика массажа предусматривает совершение массирующих движений от дистальных к проксимальным участкам конечности. От удаленных (кончики пальцев) – к туловищу. Адекватный лимфодренаж дает возможность быстро и эффективно разгрузить венозно-лимфатическую систему, усилить артериальный приток и улучшить кровоснабжение конечностей.

Душ Алексева – это очень важная часть общей антиоксидации, общей детоксикации, общей иммуностимуляции и активной тканевой реструктуризации (регенерации).

За счет уменьшения выраженности хронического лимфостаза *улучшается тканевой обмен и восстанавливается адекватная проницаемость капилляров*, поскольку снижается выраженность именно онкотического (белкового) отека, который и приводит к прогрессирующему повреждению капилляров, в том числе и капилляров стенки самих сосудов, собственно кровеносных капилляров вен и артерий. Именно лимфатическая система удаляет из тканей самые грубые токсичные, аллергенные белки и клеточные «обломки». Аллергический компонент не напрасно выявляется при всех серьезных сосудистых заболеваниях – от атеросклероза до гангренозных форм диабета и болезни Рейно. Аллергизация периферических тканей, их «зашлакованность», являются главными факторами

возникновения тромбангиитов и лимфангиитов, которые являются предшественниками атеросклероза.

Методика гидромассажа душем Алексеева – логична, понятна и доступна всем.

Все больше людей выбирают логичные, понятные и доступные способы лечения. Удивляет в отношении врачей к «альтернативным методам» терапии другое – их явное нежелание рассматривать очевидные факты излечения.

С 19 века известно, что водолечение является одним из действительно научных отделов медицины. Арсенал водолечения известен давно – душ Шарко, циркулярный душ, душ Виши, контрастные ванны, ванны Залманова и пр. Это простые, научно обоснованные, давно принятые медицинской способностью восстановления резервов организма, не нуждающиеся в каких-либо дополнительных «доказательствах».

В качестве самостоятельного предмета водолечение начали впервые преподавать в Московском университете в 1865 году. С этого момента оно прочно вошло в лечебную практику. Широко применяли водолечение в своей лечебной практике М.Я. Мудров (1776-1831), Н.И. Пирогов (1810-1881), Г.А. Захарьин (1829-1897), С.П. Боткин (1832-1889) и другие мыслители передовые и великие врачи, причем как хирурги, так и терапевты.

Гидротерапия, конечно, не так удобна, как прописывание какого-нибудь рецепта, но труд вознаграждается сознанием, что применяешь действительную терапию, которая часто помогает там, где другие средства не действуют; которая безвредна, если разумно применяется. Такая терапия, кроме того, «доставляет полное удовлетворение научным потребностям врача; она заключает в себе больше смысла и умения, чем многие блестящие фокусы клиницистов», писал в 1897 году Е. Гутманн в «Кратком руководстве по гидротерапии для врачей и студентов».

Именно в водолечении есть **ЗАКОНЫ**, которых в медицине пока очень мало. Например, **закон Даистра-Мора**.

Приоритет научного изучения физиологического действия водных процедур по праву принадлежит русским врачам. К их числу относится штаб-лекарь Александр Никитин, который еще в 1825 году дал описания действия холодных и теплых ванн на организм и физиологической реакции на эти процедуры со стороны организма. А. Никитин указал на наличие **антагонизма между сосудами кожи и сосудами брюшной полости – явление, которое неза заслуженно получило в литературе название закона Даистра-Мора**.

При всяком, даже кратковременном, физиотерапевтическом воздействии на кожу, на месте приложения первоначально возникает спазм сосудов. Его интенсивность и продолжительность зависит от характера раздражителя (холод, тепло, давление). Затем спазм сменяется расширением сосудов. Но сосудистые изменения отнюдь не ограничиваются только местом действия раздражителя. Явственные изменения просвета сосудов наблюдаются на любом участке. Эта «содружественная» реакция сосудов тела связана с филогенетическими механизмами защиты. Когда спазмируются сосуды поверхности тела, большие массы крови

направляются во внутренние области – сосуды органов брюшной полости, груди и мозга. При расширении сосудов кожи происходит обратное передвижение крови. Тем самым кровь «насильственно» перераспределяется в организме, что позволяет направить кровь в участки ишемии, и удалить кровь из «застойных» областей.

Из закона Даистра-Мора есть исключения, обобщенные А.Р. Киричиньским. При охлаждении кожи лба и головы наступает сужение сосудов мозга; при охлаждении грудной клетки происходит сокращение сосудов легких; при охлаждении нижних конечностей возникает спазм сосудов в органах малого таза. При согревании поясничной области обнаруживается расширение сосудов почек, при согревании кожи подложечной области происходит гиперемия желудка. Таким образом, гиперемия или анемия внутренних органов, метамерно связанных с участками кожи происходит на фоне как бы противоположных сосудистых реакций. В интерпретации А.Р. Киричиньского закон Даистра-Мора дает возможность правильно оценивать и более рационально применять гидротерапевтические методики.

Область затылка и верхняя часть спины (воротниковая область Щербака) считает местом, откуда легче всего можно влиять на функции дыхания и кровообращения во всем организме. Воздействие на руки применяется при заболеваниях легких, сердца. Органы брюшной полости отчетливее всего «отвечают» на термические раздражения кожи живота.

Все гидротерапевтические воздействия сопровождаются общим стимулированием организма. Приятность гидротерапевтических процедур (особенно «Душа Алексеева»!) приводит к возникновению положительных эмоциональных реакций, что и способствует возникновению общей адаптирующей реакции. Гидротерапия обязана быть ПРИЯТНОЙ. А более приятного (соответственно и более полезного) душа, чем Душ Алексеева нет, и не может быть.

Если расставить три вида душ по порядку, то получится следующее – обычный дождевой душ (все сантехнические версии любой стоимости), Душ Алексеева, душ Шарко.

Обычный душ - это слабый раздражитель, адаптация к которому не сопровождается ни подавлением, ни стимуляцией защитных систем организма. Душ Шарко - сильный раздражитель (воздействует большая масса воды), в этом случае избыточно стимулируются отдельные системы организма за счет подавления защитных систем организма. Это – типичный стресс. Душ Алексеева - раздражитель средней силы, в результате действия которого повышается активность защитных систем, наступает реакция активации. Эта реакция выполняет основную антистрессорную функцию и подразделяется на реакцию спокойной активации и реакцию повышенной активации.

Стадия первичной активации формируется через 6 часов после воздействия и сохраняется 24-48 часов после воздействия. Стадия вторичной активации развивается при систематическом, ежедневном повторении раздражителей средней силы. Так как чувствительность в стадии первичной активации повышается, для получения второй стадии можно

уменьшать зону воздействия (только воротниковая область вечером или поясничная область утром).

Наблюдается повышение активной устойчивости организма «за счет истинного подъема активности защитных систем организма» (В.Ф. Казаков, В.Г. Серебряков). Длительность последействия зависит от возраста и состояния здоровья - от нескольких недель до полугода. Такое стойкое последействие наблюдается лишь в стадии стойкой активации, то есть после длительного, систематического повторения активирующих воздействий.

Общее стимулирование приводит к разворачиванию морфологических регенераторных процессов, разворачивающихся на всех уровнях, включая и внутриклеточный. Дистрофические изменения быстро подвергаются «обратному развитию» за счет интенсивно протекающей внутриклеточной регенерации (2-5 суток). Больше время требуется для разворачивания регенерации на тканевом уровне. Еще медленнее подвергаются «обратному развитию» склеротические изменения. Именно в случае выздоровления происходит это «обратное развитие» и клинических, и морфологических последствий болезни.

Необходимо отметить отсутствие параллельности между временем наступления «улучшения», благополучия и действительным восстановлением структуры и функции поврежденного органа.

Именно для достижения полноценного выздоровления и рекомендуется длительное (постоянное) применение гидромассажа «Душем Алексеева» курсами. Нельзя бросать пользоваться гидромассажером при достижении «хорошего состояния и самочувствия». Любая болезнь имеет бессимптомный период не только в своем начале, но и в конце, когда еще не достигнуто морфологическое выздоровление.

Именно на основании этого мы и утверждаем, что НЕЛЬЗЯ называть хирургическую терапию ЛЕЧЕНИЕМ.

И поэтому совершенно непонятны и необъяснимы, с точки зрения рационального мышления, следующие выпады современных врачей, особенно «поклонников» разнообразных фирм, которые производят флеботоники, склерозирующие и другие средства.

Приводим переписку на форуме РМС (Русский Медицинский Сервер) длухлетней давности.

ВОПРОС: *«Когда-то давно на этом сайте была реклама гидромассажера “душ Алексеева”. Я заинтересовалась и купила. Правда, долго не пользовалась им. Недавно начала использовать вместо обычного душа. Сподвигнула меня на это статья на каком-то сайте о методе лечения карпального тоннельного синдрома с помощью массажа воротниковой области. Тем более что после экстренного торможения (хлыстовая травма, кажется), начали неметь кончики пальцев рук. Во время душа, и некоторое время после, боль отпускала - правда. Через 10 дней интенсивного гидромассажа (до красноты всего тела) симптомы вроде бы ушли, по крайней мере, сейчас не беспокоят. Можно ли пользоваться гидромассажером, если есть миома. Я прочитала много тем форума и нашла несколько обсуждений, где говорится об отсутствии противопоказаний*

к массажу у онкобольных даже. Моя подруга хочет избавляться от целлюлита (этот массаж все же приятнее, чем растирания щеткой), но сомневается, можно ли ей применять такие процедуры».

ОТВЕТ 1: «Имейте в виду, что Вы можете нанести себе вред, потому что это немедицинская методика, а, следовательно, испытаний не проходила не только на эффективность, но и на безопасность. Потреблять ли данное устройство – Ваш личный выбор».

НАШ КОММЕНТАРИЙ 1: К сожалению, врачей зажали в тиски «доказательного» мышления и выбраться из них некоторым уже не удастся. Клиническое мышление давно-давно забыто...

ОТВЕТ 2: «Вы правы, гидромассаж при таких атмосферах, может вызвать прерывание беременности и, вызывая прилив крови, может стимулировать рост миомы, вывод один – не стоит».

НАШ КОММЕНТАРИЙ 2: Какие атмосферы имеет в виду этот деятель? Неужели он полагает, что А.Н. Алексееву удалось совершить невозможное – он изобрел «вечный двигатель», который усиливает напор воды? Прерывание беременности атмосферами, – это еще одно новое слово в научной медицине.

ПРОГРАММНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ АКТИВИСТА ФОРУМА РМС (<http://forums.rusmedserv.com/>):

1. Душ – устройство подачи воды под давлением на загрязненные поверхности тела с целью очищения последних.

2. Форма душа, в том числе форма его сопла; параллельность/конгруэнтность струек; сила давления водяного потока; количество мантр, прочитанных при установке душа и благосостояние производителей отдельных модификаций на качество мытья не влияют и к медицине отношения не имеют.

3. Последовательное направление водяных потоков на отдельные части тела, произвольное варьирование температурного режима и прочие модификации метода могут обеспечивать субъективное чувство удовольствия любой степени выраженности, но эти методы не могут быть рекомендованы для профилактики/лечения любых заболеваний.

4. Мировое медицинское сообщество одобряет использование души всех видов для регулярных гигиенических процедур и не рекомендует увязывать последние с какими бы то ни было медицинскими аспектами.

5. Патологическая привязанность к душам определенных конфигураций может рассматриваться, как форма девиации и требовать психотерапевтической коррекции.

К БОЛЬШОМУ сожалению, видимо активист форума РМС, «преподаватель из С.-Петербурга», совсем далек от практической, да и научной медицины, являясь апологетом медицины «доказательной», но крайне самонадеян, чтобы делать такие заявления, весьма далекие от медицины.

А это недавние вопросы-ответы с форума Ассоциации флебологов России.

ВОПРОС: «Уважаемые врачи! Есть ли у вас пациенты, избавившиеся от выступающих вен на ногах после применения душа Алексеева? Вот свидетельства дам – вроде как бы и не заинтересованных в продвижении данного девайса.

<http://club.osinka.ru/viewtopic.php?t=17083&postdays=0&postorder=asc&start=150>. Если есть возможность, прочитайте все отзывы!».

ОТВЕТ: «Вена не исчезнет, **не регенерирует**. То есть внешне принципиально водные процедуры ничего не изменят», – комментирует врач клиники, специализирующейся на амбулаторной хирургии и флебологии.»

ЛИЧНЫЙ КОММЕНТАРИЙ проф. А.А. Алексеева: «Он отстаивает свой узкопрофильный хирургический интерес, защищает ложную честь мундира, не обладая опытом глубокого проникновения в специфику методик водолечения. Он не понимает, что такое соединительная ткань, не знает, сколько ее в человеке, что такое регенерация».

Понятие «исчезновение вены», по-видимому, ввели врачи-флебологи. Ведь операция именно удаляет вену. Но, увы, не устраняет причину варикозной болезни, не предотвращает снижения тонуса венозной стенки, не предотвращает системной деградации соединительной ткани в венах. Ах да, эту задачу решают «флеботоники», но только до или после операции...

А вот «регенерация», как выяснилось – слово и вовсе не понятное врачам официальной ангажированной медицины. Они не знают, что соединительнотканным процессам реструктуризации подвержены все элементы человеческого тела. Хотя все эти данные давно известны: слизистая желудка замещается из соединительнотканной подлежащей пластинки за 7 дней, жир замещается за 2 месяца, кости – за 3-4 месяца, артерии и вены так же за 4 месяца.

Так же им не известны экспериментальные данные 60-70 годов прошлого века, когда удавалось добиться регенерации костей черепа у подопытных собак. Хирурги В.С. Стребков (1966) и Г.И. Волков (1968) показали, что аутотрансплантация костных опилок приводит к регенерации свода черепа у людей. И даже зубов после аутотрансплантации кусочка соединительной ткани из десны (амфодонт) и небольшого количества дентинных опилок. Амфодонт превращался в дентиноподобную ткань путем прямой метаплазии, ведь в амфодонте содержатся фибробласты и плотные коллагеновые волокна. У взрослых крыс и кроликов удавалось регенерировать мышцы сердца (Л.В.Полежаев, 1968).

Вот что пишет П. Мэттсон (1982) в книге «Регенерация – прошлое и будущее»: «По числу работ и глубине охвата проблемы исследования советских ученых в области регенерации в последние годы непрерывно расширялись, и весьма вероятно, указанная тенденция сохранится и в будущем. Поэтому для нас представляет большой интерес ознакомление с развивающимися в СССР направлениями в изучении регенерации, как с частью планомерно организованной государственной программы научных исследований... В рамках программы совместных исследований Академии наук СССР и Национальной Академии Наук США отдель-

ные американские и советские ученые получили возможность поработать в течение определенного времени в лабораториях стран - участниц соглашения».

Такую медицину мы потеряли... Вместо нее получили методологический обрубок - доказательную медицину, представители которой так «активно» обсуждают «Душ Алексеева», доказывая, что регенерация невозможна.

Поэтому наш совет - возьмите себя в руки, позаботьтесь о своих артериях и венах, начните пользоваться «душем Алексеева», запуская механизмы аутотрансплантации, и в течение 4 месяцев вы получите реальный клинический эффект без хирургического воздействия.

Вот редкий пример относительно грамотной консультации в Интернете:

— *«Моему сыну 8 лет, с 3-х занимается футболом, успехи хорошие, но есть проблема, неделю назад хирург в районной поликлинике поставил диагноз, что у него варикозное расширение вен, посоветовав при этом с футболом не завязывать, - говорит полезно. Подскажите, пожалуйста, нужно завязывать с футболом? И скажется ли данное заболевание на его возможной карьере?»*

Отвечает доктор медицинских наук, сердечно-сосудистый хирург высшей категории:

— *«Варикоз – это одно из проявлений дисплазии соединительной ткани, а это значит слабые суставы, связки, позвоночник, а значит вывихи, растяжения, смещения позвонков. Хотите спорта – в воду. И не нужно от спортивных врачей ничего скрывать. Нельзя рисковать здоровьем ребенка ради родительских амбиций».*

Да, действительно, варикоз - это соединительнотканное заболевание. Но не всегда варикоз - следствие дисплазии соединительной ткани. Дисплазия - это дисплазия. Дисплазия соединительной ткани - процесс, генетически детерминированный, то есть в основе всего лежат мутации генов, отвечающих за синтез волокон. А соединительнотканная недостаточность - это всегда в той или иной степени выраженная многоорганная недостаточность. Она включает в себя сразу много болезненных симптомов и синдромов, которые объединяет одно - нарушения функции соединительнотканной основы (стромы) органов.

Регенерация стенки вены

«Разумными действиями можно направить физиологические сдвиги в благоприятном направлении. Физиологическая регенерация управляема, но не бездумными действиями, а продуманными методиками», - пишет профессор, доктор медицинских наук, хирург с 25-летним стажем, А.А. Алексеев в нескольких книгах, и четырех- и двухтомных руководствах по интегративной, семейной и соединительнотканной медицине.

«В каждом организме на протяжении всей его жизни постоянно идут процессы восстановления и обновления. У человека, например, постоянно обновляется наружный слой кожи», - это стандартная фраза из попу-

лярных книг по физиологии. К сожалению, в них нет продолжения о том, что в организме человека раз в 4-6 лет обновляется почти ВСЕ КЛЕТОЧНЫЙ СОСТАВ (за исключением горстки нейронов). Об этом повторяет в своих книгах А.А. Алексеев. И даже определение понятия «здоровье» он выводит исходя именно из понятия физиологической регенерации.

Только официально-ангажированные врачи считают, что слово «регенерация» имеет отношение лишь к репаративной регенерации конечностей у низших животных, или к процессу заживления раны. Они думают, что отрастающая лапка у аксолотля или отрастающий хвост у ящерицы - это и есть процесс регенерации. Это в корне неправильно. Регенерация в теле происходит каждую миллисекунду на всех уровнях жизнеобеспечения - от атомарного до генного, системного соединительнотканного, системного общеорганизменного, и, даже, - социального.

«Физиологическая регенерация – процесс, совершаемый на протяжении всей жизни организма в виде непрерывного обновления паренхиматозных клеток органов, волокнистых и клеточных элементов их стромы (соединительной ткани), сосудистой стенки, крови и т.д. В организме нет таких структур, в которых ежедневно, ежеминутно, ежесекундно не происходил бы этот процесс». Из учебника «Патологической анатомии» А.И. Струкова. Неужели современные врачи, консультирующие на флебологических форумах в Интернете, не учились совсем в медицинских институтах?

Определение здоровья по А.А. Алексееву:

Здоровье – это способность организма нормально регенерировать, обновлять свой клеточный состав. В основе болезни лежат нарушения межклеточных регуляторных связей и недостаточность интерстициального соединительнотканного транспорта, приводящая к неправильной реструктуризации капилляров и, далее, всего организма в целом. Болезни надо останавливать тогда, когда они еще не «обросли» многими, усиливающими друг друга обратными связями. При неосторожной и хаотичной терапии одному органу становится лучше («убрали» варикозную вену), а другому – хуже (ослабло сердце). *Болезнь – это усталость организма корректировать взаимоотношения внутри и вне организма, полноценно реструктуризировать тело, восстанавливая или хотя бы сохраняя исходное состояние.*

Интерстициальный транспорт – это составная часть соединительнотканного процесса микроциркуляции.

Микроциркуляция (греч. mikros - малый + лат. circulatio - круговращение) — транспорт биологических жидкостей на уровне тканей организма: движение крови по микрососудам капиллярного типа (капиллярное кровообращение), перемещение интерстициальной жидкости и веществ по межклеточным пространствам и транспорт лимфы по лимфатическим микрососудам.

Термин введен американскими исследователями в 1954 г. с целью интеграции методических подходов и сведений, которые относились преимущественно к капиллярному кровотоку. Развитие этого направления

привело к представлениям о микроциркуляции как о сложной соединительнотканной системе, интегрирующей деятельность трех подсистем: гемомикроциркуляторной (в капиллярах), лимфоциркуляторной (в лимфатических сосудах) и интерстициальной. Основной задачей системы микроциркуляции в организме является поддержание динамического равновесия объемных и массовых параметров жидкости и веществ в тканях – обеспечение гомеостаза (постоянства) внутренней среды. Система микроциркуляции осуществляет транспорт крови и лимфы по микрососудам (капиллярам), перенос газов, воды, микро- и макромолекул через биологические барьеры (стенки капилляров) и движение веществ во внесосудистом пространстве. **Местные или генерализованные расстройства микроциркуляции возникают практически при всех заболеваниях.**

Логично предположить, что терапия, воздействующая на капилляры, мембраны клеток и интерстициальный транспорт – это универсальная терапия болезней. Она восстанавливает базальный тонус не только сосудов, но и всего организма в целом.

Гидромассаж души Алексева нормализует работу капилляров, усиливает интерстициальный транспорт, препятствует возникновению внутренней гиподинамии или гипердинамии (метаболических «аскез» (недоработок) и «перетрат» (переработок)).

Соединительнотканная теория медицины предусматривает лечение не отдельных болезней – варикоза, псориаза, аллергии, диабета, атеросклероза и т.д. (чуть видимых надводных вершук айсберга гибнущего организма), а вначале – восстановление соединительной ткани – те миллионы тонн льда айсберга, скрытые от наших глаз под водой и системно организующие 85% массы тела.

Соединительнотканная недостаточность (А.А. Алексеев, 1993) – любое нарушение тканевой адаптивной реструктуризации, которая обеспечивается соединительнотканной системой из ее исходных материалов – стволовых клеток соединительнотканного интерстиция и фибробластов. Ведь в человеке в день за счет физиологической регенерации погибает до 1 кг ткани, потери которой нужно полноценно возместить. Соединительнотканная недостаточность в той или иной форме присутствует в каждом. И каждый человек должен найти сам или с помощью грамотного врача свою психо-социальную и физическую «нишу», в которой был бы максимально адаптивен, здоров и успешен.

Именно соединительная ткань в развитии живого организма берет на себя взаиморегулирующие функции в отношении окружающих клеток. Метаболизм соединительной ткани, которая составляет 50% сухой массы тела человека, удерживает на себе основную массу воды, которая включена в структуру всех тканей живого организма (костной, нервной, мышечной).

Незнание роли соединительной ткани, отсутствие представления о соединительнотканных резервах адаптации вынуждает врача не размышлять, не видеть за болезнью больного, а просто заубривать сотни и тысячи острых и хронических симптомов болезней, этиопатогенез (при-

чины, механизм и следствие патологий) которых часто не известен. В итоге пропадает **смысл врачебной деятельности**.

Исчезает за ненадобностью клиническое мышление. В итоге врач становится ремесленником, хоть и причисляет себя к адептам «научной доказательной» медицины. Он лечит не больного, а лишь более или менее успешно устраняет симптомы болезни. Отсутствие стройной системы постановки диагноза и широкого медицинского кругозора порождает дробление специальностей и узкопрофильность врачебного мышления.

Объединение природы происхождения тысяч заболеваний на базе одного исходного состояния – соединительнотканной метаболической недостаточности дает новый интегративно-системный подход к раскрытию этиопатогенеза и лечению тысяч не поддающихся узкопрофильной терапии заболеваний. Задача врача становится более ответственной – вовремя уловить направленность того или иного спектра внутренних (адаптирующих) и внешних (повреждающих) стрессорных или явно дистрессорных факторов, повреждающих или компенсирующих жизненный процесс, оценить и скорректировать запас соединительнотканых жизненных сил.

Вот как это представлял в конце 19 века Л.М. Чичагов, священник, написавший двухтомник «Медицинские беседы».

«Врач должен тщательно изучать индивидуальные особенности каждого человека и вырабатывать соответствующий ему образ жизни, при котором он мог бы достигнуть максимума здоровья, продолжительности жизни и силы. Научать каждого, каким образом он может предохранить себя от наследственных болезней и опасностей. Нужно более заботиться о здоровых людях, чем о больных, которые часто выздоравливают без врача и даже вопреки ему».

«Главный и основной закон, который необходимо соблюдать каждому человеку для сохранения жизни и здоровья, следующий: Обмен веществ (пр. - метаболизм) должен совершаться правильно и необходимые для этого органы (пр. - соединительная ткань) должны находиться в нормальном, здоровом состоянии. Обмен веществ происходит с помощью крови (прим. Авт. – лимфы, интерстиция), поэтому она, составляя источник жизни, требует самых тщательных забот. Для того, чтобы кровь могла вполне выполнить свое предназначение, то есть питать организм, она должна течь живым потоком по всем частям тела. Мы можем влиять на кровообращение, предохраняя от порчи органы кровообращения. Вот истина, вот основание всей медицины, вот начало, из которого должны были бы развиваться все системы лечения, методы и теории».

Гидромассаж душем Алексева – пример интегративного соединительнотканного лечения, как раз и влияющего на кровообращение. Он препятствует возникновению застоев крови, оживляет интерстициальный транспорт, оказывает лимфодренирующее действие, раскрывает новые капилляры и заставляет разрушаться старые, отработавшие.

Состояние «застойного» мышления и телесная неактивность и есть **«аскеза»** (в терминологии соединительнотканной медицины), сопровождающаяся застоем крови, лимфы, мысли, отложением солей в суставах, то есть деградацией всей общеорганизменной и соединительнотканной системы.

«Перетраты» (в терминологии соединительнотканной медицины) представляют собой нерационально активное, гиперрефлективное действие мозга и суету тела, где тратится огромное количество субстратов, ферментов, кофакторов и продуктов. Это «обкрадывает» соединительнотканную систему «общего пользования» организма, делает ее неспособной к адекватным реакциям даже на слабые раздражители (метеословия, профессиональные и семейные нагрузки и т.д.)

Внутренний соединительнотканный метаболический стресс, связанный с загрязнением (нарушением функций выведения) или голодом (нарушение функций усвоения) является главной причиной плохой работы сосудов.

Покажем основные механизмы, приводящие к эффективности Душа Алексеева

Скоростные струи воды воздействуют на кожу. Кожа содержит слой соединительнотканной дермы, которая составляет 95% всей кожи (собственно дерматолог и есть специалист по соединительной ткани), и соединительнотканную подкожную жировую клетчатку. Масса кожи и подкожной жировой клетчатки у нормального здорового человека с весом 70 кг составляет 14 (у мужчин) и 20 кг (у женщин).

Капилляры жировой ткани образуют сеть, проходящую в ткани по всем направлениям. Количество капилляров колеблется в различных областях. Густота капиллярной сети возрастает по мере того, как уменьшаются клетки жировой ткани. Чем крупнее клетки жировой ткани, тем меньше вокруг них капилляров. Диаметр этих капилляров очень мал: он равен диаметру красного кровяного тельца или даже меньше него! Душ Алексеева помогает именно этим, самым маленьким капиллярам, обслуживающим клетки жировой ткани. Хотя адипоциты (жировые клетки-хранители) занимают основную часть объёма жировой ткани, они составляют лишь 20-60% числа других соединительнотканнных клеток жировой ткани. Остальная часть приходится на клетки-родоначальники адипоцитов, макрофаги, клетки сосудов и лейкоциты крови. Так же жировая ткань имеет свои «пружины» – волокна коллагена.

Эпидермис имеет общее эмбриональное происхождение с головным мозгом. Неслучайно возникло предположение, что воздействие на кожу оказывает влияние и на весь организм. Основоположник отечественной физиотерапии А. Е. Щербак установил, что наиболее выраженную реакцию при физиотерапевтическом воздействии на органы и ткани можно получить с определенных областей, особенно богатых вегетативной иннервацией и связанных с кожей метамерными взаимоотношениями.

Воздействие на «воротниковую» зону (шейно-затылочная и верхнегрудная, охватывающая кожу задней поверхности шеи, начиная от воло-

систой части головы, область надплечий и верхней части спины и груди) успешно применяется при гипертонической болезни, невротических состояниях, особенно при нарушениях сна, мигрени венозоторного происхождения, трофических нарушениях на верхних конечностях и др. Воротниковая зона получила свое название благодаря пальто с огромными меховыми воротниками. Те места, на которых «лежит» мех воротника, и относятся к «воротниковой» области.

Пояснично-крестцовая зона охватывает кожную поверхность поясничной области, ягодич до нижней ягодичной складки, нижнюю половину живота и верхнюю треть поверхности бедер. Массаж этой области оказывает рефлекторное влияние на функциональное состояние органов, иннервируемых пояснично-крестцовым вегетативным аппаратом - кишечник, органы малого таза, наружные половые органы, нижние конечности. Уменьшает воспалительные процессы в малом тазу, что способствует рассасыванию инфильтратов и сращений в этой области. Улучшает кровообращение и лимфоотток в малом тазу и нижних конечностях. Эта методика рефлекторно-сегментарного воздействия, получившая название "поясной", оказывает стимулирующее влияние на гормональные функции половых желез, а также нейротрофическое воздействие при сосудистых заболеваниях и травмах нижних конечностей, снижая сосудистые спазмы и активизируя репаративные (восстановительные) процессы в тканях (заживление ран, трофических язв).

В норме воздействие иглоочек струй Душа Алексеева безболезненно. Но на теле могут быть места, в которых наблюдается гиперестезия или гипестезия. Гиперестезия - повышенная болевая чувствительность. Гипестезия - пониженная чувствительность.

Впервые на появление гиперестезии кожи в верхней части грудной клетки под левой ключицей при заболеваниях сердца обратил внимание Г. А. Захарьин (1889). Позднее он обнаружил связь участков кожной поверхности с другими внутренними органами. При заболеваниях внутренних органов наблюдается болезненность кожи при захватывании ее в складку. Кожа в этих местах обычно бывает значительно утолщена и подвижность ее ограничена.

Детальное описание закономерной связи различных внутренних органов с кожными метамерами было дано Head (1898). Зоны повышенной болевой чувствительности стали называться зонами Захарьина-Геда.

У некоторых людей в зонах Захарьина-Геда во время первого 5-7-дневного лечебного курса можно видеть «пупырышки», прыщики», язвочки. Они очень мелкие, от розового до насыщенного красного цвета, иногда сливаются в большое пятно, часто очень четко соответствующее зонам Захарьина-Геда.

Появление «высыпи» является показателем того, что начался активный процесс микрососудистого обновления в ранее патологически измененной коже. Как правило, этот процесс особенно заметен у людей с тонкой атрофичной, рано состарившейся кожей.

Появление «высыпи» означает оживление кожных покровов, укрепление их слоев (дермы, в основном) новыми структурами - коллагеновы-

ми, эластиновыми, гликозамигликановыми, хондроитин- и дерматансульфатными.

Через 10 дней у человека, в результате естественного регенераторного процесса обновления, появляется «новая» кожа - более прочная и эластичная. Кожа приобретает нормальную толщину и подвижность. Заметно разглаживаются морщины, исчезают отеки на лице и конечностях и т.д.

Биологический принцип системной тканевой реструктуризации (последовательной регенераторной смены) не предполагает СТОЙКОГО ЭФФЕКТА после однократной смены ткани (кожи, например). То есть все структуры кожи, и все ее функции не могут сразу же стать абсолютно новыми, молодыми и здоровыми.

Системное омоложение кожи и других органов возможно только после многократно повторяющихся фаз реструктуризационно-регенераторного обновления. Именно поэтому появление «высыпи» не должно пугать, а должно радовать - идет процесс выздоровления!

Курсы гидромассажа Душем Алексеева нужно РЕГУЛЯРНО повторять, соблюдая схему 10 дней гидромассажа – 5-7 дней использовать душ в режиме «просто помыться». Только так постепенно накапливающееся количество новой органики и восстановленных функций кожи и органов перейдет в новое качественное состояние.

У некоторых мужчин, особенно считающих себя «крепкими и здоровыми», но имеющих варикоз и даже трофические язвы, «высыпь» приобретает иногда пугающие формы. Может появляться зуд, мокнутие кожи и разлитая краснота. Как правило, это возникает в местах естественного оволосения тела (или где оно должно быть). Спустя некоторое время на коже начинают появляться волосы, что свидетельствует об оживлении волосяных мешочков. После 3-4 регулярных курсов гидромассажа «высыпь» больше не появляется, а общее самочувствие заметно улучшается.

Процесс исцеления кожи у разных людей будет различным. Это зависит как от профессиональных вредностей (восстановить кожу шахтера намного сложнее, чем секретарши) и от возраста (чем моложе человек, тем лучше у него тургор, выше содержание воды в тканях), так и от конституциональных особенностей.

Кожа у представителей различных конституциональных соматотипов будет различной по своей структуре.

Если у человека кожа тонкая, почти пергаментная, да еще и растяжимая, со склонностью к сухости, то нужно уменьшить продолжительность гидромассажного курса на 2-3 дня, то есть 7-8 дней в целом. Но перерыв должен быть таким же – 5-7 дней. И воду надо использовать чуть прохладнее, чем обычно.

Если кожа твердая, толстая, массивная, трудно деформируется при нажатии карандашом, при «царапании» карандашом не оставляет гиперемированных (красных) следов, продолжительность «гидромассажных» дней следует увеличить до 11-12. Промежуток так же 5-7 дней.

На терапевтический эффект Душа Алексеева влияют в большей степени:

– конституция, возраст, профессия;

- действительное желание получить терапевтический результат;
- самодисциплина, умение следовать принятым правилам;
- тяжесть патологического процесса;
- грамотность врача, с которым принято решение советоваться, его компетентность, знание физиологии и общей патологии, знание законов логики и системное мышление (в первом сборнике медицинских правил, изданном в Салерно в 1224 году, записано: «Этим мы устанавливаем, что никто не имеет права начинать или продолжать изучение медицины без предварительного изучения законов логики в течение трех лет»; современные же врачи не изучают ни логики, ни методологии научного мышления).

В меньшей степени на терапевтический эффект Душа Алексеева влияют: благоприятная семейная и социальная обстановка, стрессоустойчивость человека, финансовые возможности (потребление качественных продуктов питания и БАДов), широта кругозора, рефлексия и т.д.

Гидромассаж Душем Алексеева должен стать частью жизни, настоящим гигиеническим и профилактическим средством.

Кожа, на которую мы воздействуем скоростными струями Душа Алексеева, и нервная система в целом зависят от функционального состояния соединительной ткани. Именно соединительная ткань обеспечивает питанием и энергией, отводит метаболиты, создает возможности для функционирования, является «местом общего пользования» целостного организма. Нервная система, включая и головной мозг, и эпидермис кожи развиваются внутриутробно из одного тканевого зачатка (эктодермы). Всегда состояние кожи нужно связывать с особенностями функционирования нервной системы.

Не случайно, самый распространенный отзыв о первом использовании Душа Алексеева - «восторг, кайф, удовольствие». То, что хорошо для кожи, хорошо и для нервной системы. Характерен отзыв с форума «доктор Борменталь» - муж сказал, что я стала менее «нервной».

Соединительнотканная система особенно бережно сохраняет жизнь нервам и мозгу. Она окружает эти структуры множеством оболочек (самые мощные апоневрозы – подошвенный и черепа), мощным костным каркасом защищает головной и спинной мозг, создала и с особым тщанием поддерживает особую систему движения ликвора, особую лимфо-венозную систему всасывания внутричерепной жидкости и т.д. Состояние соединительнотканного костно-суставного каркаса человека – очень важная часть жизнеобеспечения мозга и нервов. Даже самые ранние стадии шейного остеохондроза (а его признаки рентгенологически выявляются у большинства людей в возрасте 15-16 лет) ухудшают успеваемость, приводят к непредсказуемым поведенческим реакциям школьников, затрудняют обучение в ВУЗе. Проблеме остеохондроза посвящена вторая книга серии «Соединительнотканная медицина, психология и педагогика».

Душ Алексеева действует интегративно, целостно на весь организм по очень сложным множественным цепочкам взаимосвязей. Одна из

них только что изложена здесь: кожа - костно-суставная система - нервно-эндокринная система (включая гипоталамо-гипофиз, высший орган управления функциями соединительной ткани) - весь организм.

Классический эффект Душа Алексеева в этом случае - постепенное (иногда быстрое) регрессирование (обратное развитие) остеохондроза и симптомов радикулита, существенное улучшение кровотока лимфо- и ликворобмена в нервах, спинном и головном мозге.

Для того, чтобы последующий текст был понятен, необходимо допустить следующее:

1. Душ Алексеева кардинально отличается от всех иных видов душевых леек и является первым настоящим гидромассажером для домашнего использования, эффективно применяемым также и в санаторно-курортных условиях (и иных лечебных учреждениях)! Особенности душа Алексеева: за счет КОНОИДАЛЬНОЙ формы отверстий (идеально соответствующей геометрии протекания водяного потока) КПД использования энергии давления в сети - 99%; скорость полета струи при обычном водопроводном давлении - до 30 м/сек, оптимальная толщина струи (0,6 мм), оптимальное размещение струй «в пакете». В итоге достигается мощный гидромассажный эффект. Никакой другой душ (будь то китайский или душ раскрученной немецкой фирмы Grohe) не дает подобного эффекта, так как, во-первых, является просто сантехническим изделием, которое и не предназначалось для массажа, и вследствие этого (во-вторых) имеет совершенно другие характеристики струи.

2. Есть **иные** точки зрения на механизмы развития хронической венозной недостаточности, нежели принятые на данный момент «авторитетной» частью медицинского сообщества. Например, соединительнотканная теория медицины А.А. Алексеева, имеющая сегодня десятки тысяч последователей в клиниках и коммерческих медицинских центрах разного профиля, как в нашей стране, так и за ее границами (Белоруссия, Украина, Испания).

Механизм восстанавливающего действия гидромассажа с помощью душа Алексеева

1. **Компрессионное сжатие вен.** То, что должно быть абсолютно понятно любому флебологу и ангиологу: действие душа Алексеева аналогично действию компрессионного трикотажа, но в варианте биологического массирования, а не в статике. Дозированное гидромассажное сдавливание вен, в отличие от действия компрессионного трикотажа, является жизненно-динамическим воздействием, улучшающим тканевое питание венозной стенки варикозной вены.

Мало того, оно в отличие от действия компрессионного трикотажа является динамическим воздействием, улучшающим трофику венозной стенки, восстанавливающим ее морфологический состав. Компрессионный трикотаж лишь препятствует механическому расширению варикозной вены.

Многokrатно упоминается в Интернете способ улучшения состояния больного варикозом с помощью *обыкновенных колгот*. Их намачивают и

надевают, дожидаются высыхания. Во время высыхания происходит постепенное сжатие поврежденной конечности, тем самым «производится» своеобразный компрессионный массаж.

А.А. Алексеев предложил свой, **оригинальный метод**. Утром в положении лежа, не вставая с постели, нужно надеть любые колготы плотностью не меньше 75 ден (обычные колготы, но немного меньшего размера). Затем дольше обычного принимается душ Алексеева в колготах. Потом необходимо дождаться высыхания колгот и снять их. Этот способ наиболее подходит для жарких «отпускных» дней и тех женщин, которые не могут себе позволить приобретение компрессионного трикотажа, действительное качество которого может быть только у изделий стоимостью не менее 100 долларов. Но даже и в случае ношения компрессионного трикотажа необходимо обязательное применение душа Алексеева.

2. Клеточная структура вены улучшается благодаря поступлению в нездоровые вены большего количества кислорода, меди, гликозаминогликанов, фибробластов, дериватов коллагена, стволовых и тучных соединительнотканых клеток.

Это становится возможным благодаря активизации местного и общего кровообращения, расширения капилляров во время и после воздействия массажных струй воды. Соединительнотканная рефлексия и память восстанавливают исходный диаметр вены в сроки естественной ее биологически полной регенерации (замещения), то есть на протяжении 3-5 месяцев. Происходит системная самоорганизация соединительной ткани путем активизации функций стволовой и тучной клеток. Подробнее о тканевой рефлексии и памяти – в книге А.А. Алексеева и соавт. «Рефлексия и память в продлении жизни: соединительнотканые основы интегративной медицины, антропологии, физиологии и патологии», Москва, 2002 и в других монографиях.

3. Дозированное субпороговое воздействие массажными струями повышает фибробластическую (клеткообразующую) активность, следовательно, на порядок больше в результате синтезируется качественного коллагена и эластина. Новый раздражитель (душ Алексеева) - новый **активатор регенерации**. И именно это, а не только самочувствие и косметический эффект, и позволяет утверждать, что вена действительно восстанавливается.

4. Происходит стимулирование роста и развития нейрогенных структур стенки вены - образуются новые синаптические факторы, новые нейронные связи. Новые концевые рецепторные поля отростков нервов, которые повышают венозный тонус, активируют гладкомышечный и соединительнотканый каркас вены, стабилизируют работу тазового нервного сплетения и спинного мозга, повышают либидо женщин и эрекцию у мужчин.

А так же по типу рефлекторной дуги происходит усиление активности на стволем (имеется ввиду ствол головного мозга, где расположены сосудодвигательный и нейроэндокринные центры) и спинальном уровнях. Усиление этой активности приводит к регрессии симптомов вегето-сосудистой дистонии, которая всегда сопровождает варикоз (перепады давления, мигрени, депрессии и т.д.), гипо- и гипертонические кризы и т.д.

5. Местноэндокринное усиление реструктуризационных возможностей вены.

Душ разрушает «отжившие, состарившиеся» форменные элементы в ткани, в околососудистом пространстве лимфатических и венозных капилляров, убирает так называемые капиллярные «монетные» столбики (слипшиеся между собой эритроциты из-за застоя крови в вене и лимфатических сосудах), отработавшие свой срок микро- и макрососуды, по ходу больной вены, высвобождает соединительнотканнные факторы роста, что резко усиливает выделение в ткань местных гормонов. Тучные клетки (лаброциты), всегда расположенные по ходу сосудов, выделяют более 50 нормализующих гормонов местно, а фибробласты и моноциты создают новые мышечные, костные, мозговые и другие коллагеновые сосудистые каркасы. Это и является основой реструктуризационного процесса – последовательной замены больной вены на здоровую.

Рыхлая волокнистая соединительная ткань хорошо регенерирует и участвует при восполнении целостности ЛЮБОГО поврежденного органа, нуждающегося в восстановлении, в том числе и вены, варикозных кожных экзем и язв. И это должно быть прекрасно известно врачам флебологам и терапевтам (ведь речь идет и о сосудах сердца).

Регенерация происходит за счет стволовых клеток фибробластического дифферона, малодифференцированных клеток (адвентициальные клетки), клеток капиллярной выстилки, способных дифференцироваться в фибробласты. Фибробласты размножаются и начинают вырабатывать органические компоненты межклеточного вещества (гликозаминогликаны, хондроитинсульфаты, коллаген и эластин). А, следовательно, процесс реструктуризации вены вполне осуществим и доступен. Большую помощь в этом естественным и физиологическим образом оказывает душ Алексеева.

6. Общеэндокринное усиление реструктуризационных возможностей вены.

Душ Алексеева и системные соединительнотканнные лечебные методики нормализуют общий гормональный баланс, повышают эндокринную и иммунную активность тканей, способствуют активации регенераторных процессов во всем организме (печени, мозге, почке, матке и т.д.).

Местное воздействие прямым и косвенным образом влияет на центры гипоталамо-гипофиза и симпатические ганглии. Таким образом, создается мощнейший регенераторный фон не только местно, но и во всем организме.

Если в норме вены регенерируют раз в 3-4 месяца, а капилляры ежеминутно, то при организации лечебно-раздражающих массажных воздействий душем Алексеева, регенерация существенно ускоряется (в разы) в случае имеющейся болезни (и не имеет значения, больные ли это вены, артерии, сердце, мозг или другие внутренние органы).

7. Восстановление вены через так называемые висцеро-висцеральные механизмы (межорганные механизмы).

В этом случае мы имеем в виду восстановление всего комплекса функционирования органов, отвечающих за хороший ресинтез сосудистой системы, за общее здоровье человека. На это же работает и нервный механизм по типу реакции на раздражение зон Захарьина-Геда, когда возбуждение тканей в одном участке тела естественным образом включает метаболические процессы в отдалении, в других сегментах организма. Каждый участок кожи связан с прилегающими участками внутренних органов. И здесь следует говорить о функциональном единстве не только каких-то сегментов тела, но и организма в целом (глаза, позвоночник, поджелудочная железа, печень, почки, желчный пузырь и т.д.).

Ведь, выполняя лечебный гидромассаж, мы улучшаем функцию печени по выработке гликозаминогликанов, функцию кишечника по всасыванию меди, комплекса витаминов С, В6, микроэлементов, аминокислот. Сердце функционирует уже в новом, благоприятном для вен режиме перекачки крови, удаляя избыток ее из нижних конечностей; улучшение функции легких прямо пропорционально кислородной насыщенности крови и оптимизации работы диафрагмы, которая является одним из главных клапанов всей венозной системы человека.

Присасывающее действие диафрагмы активно движет кровь в сторону сердца, а ее сокращения в месте прохождения нижней полой вены препятствуют обратному сбросу венозной крови в конечности. В целом, здесь мы видим комплекс системных интегративных механизмов лечения соединительнотканной недостаточности вообще, где манифестирующей патологией является варикозная болезнь нижних конечностей. Если же говорить конкретнее, то только одна двенадцатиперстная кишка, если улучшить ее функции, начинает вырабатывать более 40 своих гормонов.

Соединительнотканная рефлекторная дуга включает в себя цепь соединительнотканых и других морфологических образований (волокна, межклеточный цемент, клетки, сосуды, связки, кости, лимфу, кровь и т.д.), определяющих характер соединительнотканной рефлексии и памяти. Например, при синдроме (болезни) Рейно, метаболически слабый околососудистый цемент не поддерживает должного капиллярного пульсового давления крови, проталкивающего кровь из артериального в венозный отдел капилляра (оно теряется в морфологически слабых центральных сосудах), что включает компенсаторный механизм шунтирования крови и выключает тканевую периферию кровообращения.

Вначале возникает избыточная потливость рук, их синюшность и зябкость, а затем могут омертветь (потерять чувствительность) и кончики пальцев. В этой ситуации всегда нужно следить за разницей в артериальном давлении на плече и предплечье (артериальный тест А.А. Алексеева).

«Черные пятна» на руках или/и ногах - грозный симптом приближающихся проблем со здоровьем, симптом «отключенной» капиллярной периферии. Приведем еще один пример консультации в Интернете.

Вот ответ врача узкопрофильной медицины на сайте www.ladoni.ru.

– *«При обследовании обнаружены признаки выраженной вазоспастической реакции по сосудам нижних конечностей и кистей рук. В положении без движения конечности краснеют и на них появляются бледные*

пятна (спазмированные сосуды), поставлен диагноз ангиотрофоневроз, также на теле во многих местах стали просвечиваться вены, скажите есть ли методы позволяющие снять спазм и избавиться от ангиотрофоневроза? Какие физиопроцедуры эффективны в данной ситуации?»

— «Обычно используют курсы витаминотерапии, никотиновой кислоты, вазодилататоры. Особо эффективных препаратов нет».

Обратите внимание, что отсутствие эффективных препаратов (что честно признается), вовсе не вызывает желания врачей официально узаконенной медицины обратиться к поиску более эффективных препаратов в физиотерапии, метаболической терапии, не говоря уже об обращении к опыту соединительнотканной медицины, работы по которой печатаются большими тиражами с 1993 года.

Внимание! Если при стрессе или после каких-либо профессиональных или иных нагрузок вы видите потемневшие, почти синие или мраморные, мокрые от пота, кожные покровы рук и ног, то знайте, это очень неблагоприятный признак. Это так называемый синдром ангиотрофоневроза – яркий симптом соединительнотканной недостаточности.

Вы можете провести **два тестовых упражнения** с небольшой нагрузкой.

1. Опустите руки вниз и держите их неподвижно 5-7 минут.
2. Согните руку в локте, приподнимите кисть ладонкой вверх, подержите руку так 1-2 минуты.

Теперь посмотрите на руку, если вы увидите застойные области, которые темнее, чем рядом лежащие кожные участки, то у вас имеется симптом «черных рук».

Теперь вы можете объективно видеть то, о чем мы писали выше, вы видите неработающие сфинктеры капилляров, где кровь одинаково плохо протекает как по артериям, так и венам в кистях и стопах. Она «убегает» на уровне предплечий и уходит обратно к сердцу, а периферия конечностей из кровообращения практически выключена и закислена. Это явление – один из универсальных механизмов развития многих соединительнотканых (сосудистых) поражений, в том числе и варикоза. Ведь точно так же выглядят в условиях стресса капилляры желудка, печени, почек, матки, мозга, сердца, легких. Поневоле задумаешься здесь о планируемой беременности и о болезнях будущего ребенка. Поэтому мы так настаиваем на сегментарном избирательном гидромассаже душем Алексева у беременных.

Особенно демонстративно выполнение «пальцевой пробы» - легко надавите пальцем на тыльной стороне кисти с «черной» кожей, и вы увидите, как яркое белое мраморное пятно появляется быстро, а исчезает потом очень долго.

Глядя на свои ладони и стопы, вы можете представить, как плохо снабжаются кровью ваши позвоночник, печень, почки, мозг и сердце. И все это из-за неправильной соединительнотканной капиллярной реструктуризации.

8. Душ Алексеева – второе («периферическое») сердце.

Пропульсовое давление, которое выдавливает кровь из артериального русла капилляров в венозное русло, при гидромассаже душем Алексеева резко возрастает за счет открытия новых капилляров и общего активирования метаболических реструктуризационных микроструктурных процессов (то есть создания новых капилляров, коллагена, эластина, венозных и артериальных стволов и микро- и макрососудов).

Суммарная площадь поперечного сечения всех капилляров человеческого тела составляет 0,9 кв. м. в расчете на целостный организм (большая труба газопровода), но обработка душем Алексеева кожно-подкожного и фасциального пространства воздействует более, чем на 15 кг массы тела. Ведь кожные покровы составляют площадь 2,5 кв.м. Минутный сеанс гидромассажа способствует продвижению крови примерно в 40-50 кв. см. площади поперечного сечения капилляров. Вот это мы и имеем в виду, утверждая, что душ Алексеева является вторым («периферическим») сердцем.

Таким образом, усиливая на порядок обмен веществ в околокапиллярном пространстве, мы добиваемся полноценной реструктуризации артериол, капилляров, венул и магистральных вен.

Почти все варикозники – это в прошлом гипотоники, у них, зачастую, слаба венозная структура всего тела, а не только конечностей. Слабая венозная структура тела способствует замедлению периферического кровотока и шунтированию крови в вышележащих сегментах артериовенозного русла («черные» руки и ноги), как и отлогие места, так называемые «периферия» печени, почек, легких, мозга, матки и кишечника. От этого – поликистоз яичников, мигрени, кисты в почках, дивертикулы толстого кишечника, ангины и хронические трахеобронхиты, извращения иммунитета (аллергии), аденоидиты, ангины, кишечные и вагинальные дисбактериозы и вагинозы. Как очень частые сопутствующие заболевания при варикозной болезни, эти патологии вы можете всегда обнаружить «на своем жизненном пути». Они никак не делают жизнь счастливее, и вы должны научиться отстаивать свои жизненные границы и жизненное пространство.

Болезнь никогда не приходит одна, их всегда много, и им есть общее название (наднозология) – соединительнотканная недостаточность. Отсылаем вас к сериям книг «Соединительнотканная биология и медицина 21 века», «Врачу общей практики» (авторы: Алексеев, Ларионова, Дудина, Белов и др.).

Те, кто считает, что регенерация касается отсутствующих органов, и возможна лишь у ящериц, выращивающих свой хвост, не понимают, что процесс обновления организма постоянен, динамичен, системно организован на протяжении всей жизни. В течение пятилетней фазы жизненного цикла тело человека замещается двумя тоннами новой ткани, что, прежде всего, осуществляется на капиллярном уровне. И исходным материалом является системно правильно организованная соединительная ткань и ее стволовая клетка и хороший метаболизм.

Наш вам совет: НИКОГДА не ложитесь спать с уставшими ногами. Это вредно и опасно. Любое функциональное нарушение (усталость) не возникает на «пустом месте». Если есть функциональное расстройство (усталость), то, значит, структурные изменения уже произошли. При развитии болезни у человека, организм которого обладает нормальной способностью разворачивания компенсаторно-приспособительных реакций, клинические проявления недуга отстают от темпа формирования структурных изменений. Функциональные изменения ВСЕГДА вторичны.

Обязательно промассируйте ноги душем Алексеева (от кончиков пальцев ног к паху и выше). Пятки положите на ножной край ванной, выше туловища, приподняв их.

Для поддержания и восстановления здоровья своих ног вам необходимо:

1. устранить гипоксию тканей, восстановить нормальные физиологические процессы в соединительной ткани. Душ Алексеева нормализует и усиливает кровообращение, что улучшает трофику (питание) тканей;

2. восстановить нормальный лимфоотток, что избавит от отеков. Душ Алексеева оказывает выраженное лимфодренирующее действие;

3. оказывать тренирующее действие на стенки вен, заставляющие работать гладкомышечные элементы венозной стенки. Лучше, и технически доступнее, чем контрастный гидромассаж, сегодня это не сделает никто. Душ Алексеева заметно улучшает тонус сосудов, что субъективно замечается уже после 2-3 дней применения;

4. оказывать тренирующее действие на мышцы, которые окружают варикозно измененные вены;

5. «поставить» свое здоровье, хотя бы на время выше всех своих ценностей и потребностей, ведь больной человек - «обуза» не только для окружающих, но и для самого себя.

Гидромассаж ног при варикозном расширении вен и хронической венозной недостаточности

1. Сначала обработайте струей воды ступни ног, стопу и ее верхнюю часть. Можно использовать любую сеточку, но лучше на 19 отверстий. Если у вас есть мозоли на ногах, плоскостопие, то уделите этой массажной процедуре максимум времени - до 10 минут и более.

2. Затем разотрите «точку долголетия» – поводите круговыми движениями по внешней части колена. Положите руку ладонкой на колено. «Точка долголетия» будет приблизительно под четвертым (безымянным) пальцем. Это место не надо массировать долго, достаточно легкого гидромассажа. Но зато это место можно массировать просто пальцами в любое время, особенно тогда, когда ноги начинают ныть, отекать и уставать.

3. Обязательно нужно промассировать рефлекторную зону - поясничную область. Можно совершать круговые движения, вибрирующие, менять расстояние струй воды до тела. Главное - получить устойчивое ощущение удовольствия от массажа.

4. Затем массируется живот и бедра. Живот - круговыми движениями по часовой стрелки. Бедра - от коленей по направлению вверх.

5. И только после всех указанных процедур массируются икры ног. Если варикозное расширение вен выражено только на одной ноге, то массировать другую ногу нужно дольше.

– Массажные движения струей воды должны быть плавными, без рывков и длительного удержания струи душа на одном месте. Растирание должно проводиться только круговыми движениями.

– Если у вас есть только сосудистая сеточка, то строгость и направленность струй гидромассажа не играют особой роли. Главное – это сохранять минимально круговые движения. Задача гидромассажа добиться равномерного покраснения (активной гиперемии) с помощью растирания тела струями высокого давления.

– Если есть вены, которые расположены «близко», то массировать струями воды надо строго по движению крови - снизу вверх.

– Крайне полезными окажутся контрастные процедуры - меняйте температуру воды, подаваемой из гидромассажера от теплой до холодной (но только при отсутствии дисфункции сердца). Рекомендуются при местном гидромассаже пользоваться только прохладной водой.

– Если вены уже выступили значительно, то первые 2-3 курса (по 10 дней) не нужно массировать области около этих вен. Задача гидромассажа в этом случае – восстановить тонус компенсаторных вен, работу капилляров и нормализовать деятельность лимфатической системы. Именно поэтому будет требоваться общий гидромассаж. Начинать его нужно с гидромассажа кистей рук, предплечья и плеча, особое внимание нужно уделять гидромассажу воротниковой зоны.

Нужно проводить профилактику не только физическими упражнениями (как иногда рекомендуют) и не изменением образа жизни (что чаще всего невозможно), а укреплением своей соединительной ткани с помощью метаболической терапии и тренировки гидродинамическим массажем. Тренировка гидромассажем душем Алексеева – это действительно преодоление гиподинамии, но внутренней, без которой физические упражнения не будут эффективными и даже в минимальной степени полезными.

Основные осложнения при варикозном расширении вен - флебит, тромбофлебит, распространенный тромбоз, тромбоэмболия легочной артерии.

Флебит - воспаление вены.

Тромбофлебит - воспаление вены с образованием сгустков крови.

Тромбоз - наличие тромбов.

Первым признаком флебита является тупая ноющая боль. Вдоль вены, пораженной воспалительным процессом, наблюдается уплотнение. При касании появляется чувство боли. Часто болит и прилегающая кожа, она начинает краснеть и становится более теплой. При острых флебитах – ярко-красной и горячей. При движении и касании возникает острая боль. Если воспален небольшой участок, то боли обычно не очень

сильные. При флебите ни в коем случае нельзя лежать, необходимо как можно больше двигаться и использовать душ Алексеева среднего напора и индифферентной температуры. От неподвижности воспаление только усиливается. Застой крови провоцирует флебит.

Тромбофлебит возникает как осложнение флебита. Признаки тромбофлебита почти не отличаются от признаков флебита. Но в дополнение к покраснению, болезненности и уплотнению пораженных участков добавляются общая слабость, озноб и снижение аппетита, повышается температура тела значительно. Обычно тромбы редко отрываются от участков образования. Необходима активная консервативная терапия. Душ Алексеева противопоказан лишь при наличии высокой температуры. В периоды улучшения состояния он показан.

Более подробно об осложнениях ХВН в следующих книгах серии «соединительнотканная медицина, психология и педагогика».

Рекомендуемая литература:

- Алексеев А.А., Ларионова И.С., Дудина Н.А. «Системная медицина». М., УРСС, 2000.
- Алексеев А.А., Ларионова И.С., Дудина Н.А., «Мезодермальная и альтернативная медицина. Пересмотр теорий Павлова, Селье как объяснение самого содержания альтернативной медицины». М., УРСС, 2000.
- Алексеев А.А., Ларионова И.С., Мыслицкая Л.Н. «Рефлексия и память в продлении жизни». М., Триада Плюс, 2002.
- Алексеев А.А. «Интегративная (системная, семейная) соединительнотканная медицина». Т1-4, М., УРСС, 2005.
- Аксенова А.М., Аксенова Н.И. «Глубокий рефлексорно-мышечный массаж и растягивание скелетных мышц при заболеваниях внутренних органов». Изд-во Воронежского государственного университета, 2006.
- Богачев В. Ю. «Диагноз: хроническая венозная недостаточность Причины заболевания, возможности терапии, рекомендации специалиста». Consillium medicum. 2004. - Том 04. - N 2.
- Давыдовский И.В. «Проблемы причинности в медицине (этиология)». М., Медгиз, 1962.
- Казakov В.Ф., Серебряков В.Г. «Бальнеотерапия ишемической болезни сердца». М., Медицина, 2004.
- Киричинский А.Р. «Рефлексорная физиотерапия». Киев, Госмедиздат, 1959.
- Ларионова И.С., Алексеев А.А. «Системное мышление в практике биолога и врача». М., УРСС, Т 1-2.
- Ларионова И.С. «Философия здоровья». М., Гардарики, 2007.
- Лидский А.Т. «Важнейшие заболевания периферических сосудов». М., Медгиз, 1958.
- Михайличенко П.П. «Вакуум-терапия в косметологии. Практическое руководство для массажистов». М., Наука и техника, 2007.
- Мугдусиев И.П. «Водолечение». М., Медгиз, 1951.
- Мэттсон П. «Регенерация - настоящее и будущее». М., МИР, 1982.
- Озерская О.С. «Рубцы кожи и их дерматокосметологическая коррекция», 2007.
- «Регуляторные механизмы регенерации». Под ред. Студицкого А.Н., Лиюзнера Л.Д., М., «Медицина», 1973.
- Саркисов Д.С., Пальцев М.А., Хитров Н.К. «Общая патология человека». М., Медицина, 1997.
- Струков А.И. «Патологическая анатомия». М., Медицина, 1966.
- Чалык Ю. В. «Концептуальная медицина». Издательство «Академия Естествознания», 2006.
- Чичагов Л.М. «Медицинские беседы». М., Аванти, 2006, Т. 1-2.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

Анамнез (от греч. *anamnesis* – воспоминание) – совокупность сведений о развитии болезни, условиях жизни больного, ранее перенесенных заболеваниях и т. п., собираемых с целью уточнения диагноза.

Ангиология – наука, изучающая кровеносную и лимфатическую системы.

Аорта – самая крупная артерия человека, по которой кровь идет от сердца.

Артериола – мелкая артерия, которая соединяет более крупную с капилляром.

Артерия – разновидность кровеносных сосудов с упругими мышечно-эластичными стенками, по которым кровь идет от сердца.

Бедренная вена – самая крупная вена верхней части бедра, собирающая кровь из глубоких вен ноги и большой подкожной вены; впадает в подвздошную вену в малом тазу.

Варфарин – солевой антикоагулянт, способствующий рассасыванию тромбов.

Варикоцеле – варикоз семенного канатика.

Венозный стаз – патологическое замедление и остановка тока крови по венам.

Венулы – мельчайшие вены, которые доставляют освобожденную от кислорода и обогащенную углекислым газом кровь в более крупные вены.

Вены – кровеносные сосуды, доставляющие кровь от органов и тканей к сердцу.

Воспаление – соединительнотканнный патологический процесс, характеризующийся покраснением, увеличением температуры, болью, отеком и нарушением функционирования.

Геморрой – варикозное расширение вен под слизистой оболочкой ануса.

Глубокие вены – вены, расположенные в прослойках соединительной ткани и мышц.

Дерматит – воспаление кожи, одно из осложнений варикоза.

Диагноз – определение причины, вызвавшей болезнь.

Индурация – патологическое уплотнение тканей.

Интерстициальный – расположенный внутри, между другими органами, тканями и элементами тканей.

Ишемия – недостаточное снабжение кровью какого-нибудь органа или ткани.

Капилляры – кровеносные сосуды, стенки которых состоят из одного слоя соединительнотканнных клеток.

Коагуляция – процесс свертывания крови.

Коммуникантные вены – вены, соединяющие между собой подкожные и глубокие подфасциальные вены.

Латентный – не проявляющийся явно.

Метаболизм – обмен веществ по кибернетической цепочке: субстрат – фермент – ко-фактор – продукт.

Миозит – воспаление мышц.

Некроз – омертвление - двухфазный процесс при начальной гибели соединительнотканной стромы, а затем - паренхимы. Гибель стромы может быть обратной.

Нижняя полая вена – венозный ствол, в который собирается кровь от всей нижней половины тела; начинается на уровне пятого поясничного позвонка при слиянии парных подвздошных вен, идет вверх с правой стороны от аорты и впадает в правое предсердие.

Облитерация – эволюционно предусмотренное сужение просвета сосудов.

Окклюзия – закупорка просвета сосуда тромбом, эмболом, инородным телом, в том числе кусочком внутренней выстилки артерии или вены.

Париетальный – относящийся к стенкам полости.

Периферический – поверхностный или отдаленный от центра.

Пигментация – накопление красящего вещества в коже, является осложнением варикозной болезни, его предъязвенного состояния.

Подвздошная вена – вена, проходящая в малом тазу от бедренной вены к нижней полой вене.

Подкожные вены – вены, расположенные в слое жировой клетчатки (рыхлая соединительная ткань) надфасциально, под кожей.

Полые вены – две самые крупные вены; верхняя полая, которая собирает кровь от всей верхней половины тела, и нижняя, куда поступает кровь от нижней половины; доставляют венозную кровь непосредственно к сердцу.

Перфоратные вены – соединяющие поверхностные и глубокие вены конечностей и проникающие сквозь поверхностную фасцию в подкожные вены.

Расширенные поверхностные вены – проявление варикоза в виде выступающих над кожей набухших поверхностных вен; различают варикоз цилиндрический, узловой, змеевидный.

Реваскуляризация – восстановление притока крови к органам и тканям.

Реканализация – восстановление тока крови в закупоренном тромбом сосуде. Респирация – процесс дыхания.

Симптом – признак, проявление болезни, отмечаемое у больного.

Синдром – совокупность симптомов, характеризующая определенное болезненное состояние.

Склероз – замещение фиброзной тканью эластичных структур, в результате чего происходит уплотнение ткани.

Склеротерапия (инъекционная терапия) – инъекции медикаментов в варикозно расширенные участки вен и «сосудистые звездочки», в результате чего просвет сосудов сужается.

Сосудистая система — совокупность всех сосудов: артерий, артериол, капилляров, вен, венул, лимфатических.

Телеангиэктазии — красноватые паутиноподобные линии, появляющиеся на коже при варикозном и целлюлитном чрезмерном расширении артериол и венул.

Терапия — основная отрасль медицины, занимающаяся преимущественно консервативным лечением (исключение составляют в основном диагностические манипуляции).

Тромбоз — образование тромбов в венах артериях, полостях сердца, мозга.

Тромбофлебит — воспаление венозных сосудов в связи с разнопричинным тромбообразованием в них.

Тромбоэмболия — перенос и закупорка просветов артерий, вен, полостей сердца оторвавшимся тромбом, жировым эмболом, инородным телом.

Фасция — питающе-очищающий слой соединительной ткани, окутывающий мышцы, мозг, нервы, кровеносные сосуды и все органы таза, живота и груди.

Фибрин — соединительнотканнный «сетевой» белок, возникающий при травме клеток и являющийся основой образования тромба при активном пропитывании его кровяными клетками.

Флебэктомия — хирургическая операция по удалению участка вены.

Флебит — воспаление вен.

Хроническая венозная недостаточность — болезненное состояние, при котором венозная система долгое время плохо справляется с основной функцией — доставкой крови к сердцу. Нередко ее причиной является варикозная болезнь.

Цианоз — синий и багровый оттенок кожи и слизистых при нехватке в крови кислорода.

Циркуляция — непрерывное движение крови от сердца к органам и обратно по большому и малому кругам кровообращения и лимфатической системе.

Шунт — врожденное или приобретенное ненормальное соединение сосудов.

Эмбол — син. эмболия; см. тромбоэмболия.

Экзема — кожное заболевание воспалительно-аллергической природы, при котором кожа краснеет, зудит, появляются пузыри; варикозная экзема развивается при длительно существующих и нелеченых варикозных расширениях.

Эмбол — кровяной сгусток, оторвавшийся от места формирования и влекомый потоком крови по всей кровеносной системе.

Эндотелий — слой клеток, выстилающий внутреннюю поверхность соединительнотканнных сосудов. Эндотелий — источник тканевой реструктуризации (замещения, восстановления, заживления, обновления тканей и органов).

Этиология — наука о системных причинно-временных основах болезней.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Иван Ильин

О призвании врача (из сборника «Путь к очевидности»)

Источник: www.miloserdie.ru

В былые годы вся наша семья в Москве лечилась у врача, которого мы все любили, как лучшего друга. Мы питали к нему безграничное доверие, и все-таки, как я вижу теперь, мы недостаточно его ценили... В дальнейшем тяжкая судьба, растерзавшая Россию, разлучила и нас с ним; и жизнь дала мне новый опыт в других странах. И вот, чем дальше уходило прошлое и чем богаче и разнообразнее становился мой жизненный опыт пациента, тем более я научался ценить нашего старого друга, тем более он вырастал в моих глазах. Он лечил своих пациентов иначе, чем иностранные доктора, лучше, зорче, глубже, ласковее... и всегда с большим успехом. И однажды, когда меня посетила болезнь, особенно длительная и с виду «безнадежная», я написал ему и высказал ему то, что лежало на сердце. Я не только «жаловался» и не только «вспоминал» его с чувством благодарности и преклонения, но я ставил ему также вопросы. Я спрашивал его, в чем состоит тот способ диагноза и лечения, который он применяет? И что этот способ присущ ему, как личная особенность (талант, умение, опыт?), или же это есть зрелый терапевтический метод? И если это есть метод, то в чем именно он состоит? Можно ли его закрепить, формулировать и сохранить для будущих поколений? Потому что «метод» означает «верный путь», а кто раз открыл верный путь, тот должен указать его другим...

Только через несколько месяцев получил я от него ответ: но этот ответ был драгоценным документом, который надо было непременно сохранить. Это было своего рода человеческое и врачебное «credo», исповедание веры, начертанное благородным и замечательным человеком. При этом он просил меня, — в случае, если я его переживу, — опубликовать это письмо, не упоминая его имени. И вот я исполняю ныне его просьбу, как желание покойного друга, и предаю его письмо гласности. Он писал мне.

«Милый друг! Ваше вопрошающее письмо было для меня сущою радостью. И я считаю своим долгом ответить на него. Но скажу откровенно: это было нелегко. Я уже стар и времени у меня, как всегда, немного. Отсюда эта задержка; но я надеюсь, что вы простите мне ее. У меня иногда бывает чувство, что я действительно мог бы сказать кое-что о сущности врачебной практики. Но нет спасения во многоглаголании... А отец мой всегда говаривал мне: «уловил, понял — так скажи кратко: а не можешь кратко, так помолчи еще немножко!»...

Однако обратимся к делу.

То, что Вы так любезно обозначили, как мою «личную врачебную особенность», по моему мнению, входит в самую сущность практической медицины. Во всяком случае, этот способ лечения соответствует прочной и сознательной русской медицинкой традиции.

Согласно этой традиции, деятельность врача есть дело служения, а не дело дохода; а в обхождении с больными – это есть *не обобщающее, а индивидуализирующее* рассмотрение, и в диагнозе мы призваны не к отвлеченной «конструкции» болезни, а к *созерцанию ее своеобразия*. Врачебная присяга, которую приносили все русские врачи и которую мы все обязаны русскому Православию, произносилась у нас с полною и благоговейною серьезностью (даже и неверующими людьми): врач обязывался к самоотверженному служению, он обещал быть человеколюбивым и готовым к оказанию деятельной помощи всякого звания людям, болезнями одержимым; он обязывался безотказно являться на зов, по советам помогать каждому страдающему; а XIII том Свода Законов (ст. 89, 132, 149 и др.) вводил его гонорар в скромную меру и ставил его под контроль.

Но этим еще не сказано самое важное, главное – то, что молчаливо предполагалось, как несомненное. Именно – *любовь*. Служение врача есть служение *любви и со-страдания*; он призван любовно обходиться с больным. Если этого нет, то нет главного двигателя, нет «*души*» и «*сердца*». Тогда все вырождается и врачебная практика становится отвлеченным «подведением» больного под абстрактные понятия *болезни* (*morbis*) и *лекарства* (*medicamentum*). Но на самом деле пациент совсем не есть отвлеченное понятие, состоящее из абстрактных симптомов: он есть *живое существо, душевно-духовное и страдающее*; он совсем *индивидуален* по своему телесно-душевному составу и совсем *своеобразен* по своей болезни. Именно таким должен врач *увидеть* его, постигнуть и лечить. Именно к этому зовет нас наша врачебная совесть. Именно таким мы должны полюбить его, как *страдающего и зовущего брата*.

Милый друг, это не преувеличение и не парадокс, когда я утверждаю, что мы должны любить наших пациентов. Я всегда чувствую, что если пациент мне противен и вызывает во мне не сострадание, а отвращение, то мне не удается *вчувствоваться* в его личность и я не могу лечить его как следует. Это отвращение я непременно должен преодолеть. Я должен *почувствовать* моего пациента, мне надо добраться до него и *принять его в себя*. Мне надо, так сказать, взять его за руку, войти с ним вместе в его «жизненный дом» и вызвать в нем *творческий, целительный подъем сил*. Но если мне это удалось, то вот – я уже полюбил его. А там, где мне это не удавалось, там все лечение шло неверно и криво.

Лечение, целение есть совместное дело врача и самого пациента. В каждом индивидуальном случае должно быть создано некое врачебно-целительное «мы»: он и я, я и он, мы вместе и сообща должны вести его лечение. А создать это возможно *только при взаимной симпатии*. Психиатры и невропатологи наших дней признали это теперь, как несомненное. При этом пациент, страдающий, теряющий силы, не понимающий своей болезни, зовет меня на помощь; первое, что ему от меня нужно, это сочувствие, симпатия, вчувствование – а это и есть живая любовь. А мне необходим с его стороны откровенный рассказ и в описании болезни, и в анамнезе, мне нужна его откровенность; я ищу его доверия – и не только в том, что я «знаю», «понимаю», «помогу», но особенно в том, что я *чую*

его болезнь и его душу. А это и есть его любовь ко мне, которую я должен заслужить и приобрести. Он будет мне тем легче и тем больше доверять, чем живее в нем будет ощущение, что я действительно принимаю бремя его болезни, разделяю его опасения и его надежды и решил сделать все, чтобы выручить его. Врач, не любящий своих пациентов... что он такое? Холодный доктринер, любопытный расспрашиватель, шпион симптомов, рецептурный автомат... А врач, которого пациенты не любят, к которому они не питают доверия, он похож на «паломника», которого не пускают в святилище, или на полководца, которому надо штурмовать совершенно неприступную крепость...

Это первое. А затем мне нужно прежде всего установить, что пациент действительно болен и действительно желает выздороветь: ибо бывают кажущиеся пациенты, мнимые больные, наслаждающиеся своею «болезнью», которых надо лечить совсем по-иному. Надо установить как бесспорное, что он *страдает и хочет освободиться* от своего страдания. Он должен быть готов и способен к *само-исцелению*. Мне придется, значит, обратиться к его внутреннему, сокровенному «самоврачу», разбудить его, войти с ним в творческий контакт, закрепить эту связь и помочь ему стать активным. Потому что в конечном счете всякое лечение есть *само-лечение* человека и всякое здоровье есть самостоятельное равновесие, поддерживаемое инстинктом и всем организмом в его совокупности...

Да, каждый из нас имеет своего личного «самоврача», который чует свои опасности и недуги, и молча, ни слова не говоря, втайне принимает необходимые меры: то гонит на прогулку, то закупоривает кровотокающую рану, то гасит аппетит (когда нужна диета), то посылает неожиданный сон, то прекращает перенапряженную работу мигренью. Но есть люди, у которых этот таинственный «самоврач» находится в загоне и пренебрежении: они живут не инстинктом, а рассудком, произволом или же дурными страстями — и не слушают его, и перестают воспринимать его тихие, мудрые указания; а он в них прозябает в каком-то странном биологическом бессилии, исключенный, загнанный, пренебреженный...

Без творческого контакта с этой самоцелительной силой организма можно только прописывать человеку полезные яды и устранять кое-какие легкие симптомы; но пути к истинному выздоровлению — не найти. Настоящее здоровье есть *творческая функция инстинкта самосохранения*; в нем сразу проявляется — и воля, и искусство, и непрерывное действие индивидуального «самоврача». А контакт с этим врачом добывается именно через чувствование, через верные советы, через оптимистическое ободрение больного и ласковую суггестию (своего рода «наводящее внушение»).

Отсюда уже ясно, что каждое лечение есть *совершенно индивидуальный процесс*. На свете нет одинаковых людей; идеи равенства есть пустая и вредная выдумка. Ни один врач никогда не имел дела с двумя одинаковыми пациентами или тем более с двумя одинаковыми болезнями. Каждый пациент единственен в своем роде и неповторим. Мало того: на самом деле нет таких «болезней», о которых говорят учебники и обыватели: есть только *больные люди* и каждый из них болеет по-свое-

му. Все нефритики – различны; все ревматики – своеобразны; ни один неврастеник не подобен другому. Это только в учебниках говорится о «болезнях» вообще и «симптомах» вообще; в действительной жизни есть только «больные в частности», т.е. индивидуальные организмы (утратившие свое равновесие) и страдающие люди. Поэтому мы, врачи, призваны увидеть каждого пациента в его индивидуальности и во всем его своеобразии и постоянно созерцать его, как некий «уникум».

Это значит, что я должен создать в себе – наблюдением и мыслящим воображением – для каждого пациента как бы особый «препарат», особый своеобразный «облик» его организма, верную «имаго»¹ страдающего брата. Я должен созерцать и объяснять его состояния, страдания и симптомы через этот «облик», я должен исходить из него в моих суждениях и всегда быть готовым внести в него необходимые поправки, дополнения и уточнения. Мне кажется, что этот процесс имеет в себе нечто художественное, что в нем есть эстетическое творчество; мне кажется, что хороший врач должен стать до известной степени «художником» своих пациентов, что мы, врачи, должны постоянно заботиться о том, чтобы наше восприятие пациентов было достаточно тонко и точно. Нам задано «вчувствование», созерцающее «отождествление» с нашими пациентами: и это дело не может быть заменено ни отвлеченным мышлением, ни конструктивным фантазированием.

Каждый больной подобен некоему «живому острову». Этот остров имеет свою историю и свою «предысторию». Эта история не совпадает с анамнезом пациента, т.е. с тем, что ему удается вспомнить о себе и рассказать из своего прошлого; всякий анамнез имеет свои естественные границы, он обрывается, становится неточен и проблематичен даже тогда, когда пациент вполне откровенен (что бывает редко) и когда он обладает хорошей памятью. Поэтому материал, доставленный анамнезом, должен быть подтвержден и пополнен из сведений, познаний, наблюдений и созерцания самого врача. Он должен совершить это посредством осторожного предположительного выпрашивания и внутреннего созерцания, но непременно в глубоком и осторожном молчании («про себя»). Так называемая «история болезни» (*historia morbi*) есть на самом деле не что иное, как вся жизненная история самого пациента. Я должен увидеть больного *из его прошлого*; если это мне удастся, то я имею шанс найти ключ к его *настоящей* болезни и отыскать дверь к его *будущему* здоровью. Тогда его наличная болезнь предстанет предо мною, как низшая точка его жизни, от которой может начаться подъем к выздоровлению.

Человеческий организм, как живая индивидуальность, есть таинственная система *самоподдержания, самопитания, самообновления*, — некая целокупность, в которой все сопринадлежит и друг друга поддерживает. Поэтому мы не должны ограничиваться одними симптомами и ориентироваться по ним. Симптомы, с виду одинаковые, могут иметь различное происхождение и совершенно различное значение в целостной жизни организма. Симптом является лишь поверхностным исходным пунктом; он дает исследователю лишь дверь, как бы вход в шахту. Он должен быть поставлен в контекст индивидуального организма, чтобы осветить его и чтобы быть освещенным из него.

Как часто я думал в жизни о том, что филологи, рассматривающие слово в отвлечении, в его абстрактной форме, в отрыве от его смысла, как пустой звук, — убивают и теряют свой предмет. И подобно этому обстоит у нас, у врачей. *Все живет в контексте* этого индивидуального, Богом созданного, органически-художественного сцепления, в живом контексте *этой* человеческой личности, с ее индивидуальным наследственным бременем, с ее субъективным прошлым, настоящим и органическим окружением. Сравнительная анатомия учит нас строить в синтетическом созерцании — по *одной* кости весь организм. Врачебный диагноз требует от нас, чтобы мы по одному верно наблюденному симптому — ощупью и чутьем, исследуя и созерцая, постепенно — построили всю индивидуальную систему дыхания, питания, кровообращения, рефлексов, внутренней секреции, нервного тонуса и повседневной жизни нашего пациента. Это органическое созерцание мы должны все время достраивать и исправлять на ходу всевозможными приемами: испытующими вопросами, которые ставятся мимоходом, без особого подчеркивания и отнюдь не пугают больного молчаливыми наблюдениями за его с виду незначительными проявлениями, движениями и высказываниями, молчаливыми прогнозами, о которых больной не должен подозревать, осмыслением его походки, анализом его крови и других выделений и т. д. Все это невозможно без вчувствования, и вчувствование невозможно без любви. Все это доступно только художественному созерцанию. И практикующий врач поистине может быть сопоставлен с «кинографическим» историком, исследующим одно, единственное в своем роде и его особенно заинтересовавшее «историческое явление».

Человек, вообще говоря, становится «тем», что он *ежедневно* делает или чего не делает. Пусть он только попробует прекратить необходимое ему движение или целительный сон — и из этих упущенных им «невесомостей» каждого дня у него скоро возникнет болезнь. Напротив, если он ежедневно хотя бы понемногу будет грести веслами или если он научится засыпать хотя бы на пять минут среди повседневной суеты, — то он скоро приобретет себе при помощи этих ежедневных оздоравливающих упражнений некий запас здоровья.

Поэтому здоровая, гигиеничная «программа дня», могущая постепенно восстановить утраченное равновесие организма, обещает каждому из нас исцеление и здоровье. Настоящее врачевание не просто старается *устранить* лекарствами известные неприятные и болезненные симптомы, нет, оно *побуждает организм, чтобы он сам преодолел эти симптомы и больше не воспроизводил их*. И точно так же дело не только в том, чтобы отвести смертельную опасность, но в том, чтобы выработать *индивидуально верный образ жизни* и научить пациента *наслаждаться им*. Эти слова точно передают главную мысль: настоящее «лекарство» — не горько, а сладостно, оно изобретается врачом для данного пациента, в особицу, и притом изобретается совместно с пациентом, оно должно вызвать у пациента жажду жизни, дать ему жизнерадостность и поднять на высоту его творческие силы. Здоровье есть равновесие и наслаждение. Лечение есть путь, ведущий от страдания к радости.

Есть поговорка: «подбирай не Сеньку по шапке, а шапку по Сеньке». Это и для всякой одежды и обуви. Это применимо и к лекарствам и к образу жизни. Нет всеисцеляющих средств; «панацея» есть вредная иллюзия. Нет такого «впрыскивания» и нет такого образа жизни, которые были бы всем на пользу. Если врач изобретает новое средство или новый образ жизни (напр., режим Кнейпа², или вегетарианство) и начинает применять его у всех пациентов – настаивая, экспериментируя, внушая и триумфируя – то он поступает нелепо и вредно. Я называю такое лечение «прокрустовым врачеванием», памятуя о легендарном разбойнике, укладывавшем всех людей на одну и ту же кровать: длинному человеку он обрубал «излишки», короткого он вытягивал до «нужной» мерки. Такие врачи всегда встречались, они попадают и теперь. Такой врач «любит» тех пациентов, которым его новое средство «помогает» – ибо они угождают его тщеславию и доходолюбию, а к тем, которым его мнимая «панацея» не помогает, он относится холодно, грубо или даже враждебно.

Утверждая все это, я совсем не отрекаюсь от всех наших лабораторий, анализов, просвечиваний, рентгеновских снимков, от наших измерений и подсчетов. Но все эти арифметические и механические подсобные средства нашей практики получают свое настоящее значение от верного применения: все это только начальные буквы нашего врачебного текста, это естественно-научная азбука наших диагнозов, но отнюдь еще не самый диагноз. Диагноз осуществляется в живом художественно-любовном созерцании страдающего брата, и врачебная практика есть индивидуально-примененное исследование, отыскивающее тот путь, который восстановил бы в нем утраченное им органическое равновесие.

Но это еще не все. Горе тому из нас, кто упустит в лечении *духовную проблематику* своего пациента и не сумеет считаться с нею! Врач и пациент суть духовные существа, которые должны совместно направить судьбу страдающего духовного человека. Только при таком понимании они найдут верную дорогу. Человек не гриб и не лягушка: энергия его телесного организма, его «соматического Я», дана ему для того, чтобы он тратил и сжигал его вещественные запасы в *духовной работе*. И вот есть люди, которые сжигают *слишком много* своей энергии и своих веществ в духовной работе – от этого страдают, и есть другие люди, которые пытаются истратить *весь запас* своих телесных сил и веществ – *через тело*, духом же пренебрегают – и от этого терпят крушение. Есть болезни воздержания (аскеза) и болезни разнуздания (перетраты). Есть болезни пренебреженного и потому истощаемого тела; и есть болезни пренебреженного и потому немощного духа. Врач должен все это установить, взвесить и найти индивидуально-верное решение, и притом так, чтобы пациент этого не заметил. Нельзя лечить тело, не считаясь с душой и духом, но дух очень часто и знать не желает о том, что его «лечат»... Поэтому каждый из нас, врачей, должен иметь доступ ко многим тонкостям душевных болезней, всегда иметь при себе «очки» нервного врача и применять их осторожно и молчаливо...

Только на этом пути мы можем осуществить синтетическое, творчески живое диагностическое созерцание и врачевание. Только так мы по-

стигнем страдание нашего пациента в его органической целокупности и сумеем верно облегчить его таинственную болезнь.

Милый друг! Я бы хотел вручить Вам эти отрывочные замечания как своего рода «исповедание» старого русского врача. Это не мои выдумки. Я только всю жизнь применял эти правила и теперь выговорил их. Они укоренены в традициях русской духовной и медицинской культуры и должны быть переданы по возможности новым подрастающим поколениям русских врачей. А так как я наверное завершу мой земной путь раньше Вас, то прошу Вас об одолжении: сохраните мое письмо и опубликуйте его после моей смерти там и тогда, когда Вы признаете это целесообразным. Но не называйте при этом моего имени, потому что, правда же, дело не в имени, а в культурной традиции русского врача. Да и времена теперь такие, что всякое неосторожно названное имя может погубить кого-нибудь».

Письмо заканчивалось дружеским приветом и полною подписью. А мне оставалось только исполнить просьбу моего старого друга, что я ныне и делаю.

¹ Имаго (лат.) – образ, подобие.

² Кнейп Себастьян (1821–?) — немецкий католический священник. Будучи больным, прибег к водолечению. С течением времени выработал собственную систему оздоровления с помощью воды и водных процедур, которую широко применял при лечении и профилактике многих заболеваний обращавшихся к нему людей.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ. Соединительнотканная теория как парадигма медицинских и биосоциальных исследований человека 21 века	3
Какова «цена» варикоза?	11
Лечение ли то, что считается лечением?	12
Что такое выздоровление?	13
Строение венозной системы нижних конечностей	18
Основные белки соединительной ткани - коллаген и эластин.	23
Почему кровь течет к сердцу, преодолевая силу тяжести?	26
Факторы, являющиеся пусковыми в развитии варикозной болезни.	27
Значение капиллярной системы.	31
Помогает ли хирургическое лечение?	35
История операционного лечения варикоза	36
Осложнения ПОСЛЕ операций	37
Неожиданные варианты осложнений после склеротерапии	38
Лечить или излечивать?	40
Неоспоримые факты.	42
Что происходит с варикозно измененной веной при отсутствии какого бы то ни было лечения.	43
Рекомендации пациентам после операции по поводу варикозной болезни.	45
Обоснованы ли надежды на медикаментозную терапию	48
Основные механизмы эластичной компрессии.	50
Регенерация стенки вены.	58
Основные механизмы, приводящие к эффективности Душа Алексеева.	62
Механизм восстанавливающего действия гидромассажа с помощью душа Алексеева.	66
Гидромассаж ног при варикозном расширении вен и хронической венозной недостаточности.	72
Рекомендуемая литература.	75
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ	76
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Иван Ильин «О призвании врача».	79

Контакты с авторами:

Доктор медицинских наук, специалист по хирургии и терапии сердечно-сосудистой, гастроэнтерологической и костно-суставной патологии; лимфолог, ангиолог, иммунолог. Автор более 200 печатных работ и патентов, в том числе 21 монографии, четырехтомного руководства «Интегративная соединительнотканная медицина», двухтомного руководства «Системное мышление в практике биолога и врача»

Алексеев Александр Алексеевич

Телефоны в Москве:

8 499 612 66 71

8 499 612 55 51

E-mail: alexeev_aa@bk.ru

КОНСУЛЬТАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ, использованию душа Алексева, приобретению книг по соединительнотканной интегративной медицине и биологии.

Физиолог, психолог

Заворотинская Наталья Вячеславовна

Тел. 8 926 611 44 58, 8 906 395 57 55

E-mail: nika_z@bk.ru

ООО НПП «Гидриатика» (до 02.06.2008 г. – ООО «Роксолана»): оптовая и розничная продажа гидромассажера «Душ Алексева», книг серии «Соединительнотканная медицина, психология и педагогика»

Сайт: душ-алексева.рф

E-mail: hidriatika@bk.ru