



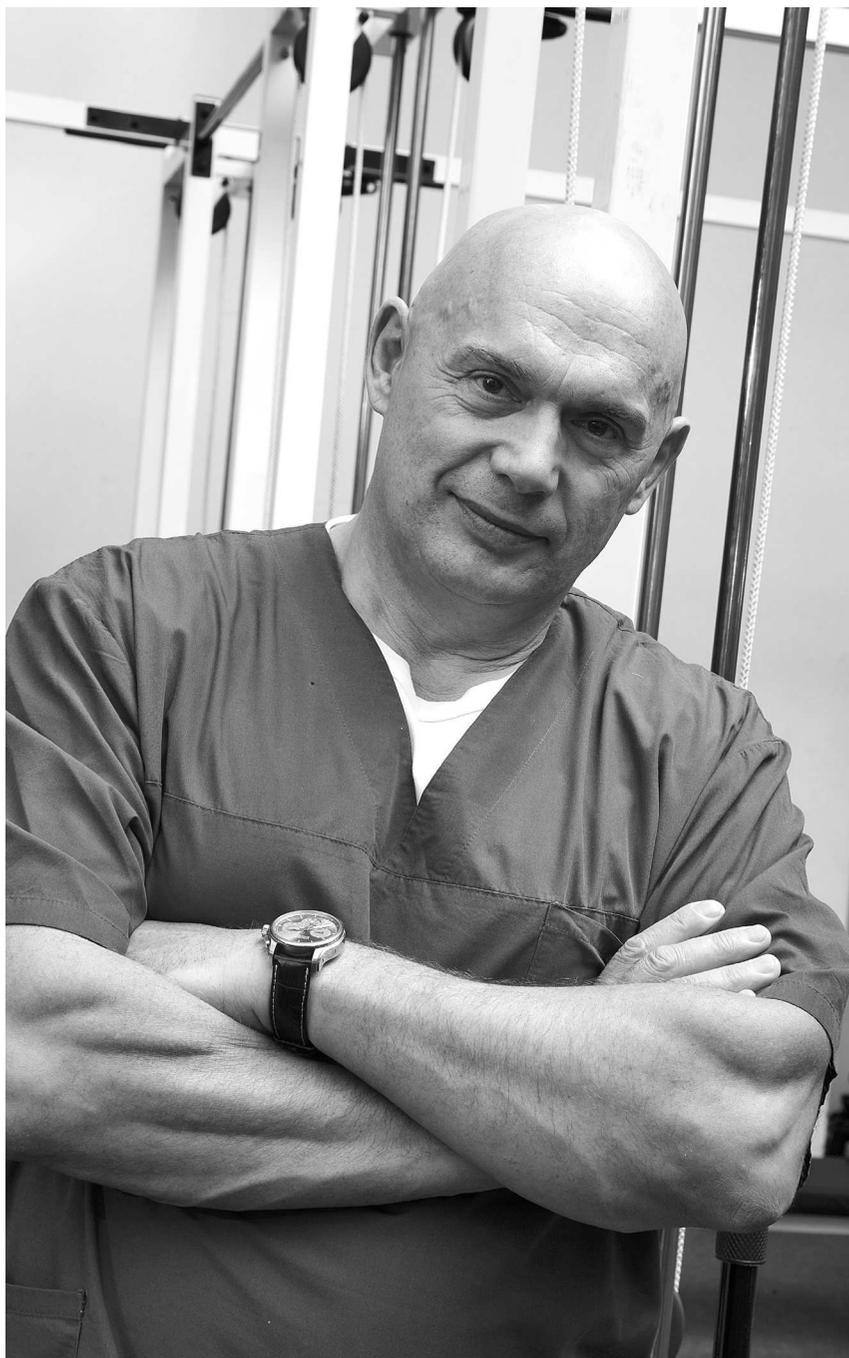
# СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ, ИЛИ СТРАХИ, РОЖДАЕМЫЕ ДИАГНОЗОМ . . . . .	6
АДАПТАЦИЯ. БОЛЕТЬ ИЛИ НЕ БОЛЕТЬ . . . . .	11
АДАПТАЦИЯ К БОЛЕЗНИ (СО ЗНАКОМ МИНУС) . . . . .	11
АДАПТАЦИЯ К ЗДОРОВЬЮ (СО ЗНАКОМ ПЛЮС) . . . . .	11
АНОМАЛИЯ КИММЕРЛИ. . . . .	14
АРТРОЗ — ОТРЕЗАТЬ ИЛИ СОХРАНИТЬ. . . . .	16
ПРИМЕРЫ ИЗ ПРАКТИКИ ЦЕНТРА ДОКТОРА БУБНОВСКОГО . . . . .	25
АТЕРОСКЛЕРОЗ . . . . .	34
ПРИСЕДАНИЯ. . . . .	37
ВТОРОЙ «ЭТАЖ» ТЕЛА — ЗАЩИТА ДЛЯ ОРГАНОВ . . . . .	40
ТРЕТИЙ «ЭТАЖ» ТЕЛА, ИЛИ О ПОЛЬЗЕ ОТЖИМАНИЙ . . . . .	42
АТРОФИЯ МЫШЦ — С ЧЕГО НАЧИНАЕТСЯ СТАРОСТЬ (ИЛИ ДРЯХЛОСТЬ ТЕЛА). . . . .	49
АОРТА, ИЛИ С ЧЕГО НАЧИНАЕТСЯ ЗДОРОВЬЕ (ЗНАК ПЛЮС) ИЛИ БОЛЕЗНЬ (ЗНАК МИНУС) . . . . .	51
АППЕТИТ И ЛИШНИЙ ВЕС. КУЛЬТУРА ПРИЕМА ПИЩИ. СКОЛЬКО НАДО ПИТЬ . . . . .	52
БАЛЬНЕОТЕРАПИЯ. . . . .	55
БАНЯ РУССКАЯ (ИЛИ САУНА ПО ПРАВИЛАМ РУССКОЙ БАНИ). ЛОМАЕТ ОСТРОТУ, ХОД И РАЗВИТИЕ ЛЮБОЙ БОЛЕЗНИ . . . . .	56
БОЛЕЗНЬ БЕХТЕРЕВА — ЕЩЕ НЕ ВСЕ ПОТЕРЯНО! . . . . .	62
КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА НА МТБ . . . . .	65
БОЛИ АДАПТИВНЫЕ, БОЛИ В СПИНЕ И СУСТАВАХ, ГОЛОВНЫЕ БОЛИ . . . . .	85
БОЛИ АДАПТИВНЫЕ. . . . .	85
БОЛИ В СПИНЕ . . . . .	86
ХОДЬБА НА ЧЕТВЕРЕНЬКАХ . . . . .	94
БОЛИ ГОЛОВНЫЕ . . . . .	100
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И ДРУГИЕ ХОБЛЫ. ДЫШАТЬ НОРМАЛЬНО ИЛИ ЧЕРЕЗ ИНГАЛЯТОР? . . . . .	103
ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН . . . . .	110

<b>ВОДА. СКОЛЬКО, КАК И КАКУЮ ПИТЬ ВОДУ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ</b> . . . . .	<b>113</b>
<b>ГИДРОТЕРАПИЯ (ВОДОЛЕЧЕНИЕ) — ОДНО ИЗ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ</b> . . . . .	<b>120</b>
<b>ГРЫЖА МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА (МПД)</b> . . . . .	<b>126</b>
<b>ПРИМЕРЫ ИЗ ПРАКТИКИ     ЦЕНТРА ДОКТОРА БУБНОВСКОГО.</b> . . . . .	<b>134</b>
<b>ГРЫЖА ШМОЛЯ И ДРУГИЕ НЕОЛОГИЗМЫ НЕВРОЛОГИИ</b> . . . . .	<b>145</b>
<b>ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЕ В САНАТОРИЯХ И СПА-САЛОНАХ. ЗАКОНЫ ПРАВИЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕПЛОВЫХ ПРОЦЕДУР</b> . . . . .	<b>147</b>
<b>РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕЛЕЙ, МАЗЕЙ,     БАЛЬЗАМОВ, КРЕМОВ И ГРЯЗЕВЫХ АППЛИКАЦИЙ     В МЕДИЦИНЕ</b> . . . . .	<b>149</b>
<b>ТЕХНОЛОГИЯ ПОСТУПЛЕНИЯ     ПИТАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ КЛЕТКУ</b> . . . . .	<b>154</b>
<b>КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ НОГ</b> . . . . .	<b>158</b>
<b>КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ     ДЛЯ МЫШЦ БРЮШНОГО ПРЕССА.</b> . . . . .	<b>162</b>
<b>КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ     ИНСУЛЬТ (ИНФАРКТ) МОЗГА. ЧТО ДЕЛАТЬ?</b> . . . . .	<b>172</b>
<b>ПРИМЕРЫ ИЗ ПРАКТИКИ     ЦЕНТРА ДОКТОРА БУБНОВСКОГО.</b> . . . . .	<b>173</b>
<b>КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ, РЕКОМЕНДУЕМЫХ     В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОСТРОГО     НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ОНМК)</b> . . . . .	<b>179</b>
<b>II ЭТАП (2–3 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ОНМК)</b> . . . . .	<b>196</b>
<b>III ЭТАП (В ТРЕНАЖЕРНОМ ЗАЛЕ).</b> . . . . .	<b>218</b>
<b>КИСТА БЕЙКЕРА ЛЕЧИТСЯ БЕЗ ОПЕРАЦИИ</b> . . . . .	<b>223</b>
<b>КОМПРЕССИОННЫЙ ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНОЧНИКА</b> . . . . .	<b>229</b>
<b>ПРИМЕРЫ ИЗ ПРАКТИКИ ЦЕНТРА ДОКТОРА БУБНОВСКОГО</b> . . . . .	<b>231</b>
<b>МЕЖРЕБЕРНАЯ НЕВРАЛГИЯ</b> . . . . .	<b>239</b>
<b>МЕНИСК</b> . . . . .	<b>241</b>
<b>ОСТЕОПОРОЗ. НУЖНО ЛИ ПРИНИМАТЬ КАЛЬЦИЙ?</b> . . . . .	<b>249</b>
<b>ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНЫЙ ПЕРИАРТРИТ, ИЛИ БОЛИ В ПЛЕЧЕ</b> . . . . .	<b>252</b>
<b>ПРИМЕРЫ ИЗ ПРАКТИКИ     ЦЕНТРА ДОКТОРА БУБНОВСКОГО.</b> . . . . .	<b>256</b>

КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЙ В ПЛЕЧЕВОМ СУСТАВЕ . . . . .	257
ПЛОСКОСТОПИЕ. ПЯТОЧНАЯ ШПОРА. ХАЛЮС-ВАЛЬГУС . . . . .	268
ПРОСТАТИТ . . . . .	273
КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОСТАТИТА . . . . .	275
РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ . . . . .	282
ПРИМЕРЫ ИЗ ПРАКТИКИ ЦЕНТРА ДОКТОРА БУБНОВСКОГО . . . . .	294
КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ ПОЯСА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ . . . . .	295
УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ ПОЯСА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. . . . .	299
СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА . . . . .	304
СИРИНГОМИЕЛИЯ. . . . .	307
ПРИМЕРЫ ИЗ ПРАКТИКИ АВТОРА . . . . .	310
СУДОРОГИ . . . . .	311
ТРАВЛЕНИЕ . . . . .	313
НЕКОТОРЫЕ РЕЦЕПТЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И НЕ ТОЛЬКО . . . . .	316
РЕЦЕПТЫ ПРИ СУСТАВНЫХ БОЛЯХ . . . . .	318
РЕЦЕПТЫ ПРИ СКЛЕРОЗЕ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ДЕМЕНЦИИ, НЕРВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ . . . . .	319
КАК СОБИРАТЬ СЕМЕНА И ПЛОДЫ . . . . .	320
ПРО КОРНИ ДЕРЕВЬЕВ И ШИШКИ . . . . .	321
ТРЕНАЖЕРЫ ЛЕЧЕБНЫЕ И ОБЩЕОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ . . . . .	323
ТРЕНАЖЕРЫ, РАЗЛИЧАЮЩИЕСЯ ПО СПОСОБАМ ОТЯГОЩЕНИЯ . . . . .	324
ХОЛКА . . . . .	327
ХРУСТ. . . . .	329
ЗАКЛЮЧЕНИЕ. . . . .	331
ПРИЛОЖЕНИЕ . . . . .	332

# **ПРЕДИСЛОВИЕ, ИЛИ СТРАХИ, РОЖДАЕМЫЕ ДИАГНОЗОМ**



Человек заболел и болезнь проявляет себя разными симптомами, которые, при неправильной интерпретации диагноза, а, следовательно, неправильном лечении, постепенно перерождается в синдром\*, так и появляется хронический больной, в простонародье — «хроник», который постоянно жалуется на плохое самочувствие, боли, высокую (или субфебрильную 37,2–37,6 °С) температуру тела, высокое давление, сахар — тоже высокий и т.д. и т.п. При этом этот хроник постоянно принимает выписываемые ему врачом таблетки, периодически проходит лечение в стационаре, даже в санатории, но продолжает болеть, не видя просвета. Ему уже присваивают инвалидность по общему заболеванию, и он постепенно переходит в категорию ипохондрика. То есть, уже не может не жаловаться на свое состояние и со временем начинает получать от этого удовольствие. Ещё бы — его все жалеют, спрашивают о его состоянии, и он охотно делится «своими переживаниями» даже в том случае, когда объективных симптомов болезни нет. Привык... Он уже не чувствует, что надоел окружающим и даже близким родственникам, которым можно только посочувствовать, так как они тоже не знают, что делать со своим «больным родственником». Если перестают обращать внимание на его стоны и жалобы — найдёт других «слушателей». Часто эта история начинается с неправильно поставленного или интерпретированного диагноза... Антон Павлович Чехов сказал по этому поводу: «Люди часто и с удовольствием рассказывают окружающим о своих болезнях, меж тем, это самое неинтересное, что есть в их жизни».

В наше время появляется все больше диагнозов, один страшнее другого, на одно и то же заболевание или один и тот же синдром. И это уже породило новую эпидемию — «ятрогению», о которой автор неоднократно упоминает в своих книгах-монографиях. Ятрогения — болезнь от лечения, в буквальном переводе. В России есть поговорка: «Не полечишься — и пока лечишься». Может быть слишком, но доля смысла в этом есть, когда человек с какими-либо жалобами впервые обращается в поликлинику. И вот здесь его и ожидает первая подводная мина — неправильный диагноз, или неправильно интерпретированные жалобы. Не всегда виноваты врачи, особенно в поликлинике, где времени на обследование им выделено

---

\* Несколько симптомов, объединяющихся в болезнь.

слишком мало. В среднем 12 минут. Раньше было 8 минут. Поэтому больного при обращении врач сразу посылает в соседний кабинет на ЭКГ, рентген, МРТ, биохимию и так далее. На сбор дополнительных сведений уходит уже не 12 минут, а несколько дней, а то и недель. Пройдя все тернистые пути (мы говорим не про неотложные состояния), пациент с грудой исследований возвращается к врачу, который направил больного на сбор этих «диагностических постулатов», а у врача просто нет времени разбираться в них, и он пишет что-то общее от каждого исследования и вносит их скопом в анамнез больного (историю болезни). И с этим списком уже новых болезней, которые определены узкими специалистами по диагностике, больной идет дальше по жизни, принимая те лекарственные средства (таблетки и даже внутримышечные и внутрисосудистые инъекции), которые ему выписал врач, к которому он обратился в самом начале. Между тем, все эти дополнительные обследования в конце заключения специалиста имеют некое пояснение: «Данное заключение не является диагнозом и должно быть интерпретировано лечащим врачом»!

Это важно понимать! И вот добрались, наконец, до лечащего врача, который привычно вписывает все симптомы и результаты исследований в «диагноз при поступлении», то есть в историю болезни. Он имеет на это полное право — написать какой-то общий диагноз и выписать какие-то лекарства, после чего отпускает больного домой, если к этому времени не возникла необходимость немедленной госпитализации. Что этим хочется подчеркнуть? Диагноз-то не поставлен! Каждое заключение в отдельности диагнозом не является. Они все лишь возможная часть диагноза, и к истинной проблеме человека не всегда имеют прямое отношение. И что самое интересное, эти случайно (именно так!) найденные изменения в организме человека, будь то биохимические, рентгенологические или даже кардиологические, не дают полной картины болезни, нет их полноценной интерпретации. Никто не собирает полноценный анамнез — как и чем живет этот человек? Что он делает для здоровья? Ведет ли здоровый или хотя бы частично здоровый образ жизни, или позволяет себе и курить, и выпивать? Малоподвижен, много сидит без движения (офисный сотрудник, ювелир, музыкант и т.д.)? Как работают его мышцы, сухожилия и связки позвоночника, суставов? Обладает ли он хоть какой-нибудь выносливостью?

Между тем, скелетная мускулатура составляет 50–60% от веса тела человека! И ее исследование не вызывает ни диагностический, ни лечебный интерес даже у невропатологов и мануальных терапевтов, к которым обращается большинство пациентов с болью в спине или суставах. Надо заметить, что заболевания опорно-двигательной системы очень распространены среди населения. Не будем говорить о болезнях, которые чаще всего приводят к летальному исходу. Здесь, конечно, первенствуют заболевания сердечно-сосудистой системы или сердечная недостаточность. Хотя?

Дело в том, что подавляющее число хронических заболеваний человека, связанных с проблемой плохо работающих кровеносных и лимфатических сосудов, неврологических и ревматологических заболеваний, внутренних заболеваний (висцеральных) и многих других имеют в своем «зачатке» мышечную недостаточность! Ведь «мышца — это орган, в котором (ед. число) помимо мышечных волокон содержатся другие компоненты: соединительно-тканые прослойки и фасции, а в соединительно-тканых прослойках — сосуды и нервы». Во всяком случае, так написано в учебнике «Гистологии, цитологии и эмбриологии» С.Л. Кузнецова и Н.Н. Мушкмбаева (МИА, Москва, 2012). Если врачи заглянут в этот учебник, то многое переосмыслят, особенно, если дело касается заболеваний сердечно-сосудистой системы, «венцом» которых является ИБС с последующим (при некорректном лечении) инфарктом миокарда. Хочется внести интерпретацию в этот диагноз — ишемическая болезнь сердца. Это недостаток кровотока и, соответственно, недостаток доставки кислорода к миокарду. А за кровотоки отвечают в нашем организме скелетные мышцы, выполняющие главную свою функцию — гемодинамическую, то есть отвечают за скорость и объем кровотока! Где у кардиологов исследования состояния скелетной мускулатуры, составляющей, как уже говорилось, 50% от веса тела (у спортсменов и того больше)? А зачем, если появились новые кардиохирургические корректоры — стенты, шунты и прочие протезы на сосуды?

Заболевания из группы болезней позвоночника и суставов по международной классификации болезней (МКБ-10) в своей основе имеют дистрофические изменения. А дистрофия — это недостаток поступления микроэлементов, кислорода и воды к позвонкам и суставам. И за эту «поставку-доставку» также отвечают мышцы

(скелетные), которых не видно на МРТ, КТ и Rg. О других недоговоренностях между болезнью и лечением, то есть как минимум о недостаточной диагностике основных заболеваний среднестатистического больного, автор постарается поговорить в этой книге, анализируя смысл общепринятых диагнозов. Самое интересное, что всю книгу читать не обязательно. Достаточно открыть нужную букву, с которой начинается название интересующего вас заболевания. Например, «протрузия позвоночника». Открываете букву «П». А дальше — по интересу. Одним словом, это даже не «Азбука здоровья», а «Азбука нездоровья». Можно и так. Но если есть «болезнь», то где-то есть и «здоровье». Если есть «да», то есть и «нет». Чтобы не погрузиться в пучину болезни, связанную зачастую с некорректными диагнозами, а точнее некорректной интерпретацией этих диагнозов, возьмите книгу. Пусть она станет для вас навигатором по больничным траекториям и выведет все-таки на траекторию здоровой жизни. В этой книге попробуем разобраться в, казалось бы, привычных и понятных терминах, но с необычной стороны. А именно с медицинской. Это может помочь и многим людям разобраться в своих проблемах при потере здоровья.

Предупрежден — значит спасен!

*С.М. Бубновский,*  
д.м.н., профессор

# АДАПТАЦИЯ. БОЛЕТЬ ИЛИ НЕ БОЛЕТЬ

*Адаптация — явление или врожденное свойство биологических систем, обеспечивающих приспособляемость организма человека к новым для него условиям существования и жизнедеятельности (общепринятое объяснение).*

## Адаптация к болезни (со знаком минус)

Это привыкание к болезни или ипохондрия. Человек не думает и не анализирует причину появления первых болезненных симптомов и начинает почти с удовольствием пользоваться первым же рецептом лекарства «от болезни», которое не излечивает, но человек привыкает к нему, адаптируется и живет вместе с болезнью, со временем добавляя новые лекарства, а вместе с ними новые болезни. Сродни токсикомании, так как любое лекарство имеет побочные воздействия на другие органы. Как правило токсические. Каждый раз, просматривая назначенные лекарства больному, прошедшему какое-либо лечение в стационаре, поражаешься «живучести» нашего организма, способного адаптироваться к лекарствам в таком количестве.

Таким образом, адаптация к болезни — это способ существования организма в экстремальных условиях внутренней среды, заполненной выделениями больных органов и тканей без возможности выведения их наружу. Достигается собственной ленью, воспитанным страхом перед болезнью и нежеланием думать о последствиях саморазрушения.

## Адаптация к здоровью (со знаком плюс)

Когда мы говорим о здоровье, то есть о физической адаптации, всегда имеем в виду высокое качество здоровья, иначе говоря — умение быстро адаптироваться к новым физическим факторам внешней и внутренней среды характеризует здорового человека. Такой человек достаточно легко переносит холод, голод и жару.

Но такая адаптация требует тренировки, собственных сознательных действий для повышения сопротивляемости организма к внешним неблагоприятным факторам среды — например, регулярного закаливания. Для этой цели я бы предложил самый доступный, но психологически сложный для многих людей способ — холодный душ или ванну с холодной водой каждое утро. Обязательно с головой, но не дольше 5–10 секунд. Без какого-либо предварительного «разогревания» — горячей водой перед холодной или гимнастикой. На смесителе включать только «синий» кран. Да, вот так, сразу. После длительной жизни в тепле, в болезнях типа ОРЗ и малым, и старым. Причем для детей такой способ адаптации наиболее прост и эффективен.

Ведро холодной воды на голову, моржевание, закал-бег (только в майке и трусах круглый год) — это способы закаливания, достаточно сложные и технически, и практически, тогда как 5–10 секунд в ванне с холодной водой — абсолютно безопасный для организма способ.

Что дает адаптация к холоду? Это:

- спокойное, без страха, проживание в среде больных различными формами гриппа без применения вакцин;
- выработка организмом протеинов теплового шока, которые уничтожают воспалительные клетки при самых различных заболеваниях, например, заболеваниях суставов и позвоночника, ОРЗ, ангине и даже болях в животе. А также эти хит-шоковые протеины препятствуют образованию онкологических клеток;
- прекрасный способ профилактики, а во многих случаях даже лечения сердечно-сосудистых заболеваний, например, артериальной гипертензии или гипертонической болезни при самых высоких значениях (220/120 мм рт. ст.);
- тренировка системы терморегуляции организма, так как в ответ на внешний холод усиливается скорость и объем кровотока, который «согревает» организм;
- психологическая устойчивость, то есть вера в себя и собственные силы, преодоление синдрома хронической усталости и даже депрессии;

- мгновенное преодоление обязательных мышечных болей после первых тренировок по любой гимнастической или тренажерной программе.

Перечисление этих факторов восстановления и поддержания здоровья благодаря развитой и воспитанной собственными усилиями адаптации организма достойно того, чтобы более внимательно отнестись к закаливанию.

Для этого требуется соблюдение следующих условий:

- 1) регулярность (то есть ежедневно, несмотря на состояние и наличие каких-либо вышеперечисленных заболеваний). Самая холодная пресная вода в природе +4 °С (в проруби, в колодце);
- 2) преодоление страха выполнения этой процедуры при острых респираторных заболеваниях с высокой температурой (до +40 °С), так как при подобной температуре тела за 5 секунд «переохладиться» просто невозможно. Правда, в таких случаях после приема холодной ванны или душа лучше лечь в теплую постель и пропотеть. Принимать холодную ванну в «острый» день нужно каждые 4 часа (с головой), несмотря на лихорадку (озноб и «стук зубами»). И прежде чем испугаться холодной воды, подумайте о всех положительных факторах, которые вы приобретете в ответ на дружбу с ней.

Погружаясь в ванну с холодной водой, всегда думайте о результатах после нее.

**Адаптация к факторам внешней среды, достигаемая волевым преодолением страха и лени, — показатель здоровья человека и высокого качества жизни.**

# АНОМАЛИЯ КИММЕРЛИ

*Автор считает, что большинство аномалий, которые находят порой случайно, в 20–30 лет после рождения, не являются причиной болезней. В данном случае — это наличие дополнительной костной дужки, которая якобы сдавливает позвоночные артерии, а может и не сдавливает?*

Это искусственный диагноз, то есть не болезнь и не причина болезни, потому что избыточное или, наоборот, недостаточное развитие костных тканей влияло бы на сосудистую систему всю жизнь, с первых дней, и давало бы об этом знать клиникой — криками, стонами, бессонницей. Если бы человеку с подобными симптомами провели хирургическую коррекцию, после которой болезнь исчезла бы, тогда, возможно, эту аномалию можно было бы считать фактором болезни. Но в данном случае речь идет уже о взрослом человеке. Сложно сказать, какой это человек по образу жизни, по конституции, по здоровью, потому что шум в голове, головокружения, тошнота могут быть признаком ряда других заболеваний.

**В это трудно поверить, но наш мозг (всего 2% от общего веса тела человека) потребляет 25% всего поступающего в организм кислорода!**

Я считаю, что большинство заболеваний, вызванных недостаточным кровоснабжением головного мозга, связаны не с какими-то аномалиями, а с образом жизни, то есть с недостаточной или неправильной физической работой. И в таком случае надо проанализировать именно образ жизни в целом.

Что касается вращательных движений головой, я никогда не рекомендовал подобные упражнения даже людям без аномалии Киммерли. Достаточно поворотов головы во время выполнения других упражнений, чтобы мышцы шеи тренировались и помогали кровотоку. В йоге, например, есть упражнение «стойка на голове». Я не считаю его вредным, если человек здоровый. Но многие

головокружения и шумы в голове, приводящие к атеросклерозу сосудов и другим неприятным ощущениям, нужно лечить другими упражнениями.

Я советую упражнения в антигравитационном режиме. В таком случае усиливается кровоток от ног к голове и, соответственно, улучшается кровообращение сосудов головного мозга. Поэтому не надо крутить головой, чтобы его улучшить. Такими вращениями можно ухудшить состояние межпозвонковых дисков человеку с остеохондрозом шейного отдела позвоночника. Лечебный эффект достигается при помощи аэробных упражнений — плавание, ходьба, бег, велосипед — или на тренажерах, заменяющих эти аэробные нагрузки. Даже здоровому человеку я не рекомендую обращаться к мануальным терапевтам по поводу вправления разного рода дефектов, типа аномалии Киммерли, с которыми человек уже прожил 20 лет и которые существенно не влияли на его жизнь.

В кинезитерапии есть много интересных антигравитационных упражнений — «басс», «березка», «жим ногами», — позволяющих улучшать кровоток в сосудах мозга. Но у нас нет никаких вращательных упражнений головой. Лучше сделать массаж воротниковой зоны после упражнений. Ведро холодной воды после занятий на голову и др. Это поможет постепенно избавиться от шумов и головокружений... На это может потребоваться много времени, может, и вся оставшаяся жизнь, что в общем-то не плохо — мотивация к здоровому образу жизни. Во всяком случае это лучше, чем страдание от старческого слабоумия, к которому ведет склероз сосудов мозга. Причем незаметно для человека... Подумайте над этим!

## АРТРОЗ — ОТРЕЗАТЬ ИЛИ СОХРАНИТЬ

*Артроз — самое встречаемое заболевание суставов. Корень всех названий один: артр (arthr) — сустав. Даже всевозможные мази, якобы снимающие боли в суставах, имеют этот корень (например, артрум). Различие лишь в локализации артроза, например, артроз тазобедренного сустава называют коксартроз (coxarthrosis). Артроз коленного сустава — gonarthrosis, или гонартроз. Артрит коленного сустава является тоже с приставкой «гон» (gonitis, gonit) — воспаление коленного сустава.*

Пожалуй, это самые распространенные формы артрозов. В МКБ-10 их принято называть **деформирующими артрозами**. И это диагнозы со знаком минус. Но, к великому сожалению, рентгенологи в последнее время все боли в суставах стали называть артрозами. Разве что добавляют степени разрушения — I, II, III, IV, и не делают дифференциации между артритами и артрозами. Между тем, это серьезная разница в прогнозе лечения. При артритах коленных и тазобедренных суставов суставная щель конгруэнтна. То есть на снимках не видно деформации. И при дифференциальной диагностике кинезитерапевты (школа Бубновского) это обнаруживают! В таком случае сустав можно спасти от эндопротезирования или хирургической замены его на имплант! Т.е. артрит — диагноз со знаком плюс. Чувствуете разницу?! Но буквально всем пациентам, приходящим в кабинет рентгенографии с болями в суставах, ставят диагноз — артроз. Почему? Скорее всего потому, что при диагнозе «артроз» — назначаются довольно дорогостоящие хирургические лечебные процедуры, от артропластики и артротомии до удаления менисков и самого сустава, или артроскопической «чистки» сустава (достаточно «любопытная» процедура, словно сустав — это какой-то подшипник, который можно смазать, почистить, не вынимая его из суставной сумки). Но все эти методы в последующем приводят к необходимости в недалеком будущем к замене сустава, что много дороже, хотя и проводится по квоте. Больница свои деньги получит из бюджета. Дело в том, что эти так называемые «малокровные» операции проходят с повреждением герметичности суставной капсулы. Это в дальнейшем и приводит к развитию артроза, то есть — дефор-

мации сустава. А дальше — тотальное эндопротезирование. Но если бы проводилась дифференциальная диагностика, как это делается в центрах Бубновского, многие суставы можно было бы спасти от замены (подробности в книге «Болят колени — что делать»).

Что можно пожелать людям, впервые испытавшим боли в тазобедренных суставах? Естественно, помнить, что аксиомой жизнеспособности каждого сустава является целостность их мышц и связок, которые и обеспечивают суставы суставной (синовиальной) жидкостью. На языке автослесаря\* — смазкой.

Если человек — машина, то суставы — подшипники, которые необходимо регулярно «смазывать», чем и занимаются мышцы и сухожилия суставов. А жизнь этих «элементов» машины, в свою очередь, зависит от их насосной функции — сокращение-расслабление (Г. Шелтон), то есть от упражнений, регулярно выполняемых — ТО (техосмотр). Можно предложить четыре упражнения для поддержания жизнедеятельности суставов в любом возрасте:

А) Бицепс бедра (задняя поверхность бедра)

**«БИЦЕПС БЕДРА»** (фото 1 а, б)

Предлагаемое упражнение позволяет устранить спазмы глубоких мышц (разгибателей бедра), проходящих по задней поверхности ноги, являющихся звеном кинематического рычага — ПОП (поясничный отдел позвоночника) — бедро — голень.

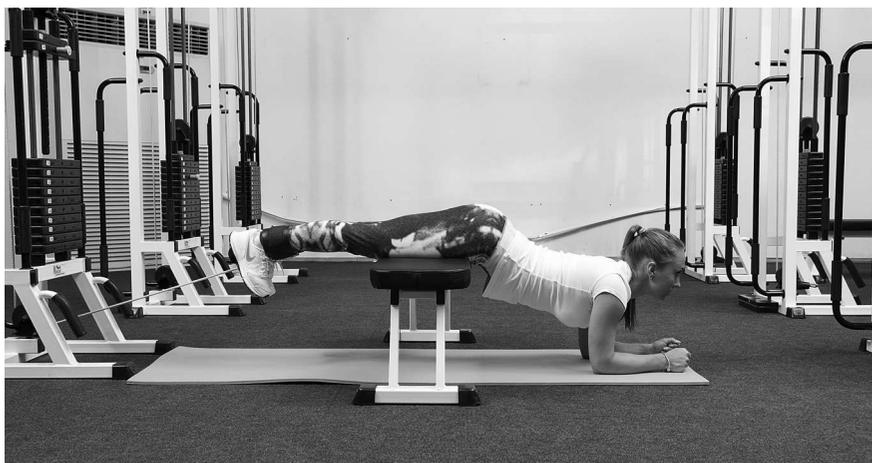


Фото 1а

\* И.П. Павлов: «Человек — это машина, саморегулируемая...». А проще — машина.



Фото 1б

**И.П.** Стоя на четвереньках, упор на локти, нога зафиксирована с помощью манжеты за нижний блок тренажера, бедро лежит на скамье так, чтобы колено свободно свисало. На выходе «Хаа» сгибаем зафиксированную ногу, стараясь подтянуть пятку к ягодице, после чего полностью разгибаем.

Б) Дракон (передняя поверхность)

**«ДРАКОН»** (фото 2 а, б, в, г)

Вариант 1

**И.П.** Стоя на четвереньках, упор руками в пол. Один конец резинового амортизатора зафиксирован в верхней точке комнаты, второй за манжету — к ноге (нижней трети голени).



Фото 2а



Фото 26

Можно работать с партнером.

Тяга коленом вперед из положения прямой ноги назад.

*Вариант 2*

**И.П.** То же. Только вместо амортизатора используется тренажер.



Фото 2в



Фото 2г

В) Отведение (внешняя поверхность)  
«**АБДУКЦИЯ**» (отведение) (фото 3 а, б, в, г)

*Вариант 1*

**И.П.** То же, что и в упражнении Б, только выполняется отведение прямой ноги максимально в сторону. Амортизатор необходимо зафиксировать за неподвижную опору или воспользоваться услугами партнера.



Фото 3а



Фото 3б

### Вариант 2

**И.П.** То же, что в упражнении Б. Отведение выполняется прямой ногой, зафиксированной с помощью манжеты к верхнему блоку тренажера.



ФОТО 3в



Фото 3г

Г) Приведение (внутренняя поверхность)

«АДДУКЦИЯ» (приведение) (фото 4 а, б, в, г)

Вариант 1

**И.П.** Сидя на полу, боком к неподвижной опоре (или партнеру), ноги вытянуть вперед. Тяга прямой ногой резинового амортизатора из стороны к центру.



Фото 4а



Фото 4б

*Вариант 2*

**И.П.** То же. Нога зафиксирована за верхний блок тренажера.



Фото 4в



Фото 4г

Эти упражнения являются не только профилактическими, но и лечебными при наличии артритов. Данные упражнения можно и даже необходимо использовать при реабилитации после любых операций на коленных и тазобедренных суставах. Но для начала лучше пройти курс кинезитерапии в Центре Бубновского (адреса на [www.bubnovsky.org](http://www.bubnovsky.org)). Подводя итог вышесказанному, хочется отметить — берегите суставы нижних конечностей (в том числе и голеностопный), и вы сохраните не только их дееспособность, но и нормальное кровообращение в сердечно-сосудистой системе, так как кровоток зависит от качества мышечных групп нижних конечностей. В то же время артрозы этих суставов приводят практически ко всем бедам сердечно-сосудистой системы. Как видите, в одном, казалось бы, простом слове «артроз» скрывается очень много смыслов — от полной потери трудоспособности до возможности спасти сустав, казалось бы, подвергнувшийся дегенеративным изменениям.

## Примеры из практики Центра доктора Бубновского

Хочется привести несколько реальных историй реабилитации, отмеченных специалистами по современной кинезитерапии, работающих в Центрах доктора Бубновского. Это сложные случаи из практики, в которых удалось достигнуть лечебного эффекта при отсутствии эффекта в других медицинских учреждениях.

**Александр Федорович, 53 года.**

Обратился в Центр доктора Бубновского 27 ноября 2015 г. с жалобами на боли в проекции тазобедренных суставов, иногда в паховых областях. Боли появились с января 2015 г.

**Лечение, принимаемое ранее:** медикаментозное, физиолечение — с умеренным положительным эффектом.

**Поступил с диагнозом:** двусторонний асептический некроз II степени, явления двустороннего коксартроза.

Сопутствующих заболеваний нет. Пациент принят на лечение с перспективой подготовки к последующему возможному эндопротезированию тазобедренных суставов. Упражнения подбирались из расчета создать декомпрессионный режим работы для сустава, в основном на лечебном тренажере МТБ.

К концу третьего цикла (36 лечебных сеансов) болевой синдром практически купировался, что подчеркивает обезболивающую функцию мышечной ткани. Пациент отмечает выраженный лечебный эффект, объем движений в тазобедренных суставах полный. Рекомендовано продолжать занятия в центре для подготовки к эндопротезированию тазобедренных суставов. Настроен позитивно.

### **Комментарий Бубновского С. М.:**

В таких случаях для пациента стоит две задачи — снять боль и восстановить трудоспособность. Упражнения и криопроцедуры помогают в решении первой задачи. Для решения второй, к сожалению, требуется замена сустава на эндопротез. Чтобы данная операция прошла успешно и для скорой реабилитации и восстановления функции ноги, мы осуществляем физическую подготовку. Наши пациенты занимаются до самого дня операции, а после сразу после выписки из больницы приходят к нам на реабилитацию, бросая костыли уже через месяц.

*Алла Андреевна, 65 лет, 49 кг.*

**Диагноз:** диспластический коксартроз IV степени с двух сторон.

**Цель обращения в Центр доктора Бубновского:** повысить функцию самообслуживания. От операции по эндопротезированию отказалась. На момент первичного осмотра пациентка пользовалась тростью для ходьбы, правое бедро было приведено внутрь примерно на 10°, за счет чего при ходьбе ноги цеплялись друг за друга, на стуле сидеть не могла.

Назначили комплекс декомпрессионных упражнений для тазобедренных суставов на МТБ.

К концу 5 цикла (60 занятий или два месяца) увеличили нагрузки. Пациентка стала сидеть, за счет чего увеличился диапазон упражнений на руки — стала выполнять сложные упражнения, реже стала пользоваться тростью, правая нога приняла физиологическое положение, сгибание бедер немного увеличилось, походка стала более уверенная.

Негатив по отношению к необходимости эндопротезирования исчез. Готовится к операции.

**Пациент А. Тимур, 1966 г. рождения.**

Обратился в Центр доктора Бубновского с жалобами на резкое ограничение в движении в тазобедренных суставах, боли в ногах.

**Из анамнеза:** на фоне черепно-мозговой травмы находился в состоянии комы в течение 4 месяцев. Не имея должного ухода весь этот срок, мышцы нижних конечностей значительно атрофировались. Тазобедренные суставы перестали двигаться.

**На момент первичного осмотра:** со стороны нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной систем — без особенностей. Самостоятельно не ходит, значительно астенизирован (вес 50 кг при росте 183 см), отмечаются распространенная ригидность («снижение эластичности мышц и связок») и болезненность при пальпации паравертебральных (околопозвоночных) мышц спины, значительное ограничение и болезненность в тазобедренных суставах, ограничение в движении и боль в плечевом суставе слева. Некоторое ограничение и болезненность при сгибании в коленных суставах, ригидность стоп.

**Поставлен диагноз:** деформирующий коксартроз 4-й ст. (подготовка к эндопротезированию), синдром замороженного плеча слева

(резкое ограничение подвижности плечевого сустава), РМФС (распространенный миофасциальный синдром, т.е. болезненность при пальпации мышц туловища).

Следует отметить регулярность посещения и усердие пациента, что сыграло немаловажную роль в процессе его лечения.

Прошел 48 сеансов. На данный момент в состоянии пациента отмечается значительная положительная динамика в виде увеличения нагрузок при упражнениях, вес пациента восстановился до 63 кг, самостоятельно занимается в зале, ходит с тростью без посторонней помощи, боли в тазобедренных суставах значительно уменьшились, самочувствие не страдает. Пациент активно готовится к эндопротезированию.

### **Комментарий Бубновского С. М.:**

Казалось бы, безвыходная ситуация при поступлении! Но пациент достиг феноменального результата.

### **Пациент С. 1966 г. рождения.**

Обратился в Центр доктора Бубновского в августе 2014 г. с жалобами на постоянные боли в правой ноге, периодические боли в пояснице, хромоту, высокое артериальное давление, боли за грудиной при физической нагрузке. Болен в течение года, боли появились постепенно, усиливаясь после физической нагрузки и в ночное время. Пациент неоднократно обращался за помощью к терапевту, ревматологу, ортопеду.

При проведении рентгенографии тазобедренных суставов выявлен артроз 2–3-й ст.

**Выставлен диагноз:** деформирующий коксартроз 3-й стадии двусторонний. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь 3-й стадии, риск 4-й, ИБС (ишемическая болезнь сердца), стенокардия напряжения.

Пациент до поступления в центр получал лечение амбулаторно: НПВП, миорелаксанты, хондропротекторы, физиолечение, гипотензивные препараты, нитраты, антиоксиданты. Лечение оказалось неэффективным, болевой синдром сохранялся, самочувствие, несмотря на проводимую терапию, ухудшалось, работоспособность снизилась еще больше.

Также пациенту была проведена артроскопия коленных суставов, после этого к коксартрозу добавился гонартроз (артроз ко-

ленных суставов). В связи с сохраняющимся хроническим болевым синдромом, не поддающимся консервативной терапии, пациент обратился на лечение в Центр доктора Бубновского.

**При поступлении миофасциальная диагностика выявила:**

- боль и ограничение при движениях в левом плечевом суставе;
- объем движений в коленных и голеностопных суставах не ограничен;
- ограничены внутренняя и наружная ротации тазобедренных суставов, больше в правом, ротация суставов болезненная;
- снижена эластичность мышц задней поверхности бедра.

**Выставлен диагноз:** деформирующий коксартроз 2-й ст.

**Сопутствующий диагноз:** гонартрит, плечелопаточный периартрит левосторонний. Гипертоническая болезнь 3-й ст., риск 4-й, ИБС.

Назначена программа с акцентами на мышечные группы спины и нижних конечностей в декомпрессионном режиме на тренажере МТБ.

После первого курса лечения (36 занятий) самочувствие пациента значительно улучшилось, боли в тазобедренном суставе регрессировали полностью, значительно увеличился объем движений в них, приступы стенокардии стали реже.

В настоящее время продолжает посещать центр по поддерживающей программе. Пациент перестал хромать, его вес снизился на 20 кг, нормализовалось давление, и приступы стенокардии полностью регрессировали, снят с учета у кардиолога, не принимает никаких лекарственных препаратов.

**Комментарий Бубновского С. М.:**

Контрольная рентгенограмма показала конгруэнтность суставных поверхностей. Диагноз «коксартроз» снят — а значит, необходимость замены тазобедренного сустава исчезла. Это еще раз подтверждает необходимость перепроверять так называемые «приходящие» диагнозы, так как они могут быть несостоятельными.

**Пациент С. Артем, 17 лет.**

Обратился в Центр доктора Бубновского в мае 2016 г. с жалобами на ограничение подвижности и боли в левом коленном суставе.

Со слов пациента симптомы возникли после травмы, полученной во время игры в футбол в августе 2014 г. Через некоторое время после травмы обратился в больницу. Диагностическая артроскопия сустава выявила повреждение передней крестообразной связки, болезнь Гоффа. Также описывалась нестабильность в травмированном коленном суставе. Лечение в стационаре до поступления в центр заключалось в приеме НПВС, витаминов группы В. Были назначены курс физиопроцедур, ЛФК в условиях того же стационара и фиксация колена посредством ортеза. Состояние коленного сустава только ухудшалось.

**На первичном осмотре кинезитерапевтом** в центре методом миофасциальной диагностики выявлена следующая картина: сустав несколько деформирован, увеличен в объеме, при сгибании слышен хруст, в крайних положениях болезненность. Выраженная нестабильность. Сгибание в суставе и разгибание ограничено, колено до нормы не выпрямляется. Резко снижена эластичность разгибателей бедра. Наблюдается гипотрофия мышц левого бедра, особенно четырехглавой, сила в ноге снижена. Отмечены нарушение осанки и избыточный вес. **У пациента легкая форма ДЦП с левосторонним гемипарезом.** При ходьбе прихрамывает. Носит плотный полимерный ортез. Поставлен диагноз: посттравматический деформирующий артроз левого коленного сустава 2-й степени. Последствия перенесенного ДЦП, гемипаретическая форма. Нарушение осанки в виде S-образного кифосколиоза 1–2-й ст.

Основной объем программы, особенно на первых этапах, выполнялся на тренажерах МТБ-II, МТБ-IV. Назначены упражнения на растяжку и аэробные упражнения на координацию. В результате прохождения трех циклов реабилитации (36 сеансов) по методу С. М. Бубновского отмечается значительная положительная динамика. Боли в суставе отсутствуют. Объем движений в суставе значительно улучшился. Эластичность мышц-разгибателей бедра фактически восстановилась до нормативных показателей. Сила в ноге выросла. От фиксирующих приспособлений для колена (ортезов) отказался в середине второго цикла.

В данное время продолжает занятия в центре, в тренажерном зале и на суставной гимнастике.

**Комментарий Бубновского С. М.:**

*Сверхинтересный случай — реабилитация после травмы коленного сустава при наличии ДЦП. Такой прекрасный результат — плод совместного труда пациента и реабилитологов.*

**Пациентка К. Наталья, 55 лет.**

*Поступила в Центр доктора Бубновского с жалобами на боль в левом коленном суставе. Заболела в январе 2016 г. после долгой ходьбы.*

*До поступления в центр лечилась в городском ревматологическом отделении (однако ревматоидный артрит не подтвердился) в феврале 2016 г. За время пребывания в стационаре сделана пункция коленного сустава: эвакуировано 30 мл жидкости; затем сделана повторная пункция — эвакуировано 4 мл жидкости.*

*Сделали блокаду в сустав, после которой пациентка отметила ухудшение состояния и увеличение отека коленного сустава.*

*В апреле 2016 г. госпитализирована в ортопедическое отделение.*

**Поставлен диагноз:** *застарелый разрыв тела и переднего рога внутреннего мениска. Проведена артроскопия левого коленного сустава: резекция переднего рога и тела внутреннего мениска.*

*После выписки осмотрена неврологом и признана нетрудоспособной, передвигается с помощью костылей.*

*В июне 2016 г. прошла курс реабилитации в центре восстановительной медицины: парафиновые аппликации, велотренажер, механотерапия, пневмомассаж. Выписана с рекомендациями увеличить время ходьбы.*

*После пройденного лечения пациентка нетрудоспособна, передвигается при помощи костылей, морально подавлена, вымотана лечением без положительного эффекта, скорее — с отрицательным, нетрудоспособна в течение полугода, обратилась в поликлинику для признания инвалидности.*

*7.08.16 г. пациентка обратилась в Центр доктора Бубновского и начала курс лечения. После осмотра врача через три занятия принято решение отказаться от костылей. После шести занятий на МТБ хромота уменьшилась, подвижность сустава увеличилась. Прошла цикл лечения с улучшением походки, уменьшением отечности коленного сустава, увеличением подвижности в суставе, улучшением психоэмоционального состояния. Занятия в центре продолжает. Задумывается о восстановлении на работе.*

**Комментарий Бубновского С. М.:**

*Очередной пример неадекватного лечения суставов гормонами, артроскопией, механотерапией (движение ради движения). Будьте осторожны. Часто пациенты после подобных манипуляций поступают к нам с уже необратимыми изменениями в суставах, и речь идет уже о реабилитации. Думайте, сравнивайте.*

**Пациентка Екатерина, 39 лет.**

**Диагноз при поступлении:** разрыв медиального рога мениска слева, гонартрит.

Обратилась в Центр доктора Бубновского с жалобами на отек в области коленного сустава, ограничение сгибания-разгибания, острую боль при ходьбе. Работу начинали с пораженной нижней конечности с применением локального криокомпресса на коленный сустав. Программу выполняли на безопасном для суставов тренажере МТБ — акцент делали на упражнения для мышц коленного сустава.

К концу первого цикла боль уменьшилась, но отек сохранялся, усиливался даже после непродолжительной ходьбы. На середине второго цикла добавили силовые упражнения для мышц нижних конечностей.

К концу второго цикла боли значительно уменьшились, отек стал уменьшаться. На третьем цикле продолжили силовые упражнения.

**Итог:** боли не беспокоят, отек исчез полностью, сгибание-разгибание в коленном суставе в полном объеме.

**Комментарий Бубновского С. М.:**

*Всего 36 сеансов на МТБ дали мощный противоотечный эффект! Функция коленного сустава полностью восстановилась.*

**Пациентка Наталья Т., 48 лет.**

Обратилась в Центр доктора Бубновского в январе 2016 г. с жалобами на боли, хруст, ограничение объема движений в правом коленном суставе. Боли беспокоят с сентября 2015 г. после активного отдыха в отпуске (длительные пешие прогулки по сопкам).

**Из анамнеза заболевания:** со слов пациентки — повреждение связочного аппарата правого коленного сустава в 2013 г. — была проведена резекция переднего рога мениска правого коленного сустава. Боли в суставе возникли снова в 2015 г.

Лечение с октября 2015 г. — консервативное, медикаментозное, вплоть до пункций правого коленного сустава с дипроспаном. Лечебный эффект умеренный, кратковременный.

**Диагноз, поставленный в Центре Бубновского:** правосторонний посттравматический гонартроз 2-й степени, синовит, киста Бейкера.

Акцент при лечении был направлен на декомпрессионные упражнения для коленных суставов на МТБ.

К концу третьего курса болевого синдрома в коленном суставе нет, хромоты нет, сохраняется умеренный хруст при сгибании правого коленного сустава. Пациентка закончила четвертый цикл лечения с хорошим общим мышечным тонусом, без болевого синдрома и с хорошей опорной функцией нижних конечностей.

### **Комментарий Бубновского С. М.:**

Несмотря на частичное удаление мениска и гормонотерапию дипроспаном, специалисты центра смогли восстановить пациентке полноценную трудоспособность.

**Пациентка И. С.** 1951 г. рождения, вес 62 кг, рост 159 см.

Обратилась за помощью в Центр доктора Бубновского в июле 2015 г. с жалобами на боль и ограничение подвижности правого коленного сустава. Страдает более 5 лет.

**В анамнезе** — травма правого коленного сустава (со слов).

Многokrатно получала и стационарное, и амбулаторное лечение по месту жительства, но положительной динамики не было.

По месту жительства отказано в дальнейшем консервативном лечении, предложено хирургическое лечение — эндопротезирование правого коленного сустава.

Пациентка отказалась от оперативного вмешательства и обратилась в наш центр.

**Первичный осмотр врача в центре показал следующие признаки:** пациентка относится к типу пониженного питания, походка неуверенная из-за болевого синдрома в правой ноге, хромота.

Объективно: правый коленный сустав увеличен в объеме, без гиперемии кожи, диаметр правого коленного сустава — 37, левого — 35 см, выраженная гипотрофия четырехглавой мышцы бедра, икроножных мышц (лев. — 33 см, пр. — 29 см) справа, ограничение сгибания и разгибания в коленном суставе справа.

С целью исключения повреждения крестообразных связок и уточнения степени артроза пациентке назначено дополнительное МРТ-обследование.

**Заключение:** признаки смешанного повреждения наружного мениска, дегенеративные изменения внутреннего мениска. Деформирующий остеоартроз 2–3-й степени. Хронический синовит, супрапателлярный бурсит.

Оформлены занятия по методике доктора Бубновского С. М.

Акцент был сделан на упражнения на МТБ с целью укрепления силы мышц коленного сустава и восстановления их эластичности.

Пациентка прошла семь циклов занятий по методике (84 сеанса). Динамика резко положительная. Уже после первого цикла (12 занятий) прошел отек коленного сустава (диаметр правого коленного сустава — 35 см, левого — 35 см, икроножные мышцы 33 см (+4 см справа). Походка стала уверенной, купирован острый болевой синдром.

В настоящий момент (после семи циклов занятий) самочувствие пациентки удовлетворительное, полностью купирован болевой синдром, сохраняется незначительное ограничение разгибания и сгибания в правом коленном суставе. Полностью отказалась от оперативного вмешательства. Продолжает занятия.

#### **Комментарий Бубновского С. М.:**

Пациентку по месту жительства готовили к оперативному вмешательству, т.к. консервативное лечение результатов не дало. Уже после одного цикла была отмечена положительная динамика, уменьшение отека коленного сустава справа, увеличение веса отягощения. После семи циклов (по 12 занятий в каждом) пациентка полностью отказалась от оперативного вмешательства и продолжает лечение в нашем центре.

Как видно из вышеперечисленных клинических случаев, лечение суставов лекарственными препаратами (в том числе и гормональными), теплом, просто гимнастикой (механотерапией) не только бессмысленно, но и опасно.

Случаев выздоровления в различных Центрах доктора Бубновского великое множество, так как правильно интерпретировано само заболевание. А если болезнь понимается правильно, то и лечение назначается адекватное!

# АТЕРОСКЛЕРОЗ

*Атеросклероз — хроническое заболевание артерий, возникающее вследствие нарушения обмена липидов (широкая группа органических соединений, включающая жирные кислоты) и сопровождающееся отложением холестерина на внутренней оболочке сосудов (общепринятое понятие).*

В «народе» принято считать, что атеросклероз развивается исключительно из-за большого потребления холестерина.

Однако не все так однозначно. Холестерин сам по себе необходим организму хотя бы потому, что является одним из основных компонентов клеточной мембраны. Она, в свою очередь, является барьером, регулирующим перемещение некоторых веществ в клетку и из нее, то есть отвечает за поддержание постоянства внутриклеточной среды. Холестерин может уменьшить эластичность мембраны при различных температурах внешней среды и повышать ее, обеспечивая нормальное функционирование мембраны.

Холестерин является одним из основных компонентов желчи, которая, в свою очередь, играет существенную роль в переваривании и всасывании пищевых липидов (жиров). Это холестерин со знаком «плюс». Организм без него существовать не может.

**Избыточное количество холестерина в крови является одним из признаков общей гипокинезии человека, так как недостаток движения и напряжения замедляет обменные процессы («офисный планктон»).**

У людей же с высокой подвижностью или активной жизненной позицией избытка холестерина не проявляется. В противном случае холестерин оказывается невостребованным. Поэтому его излишки откладываются на стенках сосудов в виде бляшек, а также в желчном пузыре в виде камней. Отсюда «растут ноги» у болезней «застоя», к которым относятся атеросклероз сосудов, ишемическая болезнь сердца, желчнокаменная болезнь. Это холестерин со зна-

ком «минус». Таким образом, надо бороться не с холестерином, а с малоподвижностью (гипокинезией)\*.

В целях уменьшения холестерина в крови и профилактики образования атеросклероза сосудов и желчных камней можно рекомендовать регулярное выполнение гимнастики, например, «Триады здоровья» (см.фото) — сериями по 5–10 повторений до 50–100 в сумме, 3 раза в неделю. Это поможет усилить обмен веществ, скорость и объем кровотока, а также улучшит перистальтику желчного пузыря и кишечника.

Важно отметить, что холестерин является одной из составляющих стероидов (гормонов) надпочечника, так называемых «гормонов радости», которые поднимают настроение, увеличивают жизнелюбие, уничтожают депрессию и хроническую усталость. Но вырабатываются эти «гормоны радости» организмом только в результате физической активности (гимнастики).

Занятия современной кинезитерапией снижают риск образования атеросклероза, а значит, ишемической болезни сердца. Кроме того, уменьшаются и риски образования желчных камней и запоров, приводящих к геморрою, что способствует активному долголетию! Так что без холестерина никак нельзя, но им надо управлять и заставлять работать на здоровье, а не на болезнь.

Говоря о заболеваниях сосудов, нарушающих функцию сосудов (а главной функцией сосудов является перемещение крови), необходимо знать, что многие из них связаны с изменениями эндотелия (внутренняя оболочка сосудов). Изменение эндотелия, его дисфункция, приводит к развитию ранних стадий атеросклероза, что в свою очередь ведет к образованию тромбов в зоне атеросклеротических изменений. Снижение функции эндотелия напрямую зависит от работы гладких мышечных клеток этих же сосудов. То есть у людей, ведущих малоподвижный образ жизни и, как следствие, имеющих сниженную скорость и объем кровотока, сосуды как бы проседают, теряют свою эластичность. Возникает своеобразная атрофия гладких мышечных клеток, находящихся внутри сосудистой стенки, и эндотелий истончается.

Зачем это надо объяснять так подробно? Хочется, чтобы вы поняли неблагоприятное влияние малоподвижного образа жизни на сохранность работоспособности сосудов.

---

\* Подробнее в книге «Здоровые сосуды, или зачем человеку мышцы».

**Атеросклероз — это не только и не столько избыток холестерина, откладывающегося в виде бляшек на стенках сосудов, сколько заболевание, связанное с дисфункцией гладкой мускулатуры сосудистых стенок ввиду отсутствия адекватных регулярных физических нагрузок, улучшающих скорость и объем кровотока.**

Если понимать, что атрофия мышц приводит к появлению на их месте жира, то не холестерин причина склероза сосудов, а гипокинезия. Как говорится, свято место пусто не бывает. Атеросклероз очень часто начинается, как говорят гистологи, в детском возрасте у малоподвижных, полных детей, у которых именно внутри сосудов появляются жировые полоски (пятна). Если дети мало двигаются, их сосуды теряют эластичность из-за резко сниженного объема и скорости кровотока. Старость ни при чем. Это уже следствие малоподвижного детства. В более старшем возрасте часть жировых полосок преобразуется в атеросклеротические бляшки. Наиболее часто они концентрируются в аорте, коронарных сосудах, внутренней сонной артерии. Эндотелий под бляшкой частично или полностью утрачивается, что способствует формированию тромба — основной причины инфарктов миокарда. Но прежде чем образуется тромб, происходит воспаление сосудистой стенки, локальный отек. Клинически это соответствует нестабильной стенокардии, которая характеризуется загрудинными болями.

**Не надо ждать, когда сосуды полностью будут забиты бляшками, станут непроходимыми и придется ставить стенты, а то и шунты. В таком случае уже поздно обращаться к кинезитерапии, потому что процесс образования тромбов запущен и остановить его нехирургическими методами практически невозможно.**

Регулярно работающие мышцы — это трубочисты для сосудов. Они способствуют сохранению их эластичности, проходимости и пропускной способности. Если мышцы слабые, то слабые и со-

суды, слабый кровоток, а это способствует, как уже говорилось выше, отложению на стенках сосудов жира, который со временем трансформируется в склеротические бляшки. Таким образом, из-за недостатка силовых упражнений, к которым можно отнести «триаду здоровья», сосуды стареют. Бляшки со временем разрывают стенку сосуда, и в местах разрыва образуются тромбы. Регулярная работа мышц, то есть гимнастика, препятствует образованию отложений жира на стенках сосудов и является сильнейшей профилактикой атеросклеротических изменений сосудов и тромбоза.

Ну а хирургическая замена сосудов всякими протезами типа шунтов и стентов, к сожалению, носит уже паллиативный характер — то есть облегчает проходимость сосудов в местах сужения, но не является профилактикой образования новых стенозов в других местах сосудистой сети. К тому же еще никто не доказал, что замена сосуда на стент продлевает жизнь, потому что бляшки, образующиеся в сосудах, не откладываются в каком-то одном месте, они могут откладываться по всей системе кровообращения. И замена какой-то части сосуда в одном месте не спасает от образования бляшек в другом, что и показывает практика.

Что делать? Начать выполнять регулярно правильные упражнения. Например, «триаду здоровья», состоящую из приседаний, отжиманий и упражнений для брюшного пресса. При внешней простоте эти упражнения имеют стратегическое значение для всех систем организма.

Примеры упражнений:

## Приседания\*

Приседания могут иметь как силовой (разгибание ног), так и аэробный характер. Каков он, зависит от количества приседаний за определенное время. Например, если вы приседаете в течение 15–20 минут, успевая сделать за одну минуту 3 раза по 10 приседа-

---

\* По версии специалистов по современной кинезитерапии, «ноги» — это первый этаж тела.

ний, то такая форма нагрузки относится к аэробной. Ориентиром этой нагрузки является ЧСС (в простонародье — пульс) в среднем 140–145 ударов в минуту (измерять сразу после нагрузки). Если же приседания выполняются, например, в одном подходе при 20 повторениях на специальном тренажере для приседаний с отягощением, то такая форма нагрузки относится к силовой. В данном случае при контроле ЧСС цифры не превышают 120 ударов в минуту.

### «ПРИСЕДАНИЯ» (фото 5а, б)

**И.П.** Стоя лицом к неподвижной опоре, за которую зафиксирован резиновый амортизатор, на таком расстоянии, чтобы амортизатор был натянут. Ноги на ширине плеч. Спина и руки прямые, держатся за перекладину на уровне груди. Стараться первые 10–20 движений присесть не ниже 90 градусов (бедро-пол), сгибая ногу в коленных суставах, спина прямая.

Ноги разгибать на выдохе «Хаа». Выполнять не менее 10 повторений за подход. Ведите дневник, так же как и с отжиманиями. Старайтесь постепенно увеличивать количество подходов. Но делайте это не спеша — например, раз в 2–3 недели добавляйте один подход.



Фото 5а



Фото 5б

**Приседания не рекомендуются:**

- лицам с деформирующими заболеваниями тазобедренных суставов (коксартроз, асептический некроз) и коленных суставов (гонартроз);
- при геморрое;
- при опущении внутренних органов;
- при паховых и пупочных грыжах (грыжах белой линии живота);
- при мерцательной аритмии.

**Основные показания:**

- гипертоническая болезнь;
- сердечная недостаточность 1–2-й степени;
- головные боли;
- сахарный диабет (все формы);
- варикозная болезнь;
- реабилитация после инфаркта.

## Второй «этаж» тела\* — защита для органов

Упражнения для мышц брюшного пресса по возможности надо выполнять ежедневно, так как здоровье человека во многом зависит от состояния фильтров организма — печени и почек — и нормальной перистальтики кишечника. Именно эти органы являются основной целью упражнений на мышцы брюшного пресса.

Самое доступное и простое упражнение — поднятие ног (прямых или слегка согнутых в коленях) в положении лежа на полу, зафиксировав тело руками (прямыми) за головой за какой-нибудь неподвижный предмет (например, диван) или за дверные косяки, лежа в дверном проеме (см. фото).

### ПОДЪЕМ НОГ ИЗ ПОЛОЖЕНИЯ ЛЕЖА (фото б а, б, в)

**И.П.** Лежа на спине. Руки вытянуты за голову и пальцами держатся за неподвижную опору (шведскую стенку или диван).

Постарайтесь поднимать прямые ноги вверх и опускать их за голову, повторив это движение 20 раз.

### Внимание!

В первые 5–10 повторений не старайтесь доставать ногами пол за головой, иначе вы можете серьезно повредить (растянуть) неподготовленные для этого упражнения мышцы спины — грудного и поясничного отделов. Опускать ноги за голову нужно на выдохе «Хаа», то есть широко раскрыв рот, причем с самого начала выполнения упражнения — с первой же секунды.



Фото б а

\* Второй этаж — это мышцы брюшного пресса и спины.

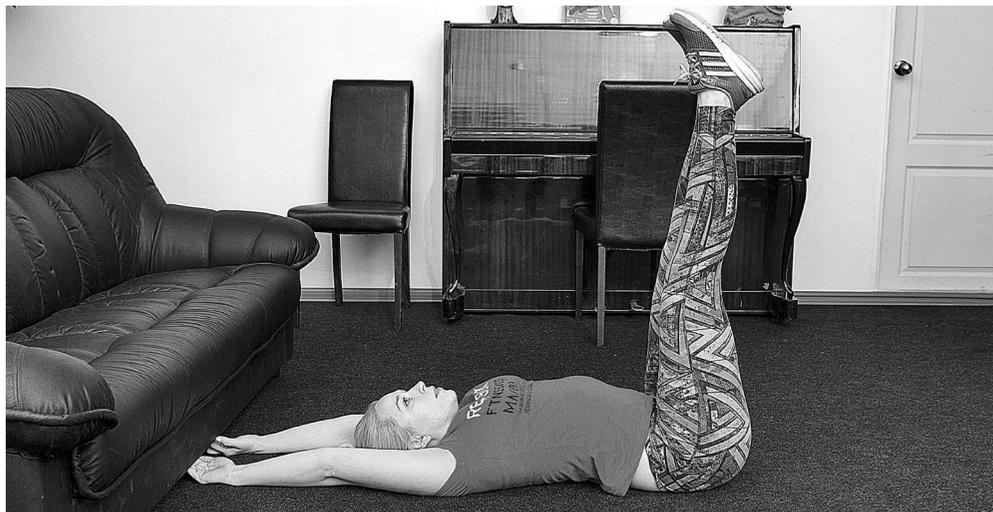


Фото 6б

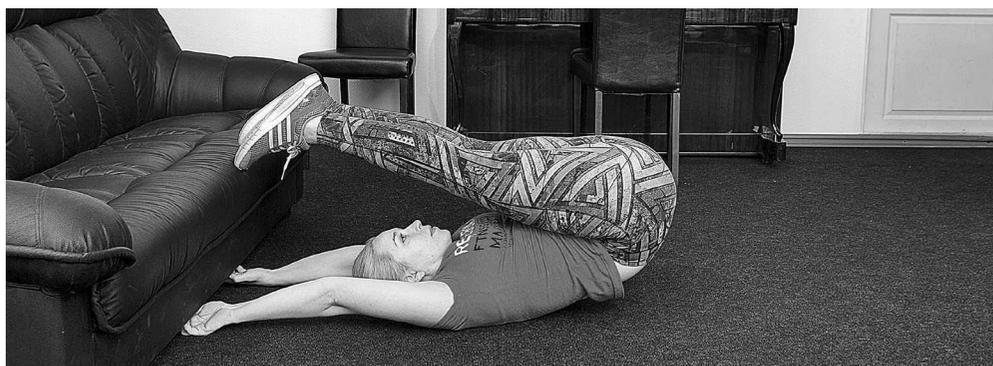


Фото 6в

Это упражнение также имеет несколько вариантов исполнения. Выдох выполняется при подъеме ног, с первой секунды движения. Сколько? Те же 5 (10, 20) подъемов ног сериями.

Надо сказать, что мышцы брюшного пресса восстанавливаются быстро, в связи с чем это упражнение можно выполнять ежедневно в любое время суток.

### **Предостережение:**

1. Упражнение выполняется на пустой желудок, за 0,5–1 час до еды или не ранее чем через 2–3 часа после еды. Лучше утром или вечером (но не перед сном).

2. При наличии пупочной, паховой или грыжи белой линии живота поднимать прямые ноги не рекомендуется, но можно выполнять это упражнение с согнутыми ногами. Причем под голову необходимо положить валик, чтобы подбородок был прижат к груди.

Для людей, страдающих запорами, рекомендуется перед выполнением этого упражнения выпить (не спеша) 1 стакан воды или зеленого чая.

Если вы держитесь руками за нижнюю часть дивана, то со временем (тело само подскажет) можно заносить ноги за голову, касаясь ими дивана. Дополнительно будете растягивать поясничный отдел позвоночника («полуплуг»).

Более глубокое опускание ног за голову допускается только физически подготовленным людям.

## **Третий «этаж» тела\*, или о пользе отжиманий**

О пользе и смысле отжиманий, а также других упражнений для пояса верхних конечностей (ПВК) подробно описано в книге «Головные боли, или Зачем человеку плечи?». Существуют разные варианты отжиманий, выбор которых, конечно же, тесно связан с физическим состоянием человека. Чем оно лучше, тем ниже отжимания от пола или даже в антигравитационном исходном положении «ноги выше головы».

Чем больше болезней и слабее человек, тем «выше» отжимания — от стены, стола.

Отжимания активизируют межреберную мускулатуру, в которой проходят межреберные артерии, активно участвующие в легочной циркуляции (малый круг кровообращения) через систему бронхиальных артерий. Тем самым обеспечивается достаточный обмен углекислоты на кислород, сниженный у кардиологических больных. При этом, насыщенная кислородом кровь в необходимом объеме поступает в легочные вены, затем в левое предсердие, которое перекачивает кровь в левый желудочек, начиная новый цикл системной циркуляции (большой круг кровообращения). И это важно

---

\* Третий этаж тела — самый высокий — это мышцы пояса верхних конечностей.

прежде всего для людей, физически детренированных, у которых межреберные мышцы ослаблены.

Замечено, что у пожилых людей, имеющих на фоне сердечных болей еще и хронические обструктивные болезни легких (бронхит, эмфизему и др.), мешающие легочной циркуляции, после отжиманий порой выделяется из бронхов слизь (до стакана), благодаря чему исчезает дискомфорт в области сердца.

В дни высоких цифр АД (это касается и гипертоников, и гипотоников) рекомендуется начинать выполнение очередного занятия с «высоких» отжиманий от стены, стола. Само по себе периодическое повышение АД не является причиной отказа от занятия, так как именно правильная активизация скелетных мышц помогает сердцу справиться с давлением. Это отмечается буквально каждый день у всех гипертоников после завершения сеанса кинезитерапии. Как правило, кардиологические больные удивляются этому «гипотензивному» феномену упражнений.

В то же время паузы между упражнениями в такие дни надо увеличить до снижения тахикардии после каждого упражнения. И еще. В случае очень ослабленного физического состояния упражнения можно чередовать по дням недели. Например, понедельник — приседания, вторник — отжимания, среда — упражнения на пресс. Постепенно соединяйте упражнения для выполнения их в один день. Но торопиться не надо!

Надо иметь в виду, что при отжиманиях активно работают межреберные мышцы, которые на следующий день могут болеть (так как мало используются в быту), имитируя боли в сердце, но эти боли не снимаются при приеме сердечных препаратов, в отличие от истинных болей в сердце.

Во избежание возникновения мышечных болей можно рекомендовать самое простое средство — растирание туловища сначала полотенцем, смоченным в холодной (ледяной) воде, затем — сухим.

Подобный самомассаж с элементами криотерапии (лечение холодом) восстанавливает микроциркуляцию уставших мышц и тем самым предотвращает мышечные боли. Но со временем, после достижения хорошей физической формы, мышечные боли (но уже приятные) всегда будут сопутствовать завершению упражнений. В таком случае можно рекомендовать более длительные бальнеологические процедуры — от контрастного душа до сауны

или бани. Но необходимо помнить, что любая тепловая процедура должна заканчиваться кратковременной холодной (душ, ванна, купель, прорубь).

К сожалению, такой культуры нет в подавляющем числе курортов и санаториев, где людей «варят» в травяных ваннах и «запаривают» в различных бочках, называя это бальнеотерапией. Это модно, но не полезно.

И еще. Для отжиманий от пола можно применять специальные ручки-упоры для отжиманий, которые продаются в любом спортивном магазине. Они позволяют снимать нагрузку с запястий. Это особенно важно для страдающих ревматоидным полиартритом. Физически крепким людям при отжиманиях от пола можно использовать маленькие, хорошо накачанные кожаные мячики. Их также можно приобрести в любом спортивном магазине. Такое неустойчивое исходное положение рук очень хорошо укрепляет мышцы и связки запястья.

**ОТЖИМАНИЕ** (фото 7 а, б — с колен, в, г — стоя от стены, д, е — от пола)

При отжиманиях необходимо контролировать мышцы спины и ни в коем случае не прогибаться в поясничном отделе позвоночника.



Фото 7а



Φοτο 76



Φοτο 7β



Φοτο 7γ



Фото 7д



Фото 7е

Возьмите для себя за правило отжиматься (так же как выполнять другие упражнения триады) в назначенный для этого день, как бы вы себя ни чувствовали (а «плохие» и «хорошие» могут чередоваться). Старайтесь выполнить намеченную программу. Не торопитесь увеличивать количество отжиманий. Следите за соблюдением графика. Но каждый раз, когда вы сможете преодолеть свое «не хочу» или «не могу», почувствуете ни с чем не сравнимое (для больного человека) удовлетворение и радость за себя!

Многие легко начинают выполнять «триаду здоровья», но при появлении адаптивных, но естественных после выполнения упражнения болей прекращают занятия и тем самым лишают себя шанса восстановить здоровье. Не спешите с выводами о невозможности выполнения упражнения. Здоровье обязательно вернется, но его надо заработать!

Пример ведения дневника самоконтроля (триада + растяжка (элементы хатха-йоги))

День недели	Что сделано
Понедельник	Приседания: 2 раза по 10 + растяжка («треугольник» к правой и левой ноге по очереди, см. фото)
Вторник	Отжимания от стола: 2 раза по 10 + растяжка
Среда	Пресс: 2 раза по 10 + растяжка
Четверг	Приседания: 3 раза по 10
Пятница	Отжимания от стола: 3 раза по 10
Суббота	Пресс: 3 раза по 10
Воскресенье	Ходьба на время и расстояние

Количество серий и повторений в сериях подбирать для себя самостоятельно. Не торопитесь с количеством!

### ТРЕУГОЛЬНИК

**И.П.** сидя на полу. Ноги прямые, вытянуты вперед. Одну ногу согнуть в колене, с опорой стопы в бедро прямой ноги. Взявшись од-

ной рукой за стопу, тянуть стопу на себя. Затем тянуть стопу двумя руками, стараясь поставить локти на пол рядом с ногой и максимально наклоняясь к бедру (фото 8).



Фото 8

### **Важно!**

Упражнениями на растяжку заканчивать выполнение силовой серии упражнений.

При растяжке мышц туловища следуйте правилу: «Маленькую боль терпи, большую не допускай!», — так как эти упражнения вызывают мышечные боли.

### **Примечания:**

1. Эти упражнения растягивают всю кинематическую цепь мышц (от пятки до шейного отдела).
2. При выполнении этих упражнений старайтесь подбородок максимально поднять. В таком случае хорошо растягиваются мышцы поясничного отдела позвоночника. Это позволяет к тому же снимать острый болевой синдром в поясничном отделе (в таком случае выполняется через преодоление боли, на выдохе, но у каждого свой порог болевой доминанты).
3. Лишь в заключительной части, через какое-то время, если вы «сложились» пополам, можно опустить голову к ногам.

# АТРОФИЯ МЫШЦ — С ЧЕГО НАЧИНАЕТСЯ СТАРОСТЬ (ИЛИ ДРЯХЛОСТЬ ТЕЛА)

**Атрофия** — уменьшение объема органа или ткани по отношению к первоначально нормальной величине.

Даже дети знают, что, если мышцы не используются, они атрофируются! Большинство людей как-то спокойно, можно сказать, безразлично относится к потере мышечной ткани, считая это естественным, возрастным сопровождением жизни. Когда мы видим стариков с обвисшей и дряблой кожей, шаркающей походкой, круглой (сутулой) спиной, говорим — это пожилой человек, хотя паспортный возраст здесь не причем.

Уже после 40 лет мало найдешь мужчин, способных подтянуться хотя бы 5 раз, или согнуться к прямым ногам. Женщины еще слабее. Немало, конечно, и тех, кто находит в себе силы делать гимнастику, бегать трусцой, но без силовых упражнений мышц не прибавляется.

**Существует три основных вида физической активности (не считая бытовые нагрузки) — силовые упражнения, аэробные и растяжка (стретчинг). Подавляющее большинство людей под атрофией понимают только потерю мышечной силы. Но на самом деле потеря мышц — это прежде всего потеря всего того, что находится внутри этих мышц.**

Одной из основных функций мышц, если не главной, помимо управления телом, является гемодинамика. Именно мышцы способствуют движению крови по сосудам, проходящим внутри мышц, и чем лучше работают мышцы, тем лучше кровь движется по сосудам. Физиологи эту функцию мышц называют периферическим сердцем. 700 мышц\* — значит, 700 сердец, и по мере атрофии мышц уменьшается количество сердец и растёт количество органов, недополучающих питание, то есть кровь (а значит, кислород).

---

\* 700 — приблизительное количество мышц нашего организма, не считая мимических, гладких и сердечной (миокарда).