

СЕРГЕЙ БУБНОВСКИЙ

• ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОР •

ПРИРОДА РАЗУМНОГО ТЕЛА

ВСЕ О ПОЗВОНОЧНИКЕ
И СУСТАВАХ

- УНИКАЛЬНЫЕ РЕЦЕПТЫ
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА
- ЭФФЕКТИВНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
ГРЫЖИ ПОЗВОНОЧНИКА
БЕЗ ОПЕРАЦИИ
- НОВЫЕ ПОДХОДЫ
К ЛЕЧЕНИЮ АРТРИТОВ
И АРТРОЗОВ
- АВТОРСКАЯ МЕТОДИКА
ЛЕЧЕНИЯ КОКСАРТРОЗА
И РЕАБИЛИТАЦИИ
ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ



ОЗДОРОВЛЕНИЕ
ПО СИСТЕМЕ
ДОКТОРА БУБНОВСКОГО



СЕРГЕЙ БУБНОВСКИЙ

• ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОР •

ПРИРОДА РАЗУМНОГО ТЕЛА

**ВСЕ О ПОЗВОНОЧНИКЕ
И СУСТАВАХ**



ЭКСМО
Москва
2011

УДК 615.82
ББК 53.54
Б 90

Художественное оформление *П. Петрова*

В оформлении переплета и макета использованы фото *Д. Ухова* и *И. Кулямина*
Фото *С. М. Бубновского* на переплете – ООО «Издательство «Астрей-Центр»

Бубновский С. М.

Б 90 Природа разумного тела. Все о позвоночнике и суставах / Сергей Бубновский. – М.: Эксмо, 2011. – 512 с. : ил.

Впервые в России в одной книге отражена уникальная авторская методика лечения самых распространенных заболеваний суставов и позвоночника, подтвержденная многолетней практикой известного российского врача Сергея Михайловича Бубновского: остеохондроз и грыжа позвоночника, артрит и артроз, коксартроз и эндопротезирование. Уникальность метода заключается в том, что ИСЦЕЛЕНИЕ целого ряда заболеваний позвоночника и суставов возможно БЕЗ ОПЕРАЦИЙ и ЛЕКАРСТВ.

Впервые в мировой практике доктор Бубновский обратился не к лекарственным препаратам обезболивающего характера, а к внутренним ресурсам организма человека.

Сергей Михайлович предлагает читателям комплексы упражнений для снятия болей в спине и суставах, рассказывает свою историю болезни и приводит хронику собственного выздоровления и реабилитации, а также разбирает типичные ошибки и заблуждения, связанные с данными заболеваниями.

Эта книга поможет вам управлять своим телом и вернуть здоровье и веру в собственные силы.

УДК 615.82
ББК 53.54

Научно-популярное издание

Бубновский Сергей Михайлович

**ПРИРОДА РАЗУМНОГО ТЕЛА
Все о позвоночнике и суставах**

Ответственный редактор *Е. Карпова*. Младший редактор *Э. Салыхова*
Художественный редактор *П. Петров*. Технический редактор *О. Куликова*
Компьютерная верстка *Н. Билюкина*. Корректор *Т. Романова*

Во внутреннем оформлении использованы иллюстрации:
Sebastian Kaulizki, Photobank.kiev.ua, Mirumir, Blamb / Shutterstock.com
Используется по лицензии от Shutterstock.com

ООО «Издательство «Эксмо»
127299, Москва, ул. Клары Цеткин, д. 18/5. тел. 411-68-86, 956-39-21, факс. 411-68-86.
Home page: www.eksmo.ru E-mail: info@eksmo.ru

Подписано в печать 28.07.2011. Формат 70х100 1/16. Гарнитура «Myriad Pro».
Печать офсетная. Бум. офс. Усл. печ. л. 41,48 + вкл. Тираж экз. Заказ

ISBN 978-5-699-50207-3



9 785699 502073 >

ISBN 978-5-699-50207-3

© Бубновский С., 2011
© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2011

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	6
РАЗДЕЛ 1. ОСТЕОХОНДРОЗ	
ЧАСТЬ 1	15
Остеохондроз – третья позиция.....	15
Иллюзии здоровья.....	17
Анатомия остеохондроза	21
Остеохондроз и спорт	32
Правило «4х4»	33
Беспредел бездействия, или Законы остеохондроза	38
ЧАСТЬ 2	46
Комментарий к рецептам от остеохондроза	46
Рецепты от остеохондроза	47
Упражнения на кровати (после сна).....	69
ЧАСТЬ 3	82
Из жизни читателей	82
Как побороть страхи?.....	97
ЧАСТЬ 4	100
10 типичных ошибок при самостоятельном выполнении лечебных упражнений	100
Этажи тела.....	101
1-й этаж (пояс нижних конечностей): подагра, сахарный диабет II типа, тромбофлебит, артрозы суставов нижних конечностей	103
2-й этаж (мышцы поясничного отдела и брюшного пресса): люмбаго, миома матки, аденома простаты, мочекаменная болезнь, синдром «раздраженной кишки»	116
3-й этаж (пояс верхних конечностей, грудные мышцы и мышцы верхней части спины): гипертоническая болезнь, инсульт, паркинсонизм	130
ЧАСТЬ 5	134
Поговорим о питании	134
Диета С.М. Бубновского.....	137
Настрой на здоровье. Как этого добиться?.....	138



РАЗДЕЛ 2. ГРЫЖА**ЧАСТЬ 1 145**

Что это — грыжа позвоночника?.....150

Протрузия и грыжа — это одно и то же?.....151

Как появляется грыжа позвоночника?.....155

ЧАСТЬ 2 163Почему мы используем в качестве
лечебных средств тренажеры?163

Физические нагрузки168

Надолго ли хватает результата лечения в санатории,
где лечат остеохондроз?.....170

Нужен корсет при болях в спине?.....178

ЧАСТЬ 3 182

Откуда берется боль, если грыжа не виновата?.....182

Как избавиться от боли в спине без лекарств?

Как от них отказаться?.....183

Что такое правильное движение?188

Как преодолеть страх перед движением?.....192

Правило № 1. Боль надо выдыхать!206

Правило № 2. Брюшное дыхание207

Правило № 3. Сжигание боли208

Правило № 4. Дыхательная медитация209

Как лечить грыжу позвоночника без лекарств?229

Лечение грыжи межпозвонкового диска C4-C5-C6
шейного отдела позвоночника230Лечение грыжи межпозвонкового диска L3-L4, L5-S1
поясничного отдела позвоночника.233

Что делать, если боль в спине застала в пути?.....245

РАЗДЕЛ 3. ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ**ЧАСТЬ 1 255**

Чудо и проклятие эндопротеза сустава: за и против.....255

История моей болезни: к счастью, уже история!.....258

Что такое коксартроз?270

Хроника выздоровления (из личного дневника)276

Динамическая анатомия тазобедренного сустава.
Новый взгляд284

Продолжение дневника300

Система 12 упражнений для тех, кто решил изменить
свое отношение к здоровью.323Рекомендации для тех, кто в силу объективных причин
не может обратиться за помощью в центр кинезитерапии
или осуществить ТЭТС344

ЧАСТЬ 2	351
Непридуманные истории	351
«Я против эндопротезирования»	352
Корригирующая остеотомия	
или тотальное эндопротезирование, что лучше?	356
Диспластический коксартроз	362
Болезнь Пертеса	367
«Немного позитива»	369
«Что делать, если лечили, но не вылечили»	371
РАЗДЕЛ 4. КОЛЕННЫЙ СУСТАВ	
ЧАСТЬ 1	377
Чем отличается артрит от артроза,	
или Болезнь под названием артрит	390
Разбор болезни, или Как не надо лечить колено	397
Три этапа воспаления	400
Что делать, или Как помочь Галине Феодосьевне?	406
Анатомо-физиологическое обоснование	
принципов лечения коленного сустава	409
Динамическая анатомия коленного сустава	412
Функциональная физиология коленного сустава	415
Почему болят колени у пожилых людей?	418
Всегда ли боли в коленном суставе	
являются проявлением болезни самого колена,	
а не симптомом какого-либо другого заболевания?	426
ЧАСТЬ 2	434
Какая нагрузка для больных суставов является	
поистине разрушительной, а какая — лечебной	434
Спортивные и околоспортивные травмы коленного сустава	444
Три незаменимых упражнения для колена	452
Немного позитива	471
Ревматоидный полиартрит, или Что делать,	
когда лекарства не помогают?	474
Болезнь Бехтерева — что делать?	478
Коленный сустав и эндопротезирование	480
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	484
ОТВЕТЫ НА ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ	487
ПРИЛОЖЕНИЯ	491
СЛОВАРЬ	499
ОБ АВТОРЕ	506
ПРИМЕЧАНИЯ	507

ВВЕДЕНИЕ

Уважаемый читатель! Вашему вниманию предлагается удивительная книга в виде рассказов, составленная на основе моих вышедших ранее четырех книг, объединенных общей темой – болезни суставов и позвоночника, и в связи с распространенностью заболеваний, ставших широко известными. Обращаю ваше внимание на основные принципы, которые необходимо понимать при выполнении упражнений для лечения остеохондроза, грыжи позвоночника, коленных и тазобедренных суставов. Упор делается на те упражнения, которые несут основную лечебную нагрузку. Если вы действительно стремитесь оздоровиться, их надо выполнять на каждом занятии.

Многие люди, приходя на прием к специалисту, слышат в ответ на свои жалобы: «А что вы хотите? Возраст! Пора болеть!»

Но так ли примитивен человек, каким хотят представить его врачи? Неужели только таблетка или инъекция могут помочь больному справиться с болями и болезнями суставов и позвоночника? Оказывается, простые (хотя так может показаться только на первый взгляд!) силовые упражнения могут творить чудеса! Но чтобы понять это – необходимо сделать первый шаг, а именно – выполнять рекомендуемые упражнения нужное количество раз в течение определенного срока. Сколько на это понадобится времени? Ответ вы найдете в этой книге.

Кардиологи считают, что только сердце отвечает за кровообращение и после 40 лет необходимо принимать сосудистые



препараты и кардиопротекторы для предотвращения ишемической болезни сердца или инфаркта миокарда.

Но это миф, в который, к сожалению, поверило человечество. На самом деле наш организм имеет еще 700 «сердец»! Физиологи относят к ним скелетные мышцы, называя их периферическим сердцем. Регулярно выполняя определенные упражнения, можно препятствовать их атрофии и тем самым сохранить от перегрузки основное сердце – миокард.

Научиться управлять ими – значит, научиться жить долго и без болезней! И возраст ни при чем, если сохранился разум, если осталось терпение и желание трудиться...

И этому опять помогут 700 «сердец». Как управлять ими и расскажет эта книга. Прочитав рассказы об остеохондрозе, вы убедитесь, что прием сосудистых препаратов как замена профилактическим упражнениям не улучшает, а снижает качество жизни и приводит, в конце концов, к развитию ишемической болезни сердца. Эта информация поистине шокирующая, но в то же время очень полезная для тех, кто не собирается жить для аптеки. Индийская поговорка гласит: «В молодости человек тратит свое здоровье на то, чтобы заработать деньги, а в старости тратит деньги, чтобы выкупить здоровье; но никому пока это не удавалось».

Вы не заметите, как будете проглатывать главу за главой, пока не прочитаете эти медицинские рассказы. «Почему рассказы?» – спросите вы. Потому что все они из личной практики. Также вы ознакомитесь и с моей историей болезни и с хроникой моего выздоровления.

В книге вы встретите минимум «латинизмов». Дело в том, что многие латинские медицинские термины недостаточно корректно понимаются врачами. Ситуация такова, что больные люди сегодня все больше страдают не от реальных проблем, а от гипердиагностики!



Каждый медицинский термин – это, по сути, диагноз. А когда терминов много в одном диагнозе, да еще при всем том многие из них являются синонимами?!

Назначение большого количества лекарств может привести к развитию новых болезней и приему еще большего числа препаратов. Ятрогения – болезнь от лечения: чем больше лечишься, тем больше болезней.

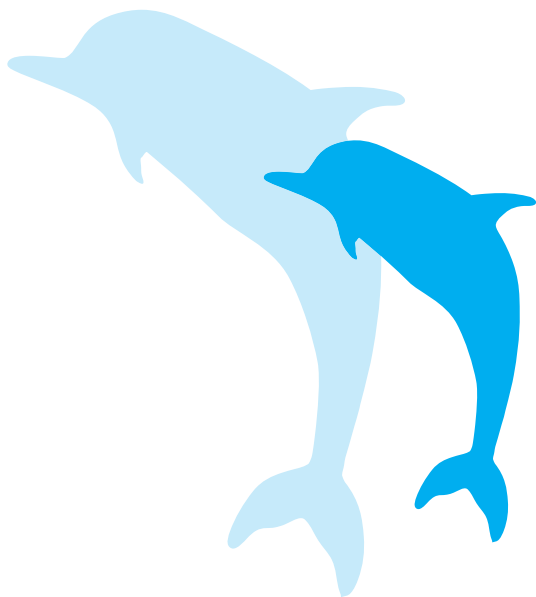
В разделе о лечении коленных суставов, хочу обратить ваше внимание на некоторые лекарства, обычно выписываемые врачами. Вернее, на их побочные действия. И становится ясно, что многие лекарства, назначаемые в избытке и не к месту, представляют собой яд. Много таких «штампов» существует, например, в схеме лечения крупных суставов. Буквально каждый мой пациент на вопрос «Как и чем вы лечились?» – рассказывает об одних и тех же медикаментах.

И только когда больные убеждаются в бессмысленности применения дорогостоящих лекарств – начинают думать и искать другие, более надежные средства лечения. В книге приводится много историй: печальных и трогательных. Они будут интересны всем, кто уже попал или не хочет попасть в обойму больных людей. Своими рассказами я объясняю природу разумного тела, подтверждая истину, что человек создан по образу и подобию Творца. Читайте. Уверен, что после прочтения этой книги у вас найдется время для размышлений о своем собственном образе жизни.

Ваш доктор БУБНОВСКИЙ

РАЗДЕЛ 1

ОСТЕОХОНДРОЗ



Сложность лечения остеохондроза заключается не в методике врача, а в психологии пациента. Методики могут быть разные, психология — одна: «Я не виноват в своих болезнях!»

Преобладающее число людей при разного рода болях (например, в позвоночнике, в суставах, в сердце, тазовые боли) полагают, что это болезнь. То есть они, мол, попали под воздействие на их организм посторонних факторов, не зависящих от их поведения, воли и образа жизни. Поэтому и лечить их должен врач. Да и врачи в преобладающем большинстве считают так же. Этому учит и теория медицины, которая использует различные неправомерные, т.е. не имеющие отношения к действительности, словосочетания.

Например, нам ставят диагноз «ущемление нервного корешка», хотя на самом деле доказано, что корешки при остеохондрозе не ущемляются и нервы не болят, т.к. не имеют болевых рецепторов.

Мы говорим: «отложение солей» при подагре, вместо того чтобы сказать: «атрофия мышц стопы»; «ишемическая болезнь сердца» (ИБС). То, что ишемическая — верно, но то, что болезнь, а не образ жизни, приведший к поражению сосудов... об этом стоит поговорить отдельно;

«воспаление придатков» или «воспаление предстательной железы» почему-то связывают с переохлаждением, а не с застоем в мышцах промежности и малого таза. Таких примеров множество.



С этими так называемыми болезнями жить можно достаточно долго, хотя, как правило, самочувствие ухудшается медленно, но верно.

Истинная болезнь — это состояние организма, находящегося в кризисе не по своей воле, а по стечению обстоятельств. Например, вирусный гепатит, инфекционный миокардит, отравление, травма, онкологические проблемы и другие недуги.

Что же касается хронических заболеваний позвоночника, суставов и сосудов — это расплата за неправильную эксплуатацию тела или, как сейчас принято говорить, за неправильный образ жизни.

По учению И.П. Павлова, знаменитого русского физиолога, организм человека — это машина, саморегулирующаяся, самовосстанавливающаяся и даже самосовершенствующаяся.

За этой машиной (человеческим организмом) так же, как и за любой другой, нужен уход и профилактика, в данном случае — гигиена. Если ухода нет, рано или поздно потребуетсЯ ремонт. Если время мелкого ремонта упущено, требуется капитальный, что по отношению к организму человека связано прежде всего с трудом и терпением. И этим должен заниматься специалист. К сожалению, большинство из нас не хотят трудиться и во всем винят медицину. Если за 10—12 дней пациенту не вылечили позвоночник и суставы в 60—70-летнем возрасте, виноват, конечно же, врач.

С одной стороны, понимаешь, что такую психологию не исправит, так стоит ли расстраиваться из-за элементарного непонимания причины своего состояния.

Но, с другой стороны, всегда расстраиваешься из-за раздражения нетерпеливых больных. Спрашиваю пациента, видимо, в глубине души сомневающегося в необходимости лечения: «Жить хочешь?» — «Да!» — «Под себя или хорошо?»

Смеется. Теперь ему все ясно.



Организм — это большая система со своими подсистемами — мозг, сердце, легкие, печень, почки, позвоночник, сосуды, органы малого таза. Подсистемы имеют относительную автономность, и сбой в работе какой-либо из них не может сразу выключить всю систему, так как на помощь приходят органы других подсистем. И существование всей системы в целом может продолжаться достаточно долго.

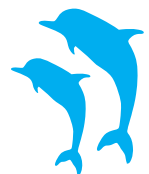
В качестве иллюстрации можно привести те клинические случаи, когда больного ведут одновременно несколько специалистов. Кардиологи порой диагностируют несколько заболеваний: ишемическую болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз, разного рода аритмии и гипертоническую болезнь.

Гастроэнтерологи и проктологи ставят свои диагнозы: гастродуоденит, колит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, запор, геморрой и трещина в прямой кишке.

Невропатологи или артрологи ставят одному и тому же больному и деформирующий остеохондроз, и грыжу Шморля, и смещение межпозвонковых дисков.

Каждый из этих специалистов выписывает свои лекарства. Я насчитывал как-то 15 наименований лекарственных препаратов, назначенных одному пациенту. Однако результатом подобного лечения становится ухудшение общего состояния больного за счет несовместимости принимаемых лекарств. Поэтому при лечении таких пациентов необходимо выбрать единый системообразующий орган, управляя которым можно выправить всю систему организма.

Таким единым системообразующим органом, безусловно, является мышечная ткань, от состояния и функционирования которой зависят все вышеназванные органы. Но этот орган, составляющий 60% тела человека, симптоматической медициной не учитывается вовсе. Знаменитый американский врач и исследователь Герберт Шелтон в своей работе «Натураль-



ная гигиена» пишет: «Медицина столь безопасно спряталась в «официальном невежестве», что слепа к простым истинам, кои любой разумный человек в состоянии постичь. Гигиена должна до основания разрушить всю лекарственную систему и дать народу систему ухода за телом и разумом, основанную на законах природы. Прискорбно, что люди умирают от нарушения элементарных законов, когда даже простое знание их не только бы помешало им стать пищей для земляных червей, но сделало бы их жизнь прекрасной и содержательной».

В этой книге я хочу ответить на многие вопросы о «непонятных» болезнях, которые много лет выслушиваю от своих пациентов. Пусть прочитают ее и раз, и два, и три. Уж больно непривычная в ней информация. Нелегко сразу ее воспринять.

ЧАСТЬ 1

Остеохондроз – третья позиция

Боли в спине — довольно частое явление в жизни каждого из нас. Этой проблеме посвящены сотни медицинских и парамедицинских исследований, однако врачи и ученые так и не могут прийти к единой точке зрения об истинном происхождении этих болей. Их связывают с ущемлением и воспалением спинномозговых нервов или корешков, переохлаждением или сквозняками, неловкими движениями или тяжелыми физическими нагрузками, вирусными или инфекционными заболеваниями и так далее. Однако лишь опираясь на диагноз, врач должен назначить соответствующее лечение. Вот где зарыта собака! Что назначить, если причин много, и все они условны? Видимо, поэтому и нет единой точки зрения на какое-то одно лекарство или метод лечения. Вот наиболее распространенные диагнозы, которые ставят врачи при болях в спине: спондилоартроз, спондилез, фиксирующий гиперостоз, клиновидные позвонки, незаращение дуг, переходные позвонки, гемангиома позвонков, варианты ширины позвоночного канала, хрящевая сакрализация, незначительная асимметрия половин дуг. Эти диагнозы, как правило, ставят исходя из заключений рентгенологов.

Другие связывают появление болей в спине с достаточно большой системой соединительной ткани, непосредственно относящейся к позвоночнику. Боль возникает именно в мягких околопозвоночных тканях, к которым относятся мышцы, сухожилия, связки, фасции. Почему мягких? Потому



что эти ткани в основном состоят из воды, и об их состоянии из рентгенограммы ничего узнать невозможно. В таких случаях диагнозы, выставляемые врачами при объяснении болей в спине, звучат так: ревматизм мягких тканей, мышечный ревматизм, ревматическая миалгия, миозит, фасцит, миофасцит, фиброзит, фибропатический синдром, миопатоз, фибромиофасцит, тендиноз, миотендиноз, тендинит, миотендинит...

Но этот раздел посвящен остеохондрозу.

К какой же позиции врачей относится этот медицинский термин?

И к первой, и ко второй, и к третьей. А что это за третья позиция?

В последние годы благодаря собственной медицинской практике и самому расследованию причин болей в спине я стал склоняться к этой третьей позиции. Хотя мое объяснение не очень вписывается в чисто медицинское.

Остеохондроз — это не болезнь. Это расплата за непонимание и незнание собственного организма. К чему отнести это определение? К медицине? К философии? К религии?

С тех пор как я стал изучать физическое устройство человека, я стал задумываться о душе. Кто мы? Почему мы, **созданные «по образу и подобию Его», страдаем от остеохондроза и не можем справиться с болями в спине без таблеток!**

Растет количество обезболивающих лекарств при болях в спине, множится количество рецептов народной медицины. Видимо, потому, что сиюминутное избавление от болей в спине большинством специалистов и стало считаться излечением от остеохондроза. И хотя в дальнейшем возникают рецидивы и люди, их испытывающие, вынуждены надевать разного рода



корсеты и выполнять рекомендации врачей по ограничению физической деятельности, именно такой подход к делу почему-то стал устраивать большинство. Но разве не хочется избавиться от этих болей навсегда?

Моя практика, и прежде всего при работе с пожилыми людьми, доказывает: желание есть у всех и каждого. Чем больше живет человек, тем больше ему хочется жить, не снижая качества жизни. Таблетки же способны заглушить боль лишь на время. Более того, наступает момент, когда таблетки уже не помогают, хотя их количество растет. Хочется жить! Но как? Вспоминаю одного моего пациента 82 лет, которого привели ко мне, т.к. самостоятельно он передвигался с большим трудом. Бывший профессиональный спортсмен-лыжник долго рассказывал мне про свою жизнь. Я, как мог, успокаивал его, пытался подобрать программу хотя бы для частичного восстановления, в которую входили упражнения на специальных тренажерах. Увы, он не смог сделать ни одного из них. Опечаленный, спрашивает меня: «Почему так случилось? Почему я такой слабый?» — «Потому что у вас больше нет мышц». — «Но я же спортсмен! Профессиональный лыжник! Почему исчезли мои мышцы?» — «Потому что вы давно перестали бегать на лыжах». Он заплакал. Он понял этот мой диагноз. Мою третью позицию.

Иллюзии здоровья

Большинство людей питают иллюзии в отношении своего здоровья.

Как это понять? Как правило, пациент, приходящий на прием с болями в спине, считает себя вполне здоровым, а боли — случайностью, невезением. Объясняет их тем, что поднял что-



то тяжелое, наклонился, повернулся резко и так далее. Мол, если бы не сделал это неудачное движение, ничего бы не произошло. Но он же раньше выполнял эти и другие движения, и все было нормально...

Почему-то об этом не задумываются... Списывают на случай.

Просят: «Крутани, уколи, сделай что-нибудь, доктор, чтоб сразу все наладилось. Я не виноват, просто неудачно повернулся».

**Большинство людей питают иллюзии
в отношении своего здоровья.**

«Вы давно, — спрашиваю я больного, — подтягивались на турнике? А на брусьях отжимались? Каким был ваш вес в 16 лет? А сейчас?»

Человек с болями в спине, забывший тот год, когда был способен подтянуться и отжаться, да еще прибавивший с тех пор 20—30 кг детренированного тела, висящих на его позвоночнике, удивляется, что вдруг заклинило спину, после того как он просто наклонился завязать шнурки... Именно в этот момент кончилось его здоровье, но он этого еще не понимает. Ведь не было ни падений с высоты, он не получал ударов во время спортивной игры, не попадал в автомобильные аварии... Вот так, сразу все кончилось?! И поэтому понять истинную причину боли в спине он не может, вспоминая лишь пресловутые шнурки. Мой друг Анатолий Яновский однажды, слушая мою философию нездоровья, сказал: «Страшно подумать, что вся наша жизнь — одно неловкое движение». Вы знаете, я вынужден был согласиться с ним.

Что надо понять, чтобы стать объективным к самому себе?



Первое. Большинство людей искренне считают, что желают здоровья, поднимая рюмку водки или бокал вина за столом у юбиляра, вместо того чтобы встретить юбилей в спортзале!

Обратите внимание: подавляющее число телевизионных передач, посвященных медицине и... здоровью, проходят в медицинских кабинетах, в больницах, при этом рекламируются необыкновенные чудо-лекарства или «эффективные» операции. Эти передачи не проходят на стадионах, в парках, в лесах и полях, где свежий воздух, много солнца и зелени. Где хочется улыбаться, бегать, собирать цветы, любоваться природой. Нет, о здоровье говорят именно в медицинских кабинетах. А вы не задумывались, что слово «больница» происходит от слова «боль, болезнь». В больнице лежат больные люди. На этой маленькой территории их много, и все они говорят о своих болезнях, и все они глотают таблетки и «висят» на капельницах. Поэтому они и не могут говорить о здоровье. Я не видел ни одного здорового или по-настоящему выздоровевшего человека, вышедшего из больницы после лечения. Я видел — выживших...

Второе. Большинство считают, что здоровье населения страны зависит от возможности проведения операций на сердце всем, нуждающимся в ней. А не от воспитания здоровых детей! Я не выступаю против аортокоронарного шунтирования (АКШ) на сосудах сердца, если это спасет жизнь и продлит ее. Эти методы, конечно, надо совершенствовать, хотя бы потому, что население не виновато в своих болезнях. Их так воспитали. Но когда с высоких трибун заявляют об этих операциях, как о приоритете в охране здоровья, мне становится страшно. Подобные операции надо скорее относить к охране «нездоровья» или продления нездорового образа жизни. Никакое государство не добьется долгого и благополучного существо-



вания своего народа, если не будет заботиться о воспитании здоровых детей. Но что толку говорить о здоровом образе жизни, если Система не готовит специалистов по воспитанию здоровья. Я не знаю ни одного медицинского университета, где была бы кафедра «здорового образа жизни». Есть кафедры ЛФК, адаптивной физкультуры. Но все это не то. Правила учения о здоровом образе жизни, ювенология должны изучаться отдельной дисциплиной, иметь свои кафедры, институты и телевизионные программы. Консультации врачей-специалистов по здоровому образу жизни должны проводиться в женских консультациях, в роддомах, яслях, детсадах и, конечно же, школах.

Но сегодня это утопия.

А вы спрашиваете, откуда взялись боли в спине?

Третье. Для начала приведу еще один пример.

Проезжаю по мосту над Москвой-рекой. Мороз 22°. Москва-река дымится. Она не замерзает, а «Незамерзайка» (незамерзающая стеклоомывающая жидкость) в моей машине почти замерзла. Все ясно. Мы дышим горячим воздухом, точнее, смрадом. И не замечаем этого и даже не задумываемся об этом! Привыкли? Или так воспитаны? Где экологи? Сносят чьи-то дачи, построенные «не там»? А как быть миллионам, проезжающим над вонючей Москвой-рекой и вдыхающим мерзкий отвратительный воздух! Кто говорит о вреде от курения? От курящего человека можно отойти... А как отойти от испорченной экологии города? Выбраться за город? Пожалуй, это выход. И к этому рано или поздно придет урбанизированное человечество, если сумеет выжить в городе и хотя бы частично сохранить свое здоровье. Надо думать об этом постоянно и предпринимать какие-то действия, чтобы спасти хотя бы своих детей, свой генофонд.



«А при чем здесь остеохондроз?» — спросите вы. Я отвечу. Это и есть моя третья позиция.

Остеохондроз — это не болезнь, это образ жизни. Задача каждого человека — выбрать свой путь. Лечиться до самоуничтожения, меняя таблетку на таблетку? Или восстанавливать свое здоровье, отказавшись от них?

Здоровье — это труд!

Труд — это терпение!

Терпение — это страдание!

Страдание — это очищение!

Очищение — это здоровье!

И ни один пункт из этого алгоритма восстановления здоровья выбросить не удастся.

Анатомия остеохондроза

Позвоночник — это ось тела, это каркас дома. У дома есть фундамент, у дома есть крыша, но в доме нельзя жить, если нет окон, водопровода и тепла. Почему во всех медицинских источниках позвоночник рассматривается вне связи с состоянием мышц, связок, нервов, сосудов, благодаря которым осуществляется его жизнедеятельность?

На самом деле позвоночник — это не только позвонки и диски. Это и мышцы, и связки, и сосуды, и нервы. Центральная нервная система, проходящая через позвоночник (спинной мозг), управляет позвоночником через мышцы. Их много. Анатомы насчитывают около 700 только непарных (и это не считая мимических мышц лица). Зачем такое



количество, если даже при тяжелой физической работе человек использует около 40% от их числа? Все очень просто! Через них происходит управление телом — костями, суставами и различными органами. Да, и органами тоже. Сердцем, печенью, селезенкой, почками... В свое время йоги показали асаны, управляющие чакрами, а через них — органами. Сейчас йога снова в моде. Единственное, чего не понимают начавшие заниматься йогой после 40 лет, это то, что в Индии хатха-йога изучается с детства и где-то лет до 26. Затем йоги начинают заниматься сидением, то есть медитацией. Мне об этом поведал один известный в Индии мастер, которому на тот момент было 75 лет, и я помогал ему избавиться от **болей в спине**, будучи специально для этого приглашенным в Индию.

**Позвоночник — это не только позвонки
и диски. Это и мышцы, и связки,
и сосуды, и нервы**

Как можно восстановить позвоночник, если не принимать во внимание его анатомию и физиологию? Таблетками? Застегиванием в корсет? Блокадами, убивающими периферические нервы? Может, проще лечь в гроб! Тоже своеобразный корсет... Зачем себя так истязать? Ведь все эти так называемые лечебные (общепринятые) методы убивают мышцы, не используя их. А вместе с этими атрофированными бездействием мышцами разрывается связь периферии тела с центральной нервной системой. Если таблетка заменяет управление телом, а значит, заменяет сознание, то, как следствие, уничтожается и Дух.



Разве не так? Могу перечислить основные методы «уничтожения» мышц:

- нестероидные противовоспалительные средства (НПВС);
- физиотерапевтические методики (лазер, фонофорез, ультразвук, ударно-волновая терапия);
- бальнеотерапевтические средства (разного рода ванны, душ Шарко, грязелечение, карипазим и так далее);
- вытяжения (сухие и водные);
- массажи, иглотерапия, апитерапия, гирудотерапия, прижигания сигарами;
- и, конечно, ограничение нагрузок (ЛФК не в счет).

Какие уж тут нагрузки! Все, оставшееся от тела, затягивают в корсет.

Уверен, что разумный человек, особенно работоспособного возраста, меньше всего желает носить любые корсеты, но почему-то с удовольствием в них облачается и послушно глотает таблетки, пока не наживет язву желудка или аллергию от лекарств.

Разве за этим пациент с болью в спине пришел к врачу?

Лично я считаю бессмысленным применение корсетов при болях в спине. Представьте, что за вашим окном от ветра или по каким-либо другим причинам наклонился телеграфный столб, и вы, вместо того чтобы приложить усилия и вернуть его в вертикальное состояние, перематываете скотчем. Приблизительно такое же действие оказывает корсет, который в принципе не может выровнять позвоночник, находящийся в центре тела, но сдавить мышцы и поспособствовать их атрофии — может. Ношение корсета сравнимо со жгутом на руке, останавливающим кровообращение при внутривенных инъекциях. Корсет, используемый даже короткое время, способствует опущению внутренних



органов, снижению перистальтики кишечника, ухудшению работы почек и нарушению кровообращения тазовых органов.

Другие вышеперечисленные средства относятся всего лишь к отвлекающей терапии. Не помогло одно, попробуем другое. И так до бесконечности, пока хватит терпения пациента, денег и... здоровья.

Почему такого рода лечение при диагнозе «остеохондроз», как правило, не дает нужного эффекта, то есть восстановления полноценной трудоспособности?

С моей точки зрения, лечение при остеохондрозе необходимо назначать только после функционального исследования больного, а не после рентгенологических или томографических снимков. Если же провести диагностику всех мышц туловища и всех суставов, то можно выявить интересные закономерности, связанные с болью в спине, но к спине не относящиеся. В качестве примера хочу привести первую историю болезни, являющуюся достаточно обычной по своей сути, если бы не страдания этой больной в течение 4 лет.



ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Нехирева С.Ю., 46 лет

Жалобы на боли в поясничном отделе более 4 лет.

Основной диагноз: распространенный остеохондроз позвоночника.

Назначаемое лечение: НПВС, иглотерапия, массаж — без эффектов. В процессе лечения перенесла операцию по удалению кисты яичника.



Дело в том, что вся сосудистая система организма человека находится внутри мышц, которые способствуют транспортировке всей крови и лимфы до мест назначения (мозг, сердце, внутренние органы, межпозвонковые диски и суставы).

Мы провели диагностику, о которой я написал выше, в результате чего выявилось следующее: **мышцы нижних конечностей ригидные** (жесткие, короткие и лишенные необходимой эластичности). К тому же сильно атрофированные. Например, пациентка оказалась неспособной, лежа на спине, выпрямить ногу, держа ее за стопу, и выполнить ряд тестов на силу отдельных мышц. Надо сказать, что это достаточно важные показатели функциональных возможностей опорно-двигательного аппарата. Дело в том, что вся сосудистая система организма человека находится внутри мышц, которые способствуют транспортировке всей крови и лимфы до мест назначения (мозг, сердце, внутренние органы, межпозвонковые диски и суставы). Мышцы — это насосы, без полноценной работы которых кровообращение невозможно. Их надо рассматривать не просто как анатомические ткани, осуществляющие двигательную функцию костей и суставов, как это представляет большинство врачей, занимающихся лечением остеохондроза. А прежде всего как информационную и транспортную систему.

До прихода в Центр кинезитерапии наша пациентка лечила больше 4 лет боли в спине лекарствами, физиотерапией,



покоем и мало того что не добились желаемого результата, но и еще перенесла операцию на органах тазового дна (киста яичника), кровообращение которых полностью зависит от мышц поясничного отдела позвоночника. Диагностику этих мышц перед операцией на яичниках не проводили. А жаль...

За свою уже немалую жизнь в медицине я видел много случаев самоизлечения организма от кист яичников, миомы матки у женщин, простатита и аденомы простаты у мужчин при лечении позвоночника с диагнозом «поясничный остеохондроз» методом кинезитерапии, или терапии правильным движением.

Мы при лечении пациентки, о которой идет речь, сделали акцент именно на ригидности и слабости мышц нижних конечностей. Без тренажеров это сделать невозможно!

Сейчас она самостоятельно ходит в тренажерный зал и уже не нуждается в медицинском сопровождении. Она поняла свои слабые зоны и восстановила их до нормы с помощью тренажеров.



ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Давыдов А.Е., 35 лет.

Жалобы на боли в поясничном отделе позвоночника, онемение и парез левой стопы (хлопающая стопа).

Длительность острого состояния — 3 месяца.

Диагноз: остеохондроз позвоночника с грыжами МПД (незначительными). — Б.С.).

Лечение: блокады, таблетки, иглотерапия, массаж, физиотерапия (все, как обычно. — Б.С.) — без эффекта.



Мы провели функциональную диагностику мышечной системы, которая выявила все то же: **перенапряжение мышц поясничного отдела спины и отсутствие эластичности в мышцах нижних конечностей**. Тесты на тренажерах выявили слабость отдельных мышц и плохую подвижность суставов тела.

Надо сказать, что функциональное состояние мышечной системы мы тестируем на специальном силовом декомпрессионном тренажере МТБ¹.

Хотелось бы отметить, что этот пациент до обращения в наш центр перенес операцию на сосудах сердца (стентирование) и удаление части мениска левой ноги.

Все это значительно осложнило лечение, т.к. многие упражнения мы первое время назначить не могли.

Акцент в лечении спины был сделан на восстановление силы и эластичности мышц ног, а также на устранение напряжения мышц спины. Такой подход к лечению позволил восстановить не только нормальное кровообращение в поясничном отделе спины, но и чувствительность и тонус в левой стопе.

Этот пациент тоже научился понимать свое тело, его слабые зоны и в дальнейшем стал заниматься самостоятельно, что носило уже профилактический характер.

Особенности нашего лечения я опишу в отдельной главе. Сейчас обращаю ваше внимание на общие закономерности функционирования опорно-двигательного аппарата, не учитываемые тем не менее при лечении болей в спине в обычной практике. Эти закономерности мы объединяем в общее понятие мышечной недостаточности. Я привожу истории болезни разных людей с одной целью, чтобы внимательный читатель смог провести параллель с какой-нибудь из этих историй.





ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Маринина Т.В., 48 лет

Жалобы на поясничные боли, распространяющиеся на правую ногу, которая «буквально отваливается». Продолжительность более 6 месяцев.

До обращения в наш центр приняла обычное в таких случаях лечение: внутримышечные инъекции, мануальную терапию, сухое вытяжение и лазерную физиотерапию. Без эффекта. В результате получила «лекарственную болезнь» желудочно-кишечного тракта и депрессию.

И в этом случае были исследованы все мышцы тела. Проявили себя все те же «слабые» зоны туловища: **излишнее напряжение околопозвоночных мышц** грудного и поясничного отделов спины и **отсутствие эластичности в мышцах бедра**. Тестирование на тренажерах подтвердило уже почти обязательную в таких случаях слабость отдельных мышц. Я вообще удивлялся, что она могла выполнять какие-то упражнения на тренажерах. За 12 сеансов работы на тренажерах пациентка пошла на поправку. Ее восторгу не было предела. Ведь раньше ей вообще запрещали что-то подобное делать и, наоборот, предписывали покой.

По этому поводу расскажу такой случай. Один мой знакомый, известный врач, профессор, нейрохирург обратился ко мне с просьбой помочь ему избавиться от болей в спине. Он имел избыточный вес и боли связывал именно с этим. Зная, что я использую специальные тренажеры, он решил заодно и похудеть. Через 12 сеансов боли ушли, при этом он не при-



нял ни одной таблетки. Я услышал его недоуменный вопрос: «А что ты все-таки делаешь?» Этот высококвалифицированный врач не мог понять, что можно избавиться от боли без таблеток, используя тренажеры, которые для него ассоциировались только со спортом, то есть с нагрузками, обычно запрещаемыми врачами. Тем более трудно такой подход к лечению понять хирургу, привыкшему все проблемы решать оперативным путем. А тут — без таблеток, операций и стационара?! Это пример. Многие мои товарищи, и хирурги в том числе, посылают ко мне своих знакомых с болями в спине, потому что сами прошли через кинезитерапию. Врачи в подавляющем большинстве не верят в возможности самого организма, т.к. не изучают их. Они воюют с организмом, а не берут его в соратники. Болезнь дается человеку, чтобы очиститься, а страдания (боли) — чтобы понять необходимость этого. Зачем же жить в своем теле, как в окопе, отстреливаясь таблетками от болей? Неужели так примитивен человек?

Однажды я шел домой, вернее, еле передвигался, тяжело опираясь на трость. И вдруг мне захотелось помолиться. Я не знал, как это делается. Просто просил Бога помочь мне выздороветь. Нет-нет! Я не просил! Я обратился к нему, т.к. был близок к глубокой депрессии и уже не верил, что смогу избавиться от этой беды. Но что-то случилось после моего обращения к Богу... Нет. Не чудо выздоровления. **Просто появились новые силы! Хотя, может, это и есть чудо?..**

Прошло много лет. Со своими проблемами я справился. Были и операции, части из которых можно было бы избежать, если бы я знал законы кинезитерапии. Но я всегда был против лечения лекарствами. У меня получилось. Получится и у вас. Но в одном случае. Если вы полюбите себя, свое тело, свои мышцы и суставы. Научитесь заботиться о них, а не только



безжалостно эксплуатировать. Причем эксплуатация — это не только работа. Это еще и игнорирование законов организма, в котором живет ваш Дух, который хочет иметь чистый, ухоженный храм! Поэтому основная задача этой книги не только рассказать о новом методе избавления от болей — кинезитерапии, но, и это основное, заставить задуматься о главном — о здоровье, без которого все остальное бессмысленно.

**Болезнь дается человеку, чтобы
очиститься, а страдания (боли) — чтобы
понять необходимость этого. Зачем
же жить в своем теле, как в окопе,
отстреливаясь таблетками от болей?**

Вот и последнюю пациентку (третья история болезни) я спросил, давно ли она последний раз делала серьезную гимнастику в тренажерном зале или бассейне. Улыбнулась. Зачем? Она тяжелее косметички ничего никогда не поднимала. Ведь без этого можно обойтись. «Но, с другой стороны, — я попробовал ее заставить поразмышлять, — если есть мышцы, которые должны выполнять что-то, но не выполняют, что с ними происходит?» — «Атрофируются». Все вроде бы правильно, только надо понять глубже эти процессы атрофии мышц. Ведь это медленное умирание тела при живом организме, к сожалению, часто с болями и поражением других органов — яичников, матки, молочных желез, головного мозга. Подчеркиваю: атрофия мышц живого тела. В возрасте чуть больше 40... Хотите попробовать? Или почувствовать? Идите в аптеку...



Что же такое остеохондроз — болезнь позвоночника или часть общей болезни организма человека? «Тело задавит, если им не заниматься», — часто говорю я больным.

Это значит, что человек, не упражняющий свои мышцы, способствует их ослаблению (атрофии). Мышцы, атрофируясь, сжимаются в объеме. Это значит, что и сосуды, и нервы, проходящие сквозь эти мышцы, сжимаются, ухудшая кровоток и питание суставов и органов. Получается, что человек, внешне выглядящий вполне нормально, внутри сжат, затянута. И таким образом, страдает не только позвоночник, но и весь организм. Уже доказано, что отдельно взятая мышца и даже группа мышц, например сгибатели, без разгибателей работать не могут. Последовательное сокращение мышц для того, чтобы наклониться или подтянуться, стали называть анатомическими поездами. Но поезд — это не только последовательное соединение вагонов, это еще и содержимое вагонов (цистерн), которое доставляется до пункта назначения. Если поезд идет очень медленно, да еще и с большими остановками, содержимое вагонов может потерять качество, рельсы заржаветь. Так и выполнение упражнений от случая к случаю, да еще и в малом количестве, способствует тому, что на позвоночнике откладываются остеофиты, а межпозвонковые диски и суставы тела высыхают. Остеохондроз — своего рода ржавчина позвоночника и суставов, которая накапливается в течение жизни при нехватке движения, напряжения, растяжения.

Внешне человек с развивающимся остеохондрозом выглядит здоровым, хотя элементарно наклониться, чтобы достать руками пола, не может. «Проржавели» суставы позвоночника, и его глубокие мышцы затвердели. Одним словом — мышечная недостаточность, появившаяся порой после 22 лет. Уходят силы, выносливость, гибкость, а человек



считает потерю этих функций нормой. Но если неожиданно придется наклониться, да еще несколько раз, визит к врачу неизбежен. А далее по плану — таблетки, физиотерапия, корсет.

Кстати, боли в спине даже чаще возникают у спортсменов. И это при наличии великолепно развитых мышц, регулярной тренировки своего тела и молодости. Об этом следующая глава нашей книги.

Остеохондроз и спорт

Мне часто приходится консультировать профессиональных спортсменов: «Доктор, почему у меня остеохондроз? Я же занимаюсь спортом, и мышцы хорошие...» — «Не надо путать эксплуатацию своего тела, которая в спорте порой несоизмерима с возможностями организма, с правильной профилактикой после столь неумеренной эксплуатации».

Как показывает практика, тренировочные занятия всегда направлены только на достижение нужных спортивных результатов, а врачи команды лишь оказывают первую медицинскую помощь или направляют спортсменов для лечения в диспансеры в случае болезни или получения травмы. Тренер, создавая программу, не советуется с врачом, не учитывает возможности организма своих подопечных. Выигрывает — хорошо, не выигрывает — подберем замену. Но ведь и врач порой неспособен помочь пациенту, так как сам не знает законов влияния мышечной системы на здоровье человека. Врачи, как правило, изучают рецептуру лекарственных средств для лечения острых и хронических состояний. Пожалуй, даже массажисты — и то больше сведущи в этом вопросе. Вот и не приходится удивляться тому, что многие



спортсмены при великолепной физической составляющей часто страдают от острых болей в спине.

Это, кстати, относится и к любителям марафонского бега, и к туристам, и к тем, кто занимается йогой, фитнесом, то есть ко всем, кто старается следить за собой, но законов правильной эксплуатации организма не знает. Этому не учат даже инструкторов фитнеса в академиях спорта. Остеохондроз — это не столько болезнь, сколько отсутствие грамотности в вопросах здорового образа жизни.

Вот почему сейчас так важна кинезитерапия — наука о лечении движением, главный принцип которой: «Правильное движение лечит, неправильное — калечит». Если в уже описанных историях болезни мы рассматривали мышечную недостаточность, то для спортсменов, наоборот, характерно избыточное количество мышц, забитых, перегруженных и в таком состоянии плохо управляемых. Они и влияют на способность спортсмена выполнить движение, которое он тренировал всю жизнь, а сейчас чувствует боль при попытке его сделать. Это можно назвать «спортивным остеохондрозом», или правилом «4х4».

Правило «4х4»

Это правило я ввел в свою практику после того, как мне посчастливилось поработать с командой «КамАЗ-Мастер» на ралли по бездорожью, в частности на ралли «Париж — Дакар». Вам не приходилось ездить на спортивных машинах, адаптированных к бездорожью? В этих машинах все чрезмерно усилено: дуги безопасности, подвески, амортизаторы, кузов — только для того, чтобы они не развалились на этих трассах. Их и называют внедорожниками «4х4». А обычные кроссоверы имеют



оснащение только для езды по асфальтированным трассам. Их называют «паркетниками». Эксплуатация таких машин не требует усиления кузова, как у внедорожников.

Так вот все спортсмены — это внедорожники «4x4».

Их опорно-двигательный аппарат (ОДА) испытывает огромные нагрузки и поэтому требует таких же огромных усилий на восстановление.

Если кроссоверу требуется профилактический осмотр (ТО) после каждых 15 тыс. км, то внедорожнику — после каждого этапа ралли по бездорожью. Чувствуете разницу?

Спортсмены уверены, что если у них хорошо развитые мышцы и они способны выдерживать громадные нагрузки, болезней, связанных с мышечной недостаточностью, таких как остеохондроз, у них быть не может. Но спортсмены забывают, что они — «внедорожники», и профилактику при эксплуатации своего тела им надо проводить после каждой тренировки, а не 2—3 раза в неделю, как людям, далеким от спорта.

Правда, спортсменов восстанавливать и лечить с помощью кинезитерапии легко. Они мотивированы к активному лечению и даже после серьезных травм, полученных на тренировках или во время соревнований, мечтают вернуться в спорт, поэтому могут и трудиться, и быть терпеливыми при выполнении всех рекомендаций кинезитерапевта. Люди спорта не относятся к той типичной категории пациентов, которую я характеризую тремя словами: ленив, труслив и слаб.

Лечебные программы для «внедорожников» и сложнее и жестче. Приходится учить их справляться с болевыми ощущениями, возникающими при движении, и порой лечить дольше, потому что обращаются они в крайних случаях, т.к. долгое время пытаются справиться самостоятельно привычными методами.



Спортсмены уверены, что если у них хорошо развитые мышцы и они способны выдерживать громадные нагрузки, болезней, связанных с мышечной недостаточностью, таких как остеохондроз, у них быть не может.

Проводя обследование их при болях в поясничном отделе позвоночника, у спортсменов я обнаруживаю, как правило, мощные, но совершенно забытые, можно сказать, деревянные мышцы. При этом у спортсменов нормальная подвижность самого позвоночника и достаточная гибкость. Если сравнивать их с теми, кто далек от спорта. Спортсменам же, заметьте, пришлось создавать индивидуальные сверхусиленные программы, чтобы добраться до спазмированных зон перетренированных мышц. А сверхусилие — это возможность терпеть нагрузки, которые даже этим тренированным людям казались сверхпороговыми. Но результатом терпения и работы стали новые спортивные достижения и умение быть здоровым, занимаясь большим спортом.

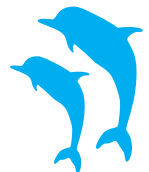
Но вернемся к проблемам историй болезни «паркетников» — людей, далеких от спорта. С ними все-таки сложнее...



ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ: «УСТАЛИ ЖИТЬ?»

Ковальковский В.А., 61 год.

Жалобы на острые поясничные боли в течение 4 месяцев, отдающие в правую ногу. Затруднения при наклоне после сидения.



Основной диагноз: распространенный остеохондроз с явлениями остеопороза. Резко снижена высота МПД L5-S1.

Из сопутствующих заболеваний можно отметить аденому простаты, лекарственную аллергию, нестабильное артериальное давление.

Ранее лечили как обычно: лекарства, блокады и даже ЛФК.

Мы провели диагностику глубоких мышц и связок не только позвоночника, но и нижних конечностей. На фоне искривления поясничного отдела позвоночника было выявлено (в который уже раз) **перенапряжение мышц** грудного и поясничного отделов и **опять же слабость ног** (результат теста).

Физиологи говорят, что максимальной силовой выносливостью человек, следящий за своим здоровьем, достигает к 65 годам.

Сделав акцент при лечении этого пациента прежде всего на восстановлении силы и эластичности мышц нижних конечностей, мы добились нужного результата. Пациент пошел на поправку, т.к. других сопутствующих этому заболеванию проблем не было.

Невольно возникает вопрос: «Почему люди перестают следить за собой?» Старость? Но 60 лет — это не возраст старо-



сти. Физиологи говорят, что максимальной силовой выносливости человек, следящий за своим здоровьем, достигает к 65 годам. В нашем случае пациент просто перестал делать гимнастику, то есть следить за собой... Или смирился: «60 лет — пора болезней», — так внушают врачи.

Для справки: крупные мышцы (к которым относятся мышцы ног) **при отсутствии силовых упражнений теряют свой объем до 30% уже за 4 дня неподвижности.**

Когда я работал главным врачом психоневрологического интерната для престарелых, то понял: старость страшна только в том случае, если человек не подготовил себя к ней. Именно тогда у меня, 35-летнего врача, родился афоризм: «Жизнь проигрывает тот, кто не подготовил себя к старости. **А старость — это не возраст, а потеря мышечной ткани, которая начинается после 30 лет.**»

Это страшно потому, что люди, находящиеся в состоянии полураспада своего тела, хотят жить, а жить уже нечем. И они этого уже не осознают. У многих за плечами десятилетия, насыщенные различными событиями. Они уважаемы и почитаемы. Они отдавали всего себя работе, семье, забывая при этом заботиться о собственном организме, откладывая это на пенсию, на старость. А когда наступил момент выхода на пенсию, оказывалось, что жить в столь изношенном болезнями теле невозможно. От него осталась труха. Тогда я еще не был готов брать на себя смелость давать таким людям радикальные советы для выхода из подобных ситуаций, не хватало опыта и жизненных наблюдений. Сейчас, спустя много лет, я готов дать рецепты, но, как показывает практика, воспользоваться ими смогут отнюдь не все, кто в них нуждается. И все по той же причине. «Поздно быть бережливым, когда осталось на доньшке, да и то, что осталось — самое скверное». Сенека (древнеримский философ).



БЕСПРЕДЕЛ БЕЗДЕЙСТВИЯ, или Законы остеохондроза

Индусы говорят: «В молодости человек тратит свое здоровье на то, чтобы заработать деньги, а в старости тратит деньги, чтобы купить здоровье; но этого никому пока не удавалось».

Чтобы победить врага, надо знать законы, которыми он руководствуется. Одна из истин медицины: «Medica mente, non medicamentis» («Лечи умом, а не лекарствами»).

Всю свою профессиональную врачебную жизнь я занимаюсь изучением возможностей организма человека, вернее, способов восстановления здоровья после тяжелых заболеваний и травм. На этом пути удалось открыть много интересного. Эти открытия, в частности, помогли и мне справиться со своими физическими недугами. Эти открытия я назвал законами остеохондроза.

Итак. **Закон ... второй:**

Остеохондроз — хроническое заболевание не только позвоночника, но и самосознания человека, которое наполнилось страхами, депрессиями и потерей ориентиров в жизни.

Этот закон вытекает из **первого закона:**

Остеохондроз позвоночника — это не болезнь. Это наказание за безобразное отношение к своему телу — Храму Святого Духа!

Одинаковых болезней нет, есть одинаковые диагнозы. Когда я работаю со своими пациентами, то стараюсь избегать трафаретов. Да, есть общие законы организма, но ведь каждый человек неповторим и живет в своем жизненном ритме, выбранном сознательно для достижения собственных целей. Но где есть сознательное, там есть и бессознательное. К этому



второму я отношу не паранормальные возможности человека, а неспособность осознания необходимости поддержания внутреннего порядка. Врачи называют это гомеостазом. Человек не задумывается над тем, почему по мере того, как он взрослеет, увеличиваются размеры его тела, сколько крови должно проходить по большому кругу кровообращения, зачем ему 700 мышц, 400 суставов, сотни километров сосудов и капилляров и т.д. Это дается от рождения. До какого-то периода это, данное свыше, и развивается само собой, без каких-либо особенных усилий. Но эта «халява» заканчивается к 23—24 годам, когда человек анатомо-физиологически созревает. Если до этого времени он ничем серьезным не болел, то, как правило, среднестатистический индивидуум уверен, что то, что «выросло», будет оставаться в таком же состоянии без прикладывания им усилий всю оставшуюся жизнь. Ему больше ничего от организма не нужно. Но иллюзии заканчиваются, как только человек взрослеет, и тут выясняется, что есть неожиданное для него состояние усталости, которое заставляет перенапрягаться. А на фоне перенапряжения появляются болезни и страхи. Человек, привыкший «не думать о своем внутреннем», считает эти болезни случайностью, т.к. не было каких-либо серьезных травм или заболеваний, и бежит к врачу. Он привык, что за него кто-то подумает и даст готовый ответ, как выйти из «неправильного» состояния. Врачей можно понять: у них таких много, а времени на пациента мало. И они идут по простому пути быстрого обезболивания и успокоения этого пациента. А значит, посылают его в аптеку. Обычно в первый раз это помогает. Но спустя какое-то время проблемы возникают вновь. И, как правило, в более тяжелом проявлении. Но он упрямо бежит все по тому же маршруту: врач — аптека — снова врач... Круг замкнулся.



Дальше происходит либо распад организма и личности, либо попытка найти другой путь к выздоровлению. Какой? Сарафанное радио или Интернет. Пациенты обращаются к нам, кинезитерапевтам, как к последней надежде.

Современная кинезитерапия — метод лечения острых и хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата или костно-мышечной системы с помощью специальных тренажеров (МТБ1-4), позволяющих активизировать ослабленные или, наоборот, перенапряженные мышцы в режиме декомпрессии, то есть без осевой нагрузки на суставы и позвоночник. А диафрагмальное дыхание, которому обучают пациентов, при выполнении этих упражнений позволяет снимать внутригрудное и внутрибрюшное давление, тем самым восстанавливая венозное кровообращение и лимфообращение. Кинезитерапевты исходят из того неоспоримого факта, что слабая работа мышц туловища, внутри которых проходят все сосудистые и нервные магистрали организма человека, не позволяет свободно, в полном объеме и с достаточной скоростью транспортировать кровь по большому (и, соответственно, малому) кругу кровообращения. Это приводит к подавляющему числу хронических заболеваний, перечисленных выше, то есть к нарушению питания (трофика), сужению сосудов (ишемия) и недостатку кислорода (гипоксия). Восстановление нормальной работы мышц и позволяет избавить пациента от болей в спине, загрудинных болей, восстановить нормальное внутричерепное давление и т.д. и т.п. Но основная трудность в том, что заставить работать ослабленные мышцы может только сам пациент. А ему трудно, он не знает, как, а то и просто лень. Лекарства подавили его волю. И в таких случаях на помощь приходит врач-кинезитерапевт, создавая индивидуальную программу действий на тренажерах, позволяющих включить в работу по перекачке венозной



крови снизу вверх сначала те мышцы, которые еще остались. Затем те, которые смогли восстановиться в режиме активизации самого пациента. И, наконец, все те, которые помогли запустить с прежней скоростью и в нужном объеме весь круг кровообращения. День за днем, мышцу за мышцей, сосуд за сосудом. Трудно, долго, но надежно!

Работа в этом круге кровообращения не должна прерываться, наоборот, необходимо набирать обороты, день за днем, год за годом. Оценить это по-настоящему может только тот, кто сумел выбраться из пропасти болезней, ощутил новое качество жизни, которая продолжается и на самом деле прекрасна!

Необходимо понять, что эти 700 мышц созданы для того, чтобы человек научился управлять своим телом; километры сосудов и капилляров, пролегающих в этих мышцах, нужны, чтобы по ним бежала кровь, питающая тело; а душа — чтобы все это чувствовать и совершенствоваться. Но человек двигается по инерции, его всегда кто-то направляет и решает его проблемы. Однако наступил момент, когда ему говорят: «Хватит. Теперь сам». А он не умеет... Врачи отучили, а противовоспалительные и успокоительные лекарства уничтожили возможность управления мышцами. Он получает последний совет и последнюю резолюцию от этих врачей: «Что вы хотите?! Возраст! Пришла пора болеть!» Он соглашается и с этим, и рад бы болеть, но без страданий и чрезмерных усилий дотянуть до конца жизни.

Но внезапно открывается еще одна правда жизни: «Надо нести свое тело, перемещать его в пространстве, хотя бы для того, чтобы дойти до аптеки. А для этого нужны мышцы, за которыми он не привык ухаживать, нужен крепкий позвоночник и суставы, которые нуждаются в хорошем питании, поступающем с кровью, бегущей по сосудам, которыми управляют мышцы. И этот круг замкнулся. А в результате — беспомощ-



ность, страх, депрессия и ... жизнь, которая продолжается в этом неуправляемом сознанием теле.

В современной медицинской литературе остеохондроз — заболевание, при котором происходят разнообразные дистрофические процессы, в результате поражаются позвонки и межпозвонковые диски. Напоминаю, дистрофия — это нарушение питания, за которое отвечают произвольные мышцы. При выпадении (атрофии) лишь одной мышцы появляется «дыра», в которую просачивается болезнь. Но отдельно взятая мышца, если нет прямой травмы, не атрофируется. Атрофируются сразу несколько мышц, несколько «сердец», приносящих питание к разным органам и тканям. Этот процесс хронический. Он начинается незаметно для самого человека, так как многие мышцы дублируют друг друга, и растянут во времени. Поэтому, когда на рентгенограмме видны дистрофические изменения позвонков и дисков, то есть остеохондроз, одновременно отмечаются и другие нарушения. Например, если видны изменения в шейном отделе позвоночника, сопровождающиеся болями в шее — то этому, как правило, сопутствуют головные боли и головокружения, онемение пальцев рук, депрессия, повышение внутричерепного давления и прочее. Если отмечаются дистрофические изменения в грудном отделе позвоночника, то помимо болей между лопаток, может быть также ишемия миокарда с явлениями аритмии или стенокардии, проблемы с легкими или бронхами и т.д. Дистрофические изменения в поясничном отделе, кроме самых распространенных поясничных болей, сопровождаются простатитом у мужчин, воспалением придатков у женщин, почечнокаменной болезнью и прочими недугами.

К 36—40 годам у человека, не следящего за сохранением этих самых семисот мышц, имеются первые признаки ишемической болезни сердца. В этом же возрасте еще нет грубых



изменений в структуре позвоночника, разве что изменения отдельных межпозвонковых дисков, чаще называемых протрузиями или грыжами. И, как правило, в этом же возрасте дают о себе знать головные боли, простатит, нарушения артериального давления. В зависимости от зоны поражения. Дальше — больше.

К 50 годам происходит потеря 40% мышечной ткани, взамен которой появляются избыточный вес и мощная жировая прослойка. Как правило, в этом возрасте люди уже неспособны подтянуться, отжаться или пробежать какое-либо расстояние, то есть выполнить нормативы здорового человека. На рентгенограммах или томограммах у людей в этом возрасте отмечаются грубые деформации позвоночника, то есть деформирующий остеохондроз (грыжи дисков, остеофиты, смещения позвонков, сужения позвоночного канала и проч.). Нестабильное артериальное давление переходит в стойкую гипертоническую болезнь. Боли за грудиной, отмечавшиеся в 35-летнем возрасте, трансформируются в хроническую ишемическую болезнь сердца и так далее.

Люди с болями в спине в этом возрасте помимо противовоспалительных препаратов, снимающих боли в спине, вынуждены принимать сердечно-сосудистые препараты, транквилизаторы, миорелаксанты и прочую лекарственную «нечисть», окончательно убивающую волю (сознание) и ускоряющую атрофию мышц. Вместо того чтобы задуматься, почему все это произошло и происходит, они продолжают себя травить и предаваться наркотическому дурману лекарственных средств.

Кажется, ясно, почему **к 60 годам** человеку жить нечем?

Почему его жизнь превращается в дырку от бублика?

И тем не менее он продолжает жить дальше.

И что самое интересное — хочет жить, не теряя качества жизни, которое, как он помнит, было в 30 лет?! Любит расска-



зывать, какой он был спортсмен или какая она была стройная. Но нынешнего себя сегодня осознать не хочет и признавать свою вину — тем более.

Таким образом, остеохондроз, или болезнь позвоночного столба, является на самом деле не отдельно взятым заболеванием, а маркером отношения человека к собственным мышцам.

Из всего этого вытекает **третий закон: Остеохондроз — это не болезнь. Это образ жизни человека.**

Так когда же остеохондроз начинает «кричать» о своем существовании? Это зависит от многих причин! И одна из основных — физическое воспитание, вернее, его отсутствие. Кто им занимается? Да никто! Нет больше такой службы! Раньше хоть были уроки физкультуры в школе. Но это было раньше. Даже Президент РФ признал, что эти уроки физического воспитания давно дискредитированы самой системой образования. Их нельзя отменить, но оставлять в таком виде — нелепость.

Всем знаком слоган: «Здоровый образ жизни!» Но разве есть такая специальность в каком-нибудь университете? Можно отдать эту тему любителям, недаром сейчас бывшие спортсмены создают различные спортивные секции. Это хоть что-то на фоне всеобщего угасания здоровья страны!

Я со своими коллегами по кинезитерапии принял участие в решении столь важной проблемы. Мы создали такую программу для детей. Президент информирован. Но версию о неадекватном физическом воспитании как причину остеохондроза пока оставим. Поговорим об этой патологии под другим углом.

Возраст, как вы поняли, значения не имеет, т.к. появился ювенильный (юношеский) остеохондроз, который, как показывает практика, меньше всего диагностируется рентгеновскими или МРТ-снимками. Я часто занимаюсь острыми болями



в спине, при которых пациент разве что на стену не лезет, но при этом снимки его позвоночника не отражают каких-либо патологических изменений. И наоборот, встречаются снимки, естественно, у пожилых людей, когда нет ни одного целого сегмента позвоночника, но этот пациент занимается гимнастикой и на боли в спине не жалуется. Скорее жалуется на общую немощь, например слабость ног. К счастью, один из основных феноменов организма человека тот, что **мышцы восстанавливаются в любом возрасте, из любого состояния, если им создать необходимые условия.**

Герберт Шелтон, крупнейший американский специалист в этой области, назвал данный феномен «сокращение — расслабление». Иными словами, при выполнении физических упражнений, восстанавливающих «насосную» функцию мышц, последние восстанавливают свои свойства. Восстанавливаются сосуды, капилляры, транспортирующие кровь (а значит, питание), снимается воспаление, устраняется атрофия, снимаются проблемы, связанные с остеохондрозом.

Комментарий к рецептам от остеохондроза

Мне часто приходится бывать в разных аудиториях, в том числе на телевидении, радио; принимать участие в презентациях новых центров кинезитерапии; встречаться с друзьями, знакомыми. И везде, даже после короткой беседы, у меня просят рецепты для решения проблем, связанных с позвоночником или суставами. Там, как правило, нет специальных тренажеров², и поэтому приходится использовать все, что есть под рукой — столы, стулья, кровати, мячи, гимнастические палки, ручные тренажеры и так далее. Могу сказать, что такого рода упражнения при правильном исполнении являются не менее эффективными, чем упражнения, выполняемые на специальных тренажерах. Ведь само тело человека представляет собой многофункциональный тренажер, так как любой механический тренажер имитирует движение суставов человека. Сложность же таких внешне простых и, как кому-то может показаться, несерьезных упражнений заключается в умении управлять весом собственного тела.

И еще. Простое упражнение не есть примитивное. С моей точки зрения, самый примитивный врачебный прием при болях в спине — выписать рецепт на лекарство... Тем самым врач признается, что сдался, не знает, что делать. Пусть думает за него фармаколог...



Рецепты от остеохондроза



УСЛОВНЫЙ БОЛЬНОЙ № 1

Диагноз: распространенный деформирующий остеохондроз, то есть наличие протрузий и грыж межпозвонковых дисков.

*Клиника: **боли в поясничном отделе** с распространением на ноги (онемение, жжение, выворачивание).*

*Сопутствующее: возможно наличие ишемической болезни сердца, **избыточного веса**, варикозного расширения вен, гипертонической болезни, **аденомы** предстательной железы или **миомы** матки, которые для предлагаемых упражнений противопоказанием не являются.*

Возраст: 40—60 лет. Физическая запущенность. Но... жить хочется.

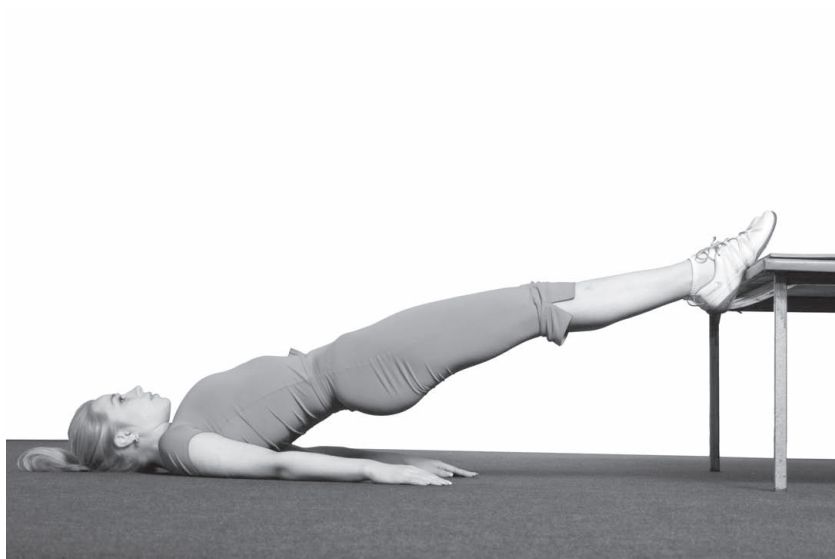
Лечение ранее: боли в спине таблетки уже не снимают. Предлагают операцию на позвоночнике, но гарантий никаких... С чего начать?

Рецепт № 1

«Гусеница»

И.П. (исходное положение): лежа на спине у кровати, ноги согнуты в коленях, стопы упираются в край кровати³. При желании таз можно продвинуть под кровать (см. фото 1 а, б).



*Фото 1 а**Фото 1 б*

Оттолкнуться ногами от края кровати до полного выпрямления ног. Если при этом вы будете ощущать боли в мышцах ног при их выпрямлении, не бойтесь. Это всего лишь реакция на растяжение.

При отталкивании от края кровати делать выдох. Затем, двигая лопатками и тазом, не вставая и не помогая себе руками, снова придвинуться к дивану (кроватьи) и снова оттолкнуться. Выполнять эти движения до 20 повторений в одной серии. Вы можете даже ощущать жжение в мышцах ног (бедрах) и в мышцах спины. Это знак того, что упражнение можно закончить. С каждым разом старайтесь увеличивать количество серий, доводя до нужного. Кстати, артриты суставов нижних конечностей противопоказанием для этого упражнения не являются.

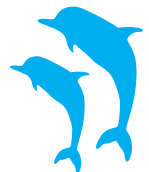
Рецепт № 2

«Полумостик»

И.П.: то же. Но вместо отталкивания от кровати необходимо поднимать таз, стараясь напрягать мышцы ног и спины и расслаблять их при опускании в И.П. (см. фото 2 а, б). В отличие от обычного «полумостика», выполняемого на полу, при использовании кровати достигается максимальная амплитуда тела. А именно большие амплитуды отличают гимнастику без тренажеров от гимнастики на тренажерах.

Сложность этого упражнения заключается в том, что с каждым днем необходимо удаляться от кровати до тех пор, пока опора о кровать не будет осуществляться только пятками (см. фото 2 в, г).

Внимание! Выполнение каждого упражнения должно сопровождаться активным выдохом «ха-а», т.е. через широко открытый рот в фазе максимального напряжения, в целях снижения внутричерепного и внутрибрюшного давления!



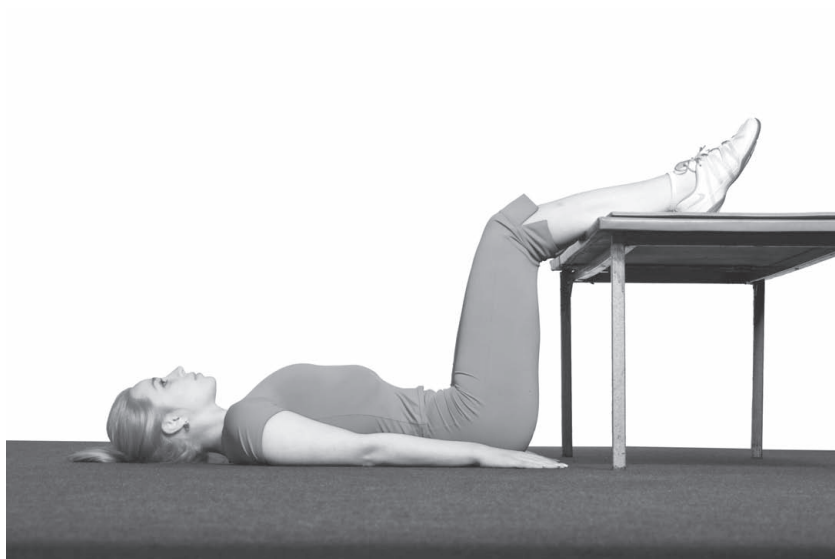


Фото 2 а



Фото 2 б





Фото 2 в



Фото 2 г



Рецепт № 3**«Складной нож»**

И.П.: стоя в проеме двери. Руками взяться за дверные косяки (см. фото 3 а, б).

Ноги упираются в пол. Можно босиком, если пол паркетный. **(Внимание!** Ковров, дорожек на полу быть не должно!) Медленно (на выдохе!) отводить таз назад, руками при этом держаться за косяки. В конечной точке постоять 3—5 секунд до ощущения растяжения (болезненного) мышц задней поверхности ног и всей спины, затем так же медленно (опять на выдохе! **Вдох происходит автоматически между выдохами**) вернуться в И.П. (держась руками за косяки, ноги прямые, **центр тяжести тела на руках!**).



Фото 3 а





Фото 3 б

После нескольких повторений (до 5) хват руками становится ниже, еще ниже и движения тазом назад повторяются.

Сложность этого упражнения заключается в том, что с каждым повторением туловище сгибается все сильнее. Главное — не спешить опускать руки! (См. фото 3 в.)

Этими упражнениями достигается полноценная растяжка и укрепление мышц поясничного отдела позвоночника, а также восстановление эластичности мышц задней поверхности ног, что является необходимым условием для восстановления нормального кровообращения по задней поверхности тела.

Когда пациент говорит врачу, что у него защемило или зажало нерв, физиологи отвечают предельно кратко: «Нервы не болят. Они не имеют болевых рецепторов».

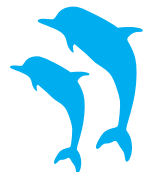




Фото 3 в

А что в таком случае болит? Болят только ткани, имеющие болевые рецепторы⁴. В наибольшем количестве их содержат мышцы, связки и сухожилия.

И опять эти самые мышцы. Но ведь они составляют 40—60% тела. Это они помогают не только сердцу транспортировать кровь по сосудам, выполняя функции маленьких сердец, они еще и отвечают за каждый отдел тела. И если одна и та же мышечная группа спазмируется, то нервы своими окончаниями снимают эту информацию с болевых рецепторов мышц и передают в центральную нервную систему (через спинной мозг в головной). Там информация расшифровывается, и по этим же нервным путям отдается приказ мышце работать так, чтобы снять спазм, а вместе с ним и отек, являющийся на самом деле истинной причиной боли.

Приведу простой пример. Вы неудачно наклонились и ... вступило в спину! Что вы делаете в первые секунды, чаще не-



осознанно? Хватаетесь за спину одной рукой, другую используете как опору, стараясь разогнуться. Совершив тем самым первое лечебное действие, то есть движение. Как разогнуться? До конца или не совсем? Не имеет значения. В эти первые секунды вы не глотаете таблетку. Это уже потом, если не сможете двигаться дальше. А сейчас, при спазме мышц, пытайтесь их РАСТЯНУТЬ. Далее по закону физиологии вы должны использовать систему правильных движений, то есть кинезитерапию. Но вы не знаете ее правил и поэтому поначалу пугаетесь боли! Вы не понимаете еще, что это сигнал тела о запущенности или, наоборот, усталости мышц в зоне боли, и вызываете «03», посылаете в аптеку, продолжая с помощью лекарств продлевать нездоровый образ жизни. К кинезитерапевту обращаетесь позже, когда лекарства уже не помогают, а боль усиливается, так как при обездвиживании атрофируются мышцы. Их много, и, умирая, они болят! У стариков я часто вижу на рентгенограммах полное отсутствие здоровых позвонков и дисков, а болей нет, так как все мышцы атрофировались, болеть уже нечему. Ходят, правда, эти старики, согнувшись пополам, мелкими шагами. Ночью часто и ... под себя. Желаете? Думаю, ответ ясен.

Поэтому я привожу в качестве рецептов упражнения, выполнив которые вы избавитесь, хотя и не сразу, от болей в тех частях тела, из которых исходит болевой сигнал.

Рассмотрим еще один клинический случай.



УСЛОВНЫЙ БОЛЬНОЙ № 2

*Диагноз: остеохондроз **грудного отдела** позвоночника. Узелки Шморля.*

Клиника: боли в межлопаточной области с иррадиацией (распространением) в руки (слабость) или боковые поверхности туловища (реберная зона).



Сопутствующее: обычное телосложение, нестабильное артериальное давление (гипертоническая болезнь II степени). Возможен хронический бронхит или бронхиальная астма.

Возраст: 42—60 лет.

Лечение ранее (не считая бронхолитиков и гипотензивных): блокады, физиотерапия, мануальная терапия — без эффекта. Попытка подбора лекарственных препаратов — без значительного эффекта.

Есть желание принципиально изменить подход к выздоровлению.

Рецепт № 4

«Глубокие отжимания»

Около кровати на расстоянии вытянутой руки стоят два стула на ширине плеч или чуть шире. Ноги полностью (до таза) лежат на кровати, руки упираются в сиденья стульев, локти согнуты (см. фото 4 а, б). Медленно (на выдохе) отжаться от сидений стульев (полностью выпрямить руки), выгибая спину колесом. Для этого руки должны упираться в сиденье стульев строго перпендикулярно их поверхности. Небольшой вдох. Затем медленно опустите верхнюю часть туловища (грудной отдел позвоночника) между стульев (максимально) на выдохе. При этом лопатки должны сойтись. Надо приучить плечевые суставы и мышцы грудного отдела к растяжке. Сложность этого упражнения заключается в том, что с каждым разом стулья все дальше отодвигают от кровати, до тех пор пока упор ног будет осуществляться только стопой (см. фото 4 в, г).

Количество повторений одной серии от 5 до 10. **Лучше увеличивать серии (от 3 до 10), чем количество повторений в одной серии.**



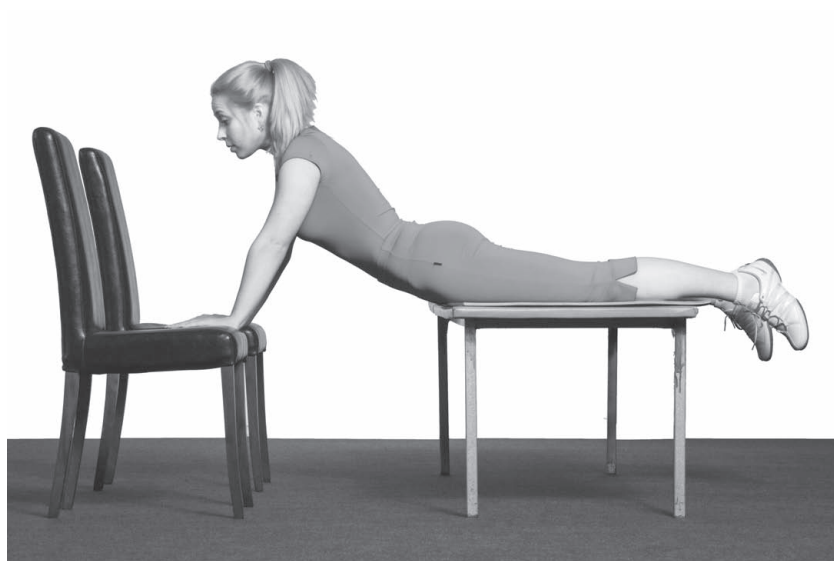


Фото 4 а

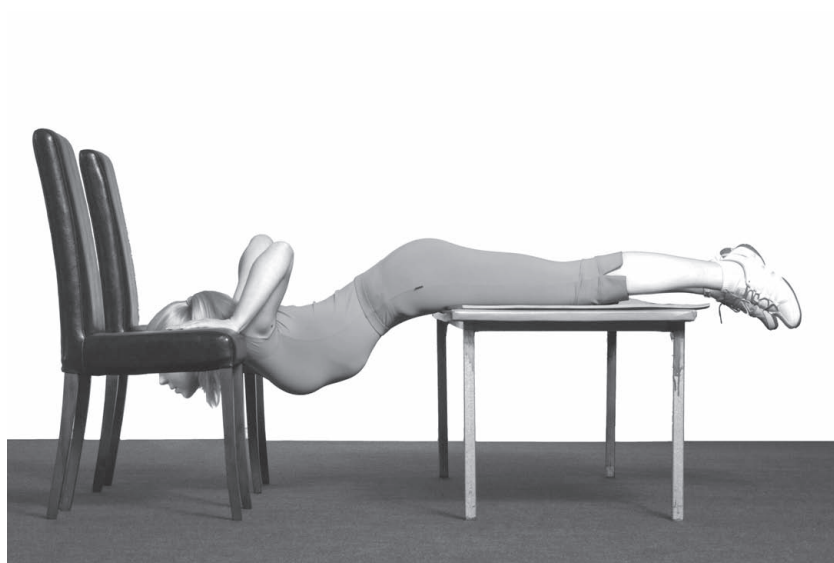
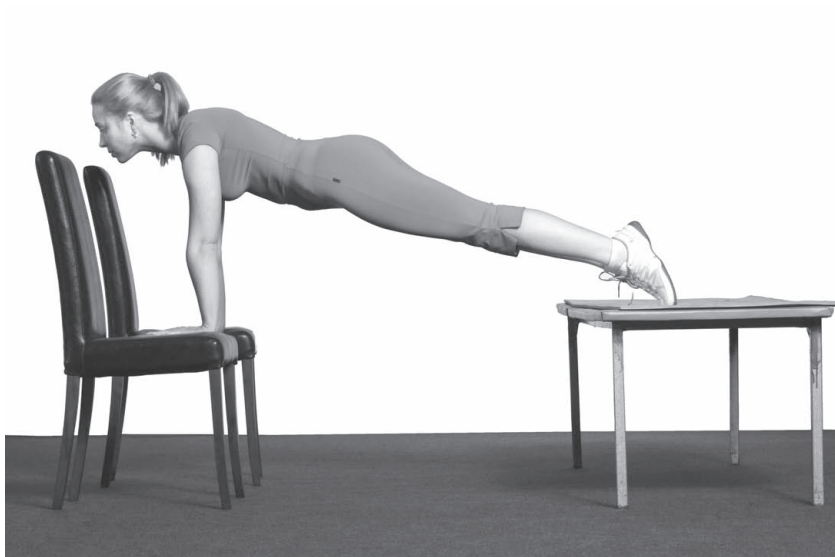
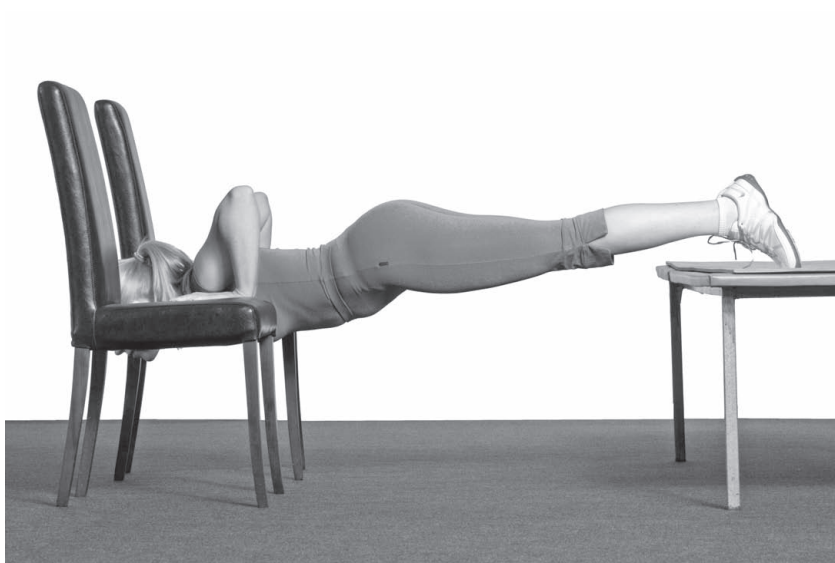


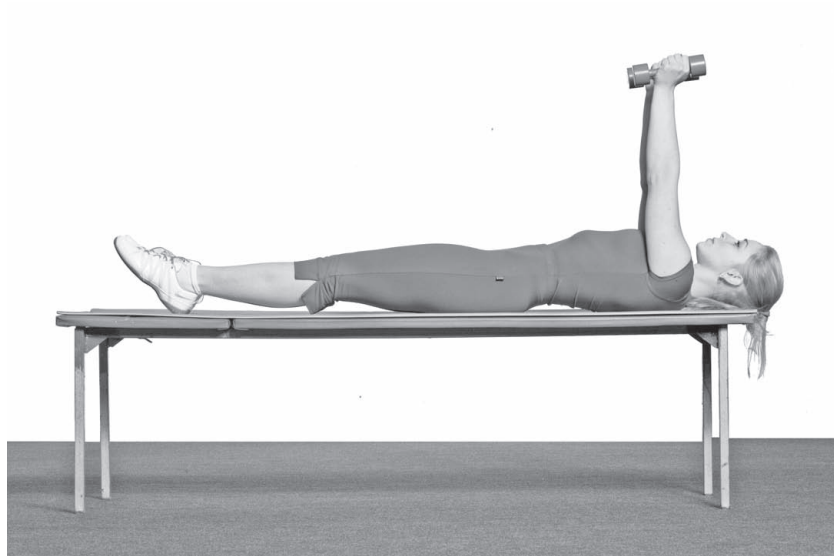
Фото 4 б



*Фото 4 в**Фото 4 з*

Рецепт № 5**«Пулл-овер»**

И.П.: лежа поперек кровати так, чтобы голова находилась на самом краю. Ноги либо выпрямлены, либо согнуты в коленях. Руки подняты вверх, перпендикулярно поверхности кровати (см. фото 5 а, б). В руках гантели (от 2 до 8 кг) или любой другой тяжелый предмет (например, грелка, наполненная водой). Медленно опускать руки за голову (на выдохе), стараясь опустить их ниже головы. При этом максимально растягивается грудной отдел позвоночника. И так же медленно на выдохе поднимать руки в исходное положение. Вдох происходит между этими двумя движениями. Вес отягощений можно постепенно увеличивать. Сложность упражнения может быть усилена за счет увеличения веса гантелей. Количество повторений в одной серии от 10 до 15.

*Фото 5 а*

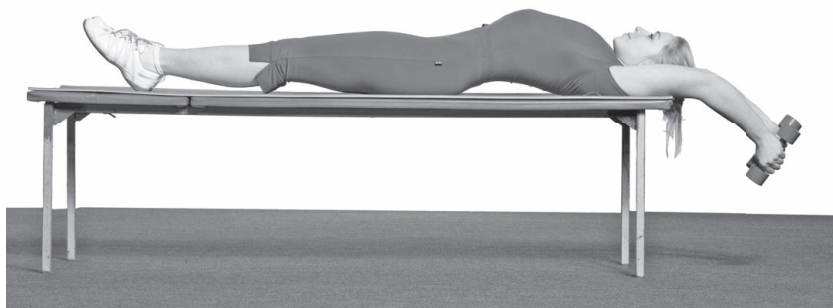


Фото 5 б

Рецепт № 6 **«Бабочка»**

И.П.: лежа на краю кровати, вдоль, на спине. Одна рука держится за край, в другой руке, прямой, перпендикулярной кровати — гантель от 2 до 5—8 кг. Опускайте руку с гантелей в сторону ниже уровня кровати на выдохе, затем поднимайте ее в исходное положение. При этом максимально растягивается одна половина грудной клетки (см. фото 6 а, б). Повторить другой рукой.

Сложность этого упражнения может быть усилена за счет одновременного разведения рук в стороны — вниз и снова вверх, при этом под спину можно подложить подушку или большой мяч (см. фото 6 в, г).

Благодаря этим упражнениям (4—6) резко улучшается кровообращение, а вместе с ним микроциркуляция в глубоких мышцах грудного отдела позвоночника, что снимает спазмы и устраняет боли. Так как этот отдел позвоночника самый мало-подвижный, требуется много терпения, чтобы его проработать. С помощью данных упражнений добиться этой цели намного проще, чем через отжимания от пола. Хотя я предпочитаю отжимания, так как, делая их, можно устраивать соревнования. Я,



например, поставил для себя рекорды в отжиманиях от пола: 100 раз за минуту и 1250 раз за 30 минут. Но при установке этих своих рекордов я «вышел» из своей физической оболочки...

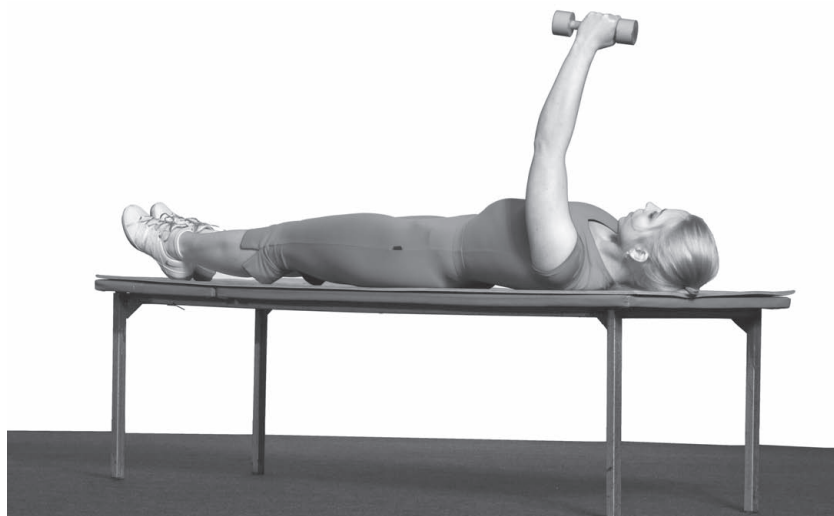


Фото 6 а

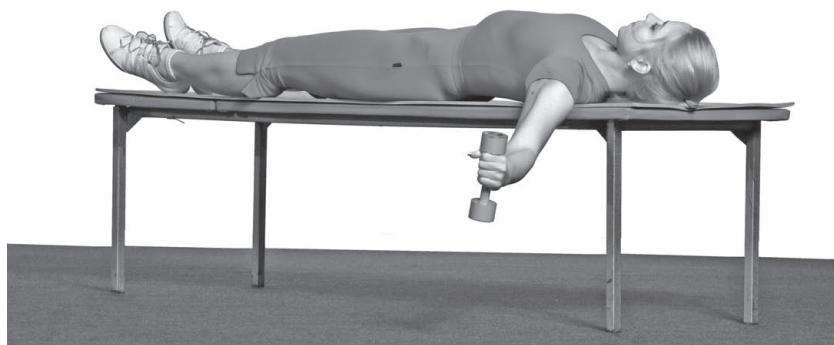


Фото 6 б





Фото 6 в



Фото 6 г





УСЛОВНЫЙ БОЛЬНОЙ № 3

Диагноз: остеохондроз шейного отдела позвоночника, протрузии МПД С4—С6.

Клиника: онемение пальцев рук, головные боли.

Сопутствующее: ВСД (вегетососудистая дистония), гипотония, высокое внутричерепное давление, головокружения, синдром хронической усталости.

Возраст: 40—68 лет (± 5 лет).

Вес: среднестатистический или, наоборот, астеничного телосложения.

Страдает более 6—8 лет.

Лечение ранее: обезболивающие и противовоспалительные таблетки, свечи, сосудистые препараты, мануальная терапия, иглотерапия — без эффекта, особенно что касается онемения пальцев рук и гипотрофии мышцы большого пальца.

КОММЕНТАРИЙ С. БУБНОВСКОГО

Избавиться от этих проблем — задача непростая. Мои рецепты — два упражнения: подтягивание на перекладине и отжимание на параллельных брусьях. Но эти упражнения в нужном количестве выполняют либо гимнасты, либо солдаты. И что самое интересное, данных болезней у них не бывает, да и просто, если человек выполняет периодически эти упражнения, подобных неприятностей у него не может быть. Это говорит о том, что роль верхних конечностей при лечении именно этой патологии выходит на первый план. Особенно у женщин.



Но, как показывает практика, больные остеохондрозом шейного отдела позвоночника эти упражнения правильно выполнять не в состоянии, да еще в необходимом количестве.

Чем же их заменить? Могу предложить.

Рецепт № 7

«Подтягивания в проеме двери»

Я часто встречаю в спортивных магазинах своеобразный турник, который устанавливается в проеме комнатной двери враспор.

Такой турник для начала можно установить на высоте поднятых рук, если лечь на пол в проеме двери. Касаться этого домашнего турника должны кончики пальцев.



Фото 7 а

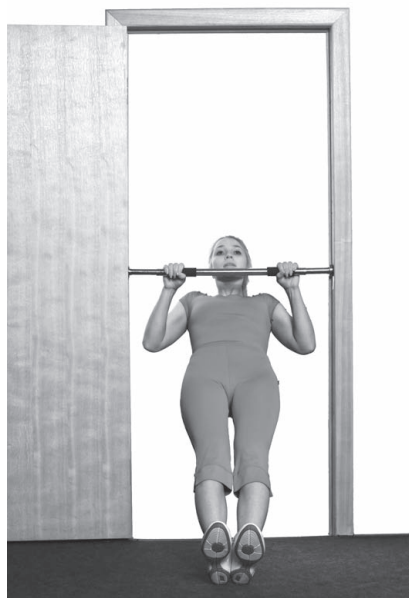


Фото 7 б





Фото 7 в



Фото 7 г

И.П.: туловище полностью лежит на полу. Взяться руками за турник и подтягивать верхнюю часть туловища до касания турника грудью (на выдохе) и опускать ее в И.П. (вариант А) (см. фото 7 а, б).

Когда руки окрепнут (а подтягиваться надо через день), можно турник закрепить чуть выше, а ноги (голени — пятки) положить на стул. При подтягивании в таком положении достигается максимальное растяжение верхнего отдела позвоночника (вариант Б) (см. фото 7 в, г).

Рецепт № 8

«Отжимания на брусьях»

И.П.: сидя между стульями. Руки согнуты в локтях и упираются в края сидений. Ноги на полу. На выдохе выпрямить руки, отжавшись от стульев, и снова вернуться в И.П. (вариант А) (см. фото 8 а, б).



*Фото 8 а**Фото 8 б*



Фото 8 в

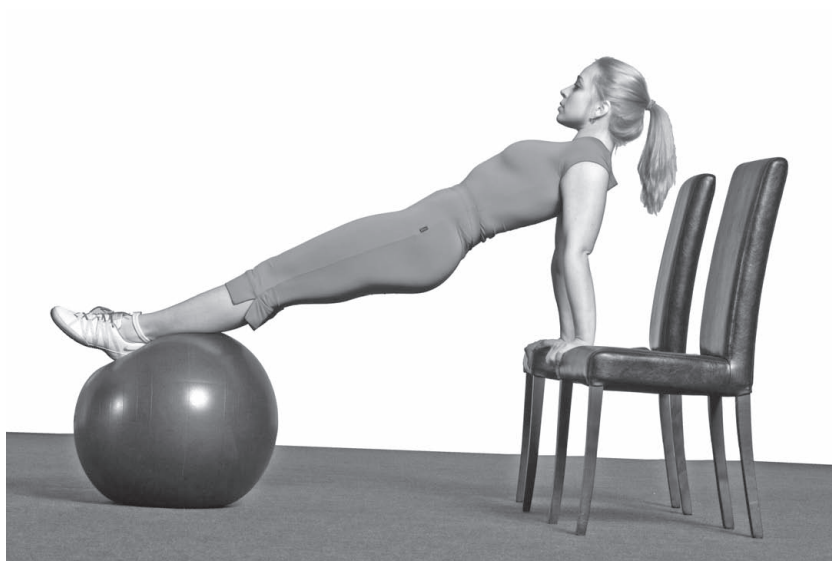


Фото 8 г



Эффективность этого упражнения увеличится, если под ноги поставить стул. Сначала под голени, потом под пятки.

Вариант В (см. фото 8 в, г).

Это упражнение чередуйте с подтягиваниями в проеме двери. Например, подтягивайтесь в понедельник — среду — пятницу, отжимайтесь во вторник — четверг — субботу.

И еще один совет. **Для создания мотивации к регулярному выполнению этих упражнений заведите дневник, в котором каждый день отмечайте количество серий выполняемого упражнения.** Количество повторений при этом должно быть одинаковым (10—15—20). В последней графе отмечается количество повторений за одно занятие. Это заводит.

Все упражнения лучше выполнять под музыку.

Пример дневника

Отжимания между стульями (по 5 раз)						
понедельник	X	X	X			итого
10.01						15
среда	X	X	X	X	X	итого
12.01						25
понедельник	X	X	X	X	X	итого
10.03	X	X	X			40
Отжимания между стульями (по 10 раз)						
понедельник	X	X	X	x	X	итого
10.05	X	X	X			80

То есть общее количество повторений увеличивается: либо количеством серий, либо количеством повторений в серии.



Упражнения на кровати (после сна)

Рекомендую комплекс упражнений на кровати, многие из которых делаю я сам. Они носят «просыпательный» характер, так как я не люблю вскакивать с постели и бежать на кухню. Поэтому, проснувшись, я еще под одеялом от 5 до 10 минут выполняю эти упражнения (заодно обдумываю предстоящие дела), как бы включая локальное кровообращение, которое за ночь застаивается именно в суставах и позвоночнике. В 1-й главе я уже высказал свое отношение к остеохондрозу (без претензии на истину в последней инстанции), и в этой связи считаю, что данное состояние запущенности или неумеренной эксплуатации относится не только к позвоночнику, но и ко всем суставам. Многие мои рецепты могут касаться не только собственно позвоночника, так как, с моей точки зрения, избавить человека от боли в спине без воздействия на верхние или нижние конечности невозможно.

Практика показывает, что состояние позвоночника зависит не только от состояния его глубоких мышц, обеспечивающих непосредственное питание костно-хрящевой основы, но и от состояния основных крупных суставов, среди которых необходимо выделить прежде всего суставы нижних конечностей, которые являются амортизационной системой. И стопа вместе с голеностопным суставом занимает, пожалуй, ключевое место при выполнении этой миссии. Стопа+голеностопный сустав имеют 27 костей, такое же количество мышц и 109 связок (чуть меньше, чем у кисти). Но именно это подчеркивает необходимость тщательного ухода за стопой, т.к. ее подвижность должна быть почти такой же, как у кисти. Кроме того, именно стопа несет на себе вес тела и поэтому укреплена основательно. Отсюда и названия ее



основных мышц: 4 продольных свода стопы, 1 поперечный свод стопы. Слово «свод» ассоциируется с очень мощной опорой, на пример мостом через реку или аркой многоэтажного дома.

Практика показывает, что состояние позвоночника зависит не только от состояния его глубоких мышц, обеспечивающих непосредственное питание костно-хрящевой основы, но и от состояния основных крупных суставов, среди которых необходимо выделить прежде всего суставы нижних конечностей, которые являются амортизационной системой.

А что мы видим на практике: плоскостопие (продольно-поперечное), ортопедические стельки, выписываемые налево и направо «лучшим другом» суставов — ортопедом. Да, безусловно, обувь должна быть удобной и хорошей, поэтому лучшие образцы достаточно дороги. Но разве они дороже здоровой стопы? И поэтому, если ортопед говорит, что от проблем вас избавит ортопедическая стелька вместо комплекса упражнений для стопы, он меньше всего думает о ее здоровье. Я понимаю, что ортопедические стельки необходимы при деформированной или недоразвитой стопе, но когда их назначают людям со здоровыми суставами стопы, но слабыми мышцами и связками — это я называю протезом на функцию, который ведет к дальнейшей атрофии этой функции.

А ведь при других условиях она могла быть восстановлена. Поэтому я придаю такое большое значение именно упражнениям для стопы.



Ортопедические стельки необходимы при деформированной или недоразвитой стопе, но когда их назначают людям со здоровыми суставами стопы, но слабыми мышцами и связками — это я называю протезом на функцию, который ведет к дальнейшей атрофии этой функции.

Да и для нашей темы это важно, ибо **слабая стопа обязательно приведет не только к болям в поясничном отделе позвоночника, но и к головным тоже**. Когда я увлекался акупрессурой, то часто своим друзьям и близким снимал головные боли, массируя фаланги пальцев ног, на которых имеются соответствующие БАТы (биологически активные точки). В стопе, кроме всего прочего, начинаются все восходящие меридианы, по которым и работают специалисты по иглоте-рапии.

Эти упражнения могут быть и подготовительными для того, чтобы перейти к основным, описанным в предыдущей главе, так как не всегда удастся, особенно при острых болях в спине, начать выполнение рекомендуемых лечебных упражнений.

При выполнении всех растягивающих упражнений необходимо большое внимание уделять выдоху. Надо дышать так, чтобы тебя, условно, слышали в соседней комнате. А чтобы дышать (выдыхать) правильно, следите за мышцами живота, которые при выдохе должны втягиваться внутрь, к позвоночнику.

Рекомендую эту программу начинать именно с голеностоп-ных суставов, т.к. именно после сна в них ощущается макси-мальный застой крови.



СТОПА

Показания: плоскостопие; подагра; шпоры стопы; артрит голеностопного сустава; после травмы или операции на пяточном (ахилловом) сухожилии; варикозное расширение вен; отечность голеностопного сустава (лимфостаз); мигрень

Упражнение № 1

«Отталкивание стопой»

И.П.: лежа на спине, руки лежат свободно. Ноги прямые. Поочередно вытягивать большой палец стопы (до максимально возможного выпрямления тыла стопы) и сгибать его к себе, делая вытягивающее движение пяткой. Вперед — назад. Вместе и поочередно.

Это и все последующие упражнения выполнять по 15—20 повторений до ощущения тепла в работающих суставах. Такого ощущения надо добиваться при выполнении всех упражнений на суставы. Часто при выполнении этих упражнений можно слышать хруст, не обращайтесь на него внимания.

Упражнение № 2

«Дворники»

И.П.: такое же. Ноги на ширине плеч. Поочередно сведите большие пальцы и разведите максимально в стороны. При сведении старайтесь большие пальцы ног положить на поверхность матраца. При разведении скручивается и вся голень. Делайте упражнение не спеша. 15—20 повторений.



Упражнение № 3**«Вращения»**

И.П.: такое же. Вращайте стопой по часовой стрелке и против, попеременно. Следите только за большими пальцами ног. Именно ими старайтесь чертить круги. 15—20 повторений.

Упражнение № 4**«Кулак»**

И.П.: такое же. Максимально сожмите пальцы стоп, как будто хотите схватить ими яблоко, и максимально растопырьте пальцы, растянув подошву стопы. 15—20 повторений.

Примечание: иногда при выполнении этих упражнений могут возникать судороги в икроножных мышцах. Не пугайтесь. Отмассируйте эти мышцы, даже если будет больно. Вы на правильном пути.

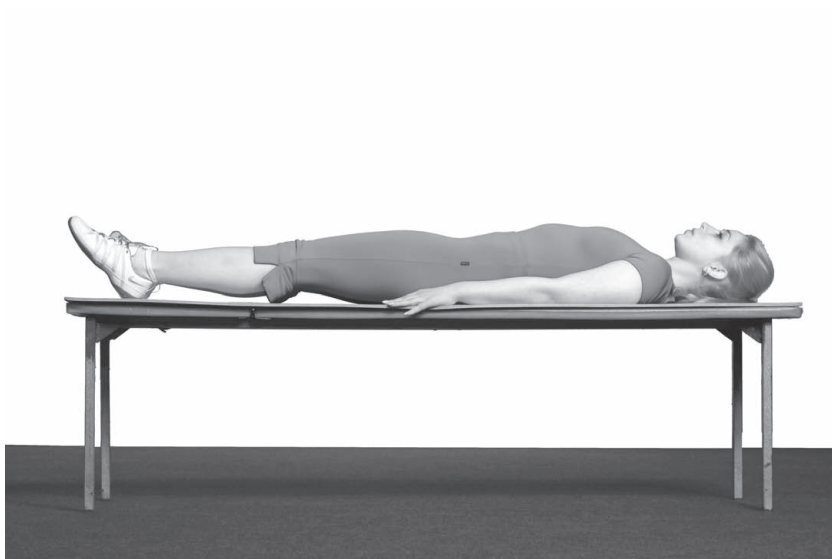
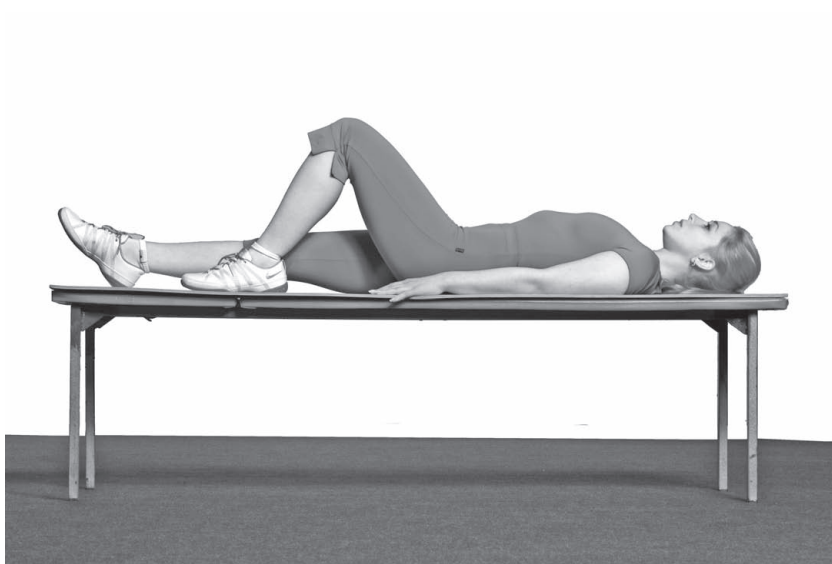
Другие упражнения можете придумать исходя из этих четырех.

КОЛЕННЫЙ СУСТАВ**Упражнение № 5****«Скольжение пятками» (см. фото 9 а, б, в)**

Показания: остеоартрит коленного сустава, состояние после травмы коленного сустава

И.П.: лежа на спине. Поочередно сгибать и разгибать ноги в коленных суставах, скользя подошвами по кровати. При сгибании стараться пяткой коснуться ягодицы (можно даже помочь себе рукой, хотя при этом возможны судороги бедра), 15—20 повторений.



*Фото 9 а**Фото 9 б*

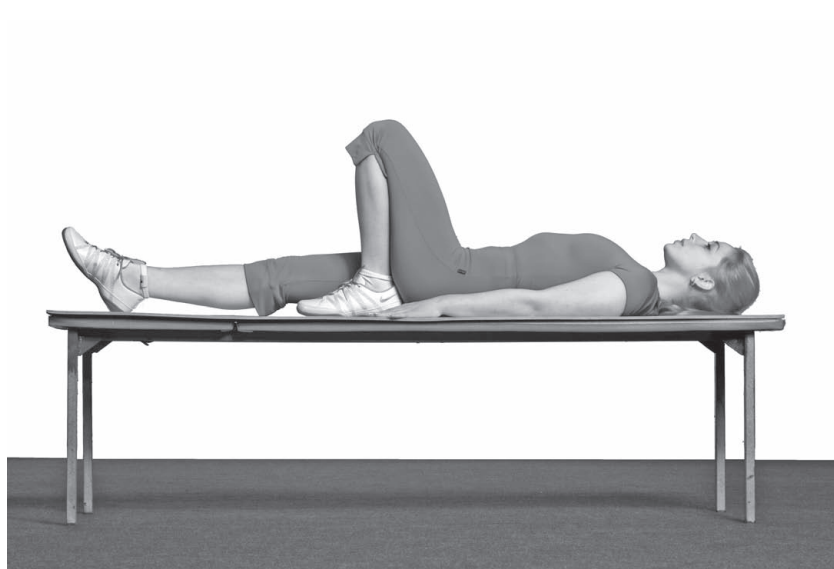


Фото 9 в

ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ

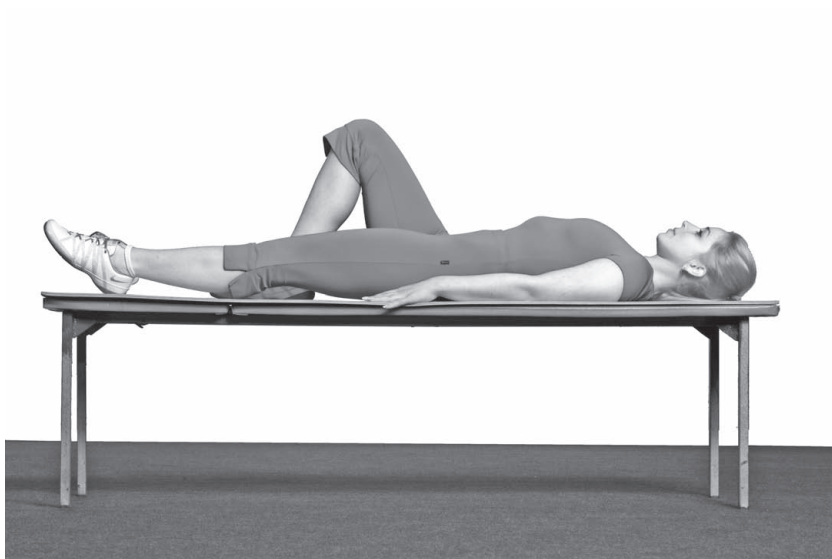
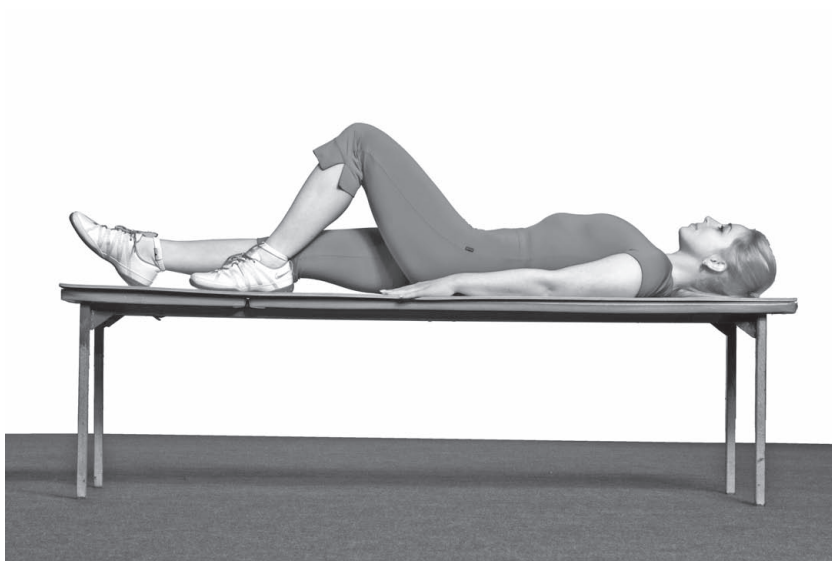
Упражнение № 6

«Колеса поезда» (см. фото 10 а, б)

Показания: коксартроз, асептический некроз головки тазобедренного сустава, боли в нижней части спины (БНЧС)

И.П.: такое же. Поочередно вытягивайте прямую ногу пяткой вперед до смещения таза вниз на стороне вытянутой ноги. Руками можно держаться за спинку кровати.



*Фото 10 а**Фото 10 б*

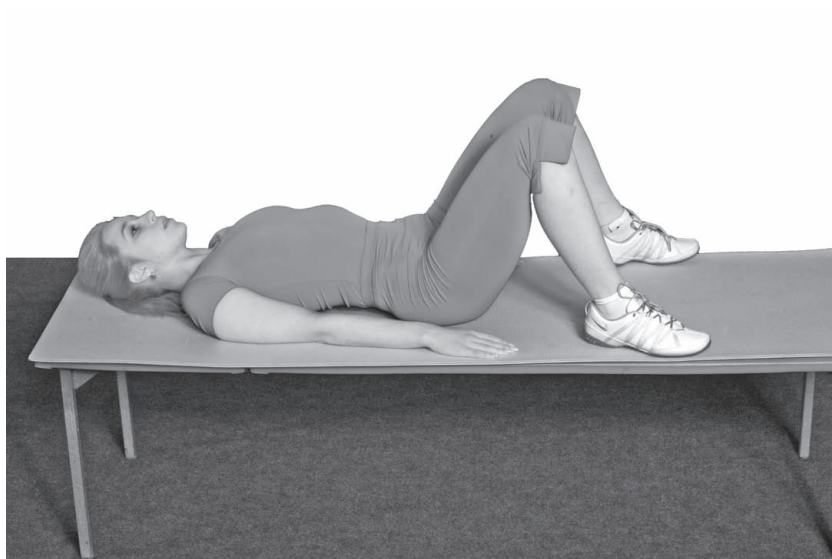


Фото 11 а

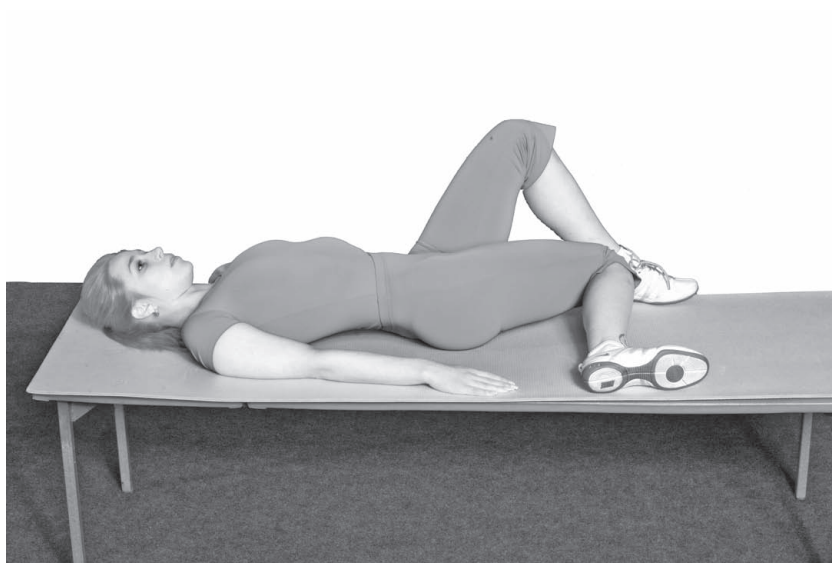


Фото 11 б



Упражнение № 7**«Колено к колену» (см. фото 11 а, б)**

Показания: коксартроз, асептический некроз головки тазобедренного сустава, боли в нижней части спины (БНЧС)

И.П.: лежа на спине, ноги на ширине плеч согнуты в коленях. Руки слегка разведены в стороны, ладонями вниз. Поочередно опускайте согнутую ногу до постели (левое колено к правой ноге, правое колено — к левой) по 15—20 повторений.

Упражнение № 8**«Полукольцо» (см. фото 12 а, б)**

Показания: геморрой, трещины прямой кишки, запоры, опущение тазовых органов



Фото 12 а





Фото 12 б

И.П.: лежа на спине, ноги согнуть в коленях, колени вместе. Стопы касаются друг друга. Руки лежат свободно. На выдохе (упражнение достаточно сложное) старайтесь как можно выше приподнимать таз и не забывайте сжимать ягодичные мышцы 15—20 раз. Своего рода полумостик.

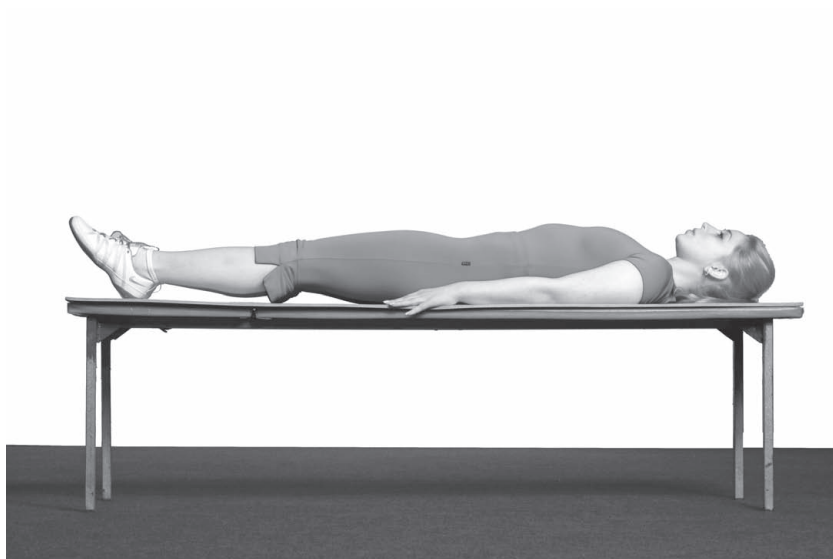
Упражнение № 9

«Подтягивание колена» (см. фото 13 а, б)

Показания: боли в спине

И.П.: лежа на спине. Обхватите руками согнутую в колене ногу и прижмите ее к груди, приподняв спину от постели, стараясь при этом подбородком коснуться колена. Поменять ногу. Возможно ощущение болезненности в поясничном и грудном отделах.



*Фото 13 а**Фото 13 б*

ДЛЯ БРЮШНОГО ПРЕССА

Упражнение № 10

«Втягивание живота»

Показания: опущения внутренних органов, геморрой, трещины прямой кишки, запоры

И.П.: лежа на спине, ноги согнуты в коленях. Подошвы на постели. Рука (правая или левая) лежит ладонью на животе. На вдохе выпячивайте, на выдохе втягивайте живот (чтобы ладонь опускалась). Небольшая задержка дыхания. Вдох возвращается сам. При втягивании живота старайтесь «втянуть вверх» и прямую кишку. 20—30 повторений.

Главное условие при выполнении упражнений — делать их не торопясь, вдумчиво, ощущая каждую работающую мышцу, постепенно увеличивая количество повторений.

Даже те из вас, у кого нет приведенных выше показаний, будут чувствовать себя значительно лучше после того, как начнут регулярно выполнять эти упражнения.

Из жизни читателей

Многие читатели, посмотрев на описанные в книге истории болезни, скажут: «Ну у меня-то намного сложнее болезнь по сравнению с теми, о которых рассказано здесь».

Но если они чуть внимательнее прочитают мои комментарии, то заметят, что, анализируя диагностические данные, основной акцент при создании программы лечения я делаю именно на индивидуальных особенностях каждого пациента. Человек — часть природы, природа всегда неповторима в своей красоте. Не бывает одинаковых деревьев, рек и гор. Но тем не менее всегда и везде есть законы, сообразно которым существует жизнь. Когда эти законы нарушаются, происходят катастрофы. (Пример тому нынешнее состояние экологии.)

И если природа «заболеет», она восстановится сама. Но если человек вмешается и начнет что-то «ремонтировать» в природе — ждите фиаско! Вмешательство в законы природы с целью ее изменения уничтожает последнюю. Примеров много — радиация, пестициды, клонирование, химическое оружие.

Так почему *Homo sapiens* — человек разумный — так неразумно относится к своему организму, обладающему таким же, как природа, феноменом саморегуляции? Он же ее часть! В подавляющем числе хронических заболеваний **достаточно создать естественные условия организму для избавления от этих болезней, и он справится сам.**

Остеохондроз — болезнь костно-мышечной системы или опорно-двигательного аппарата. Запретите человеку двигаться, наденьте на него корсет, «отравите» его нервную систему,



сигнализирующую о боли, обезболивающими таблетками, и он достаточно быстро станет инвалидом.

Впрочем, обратимся к письмам, которые я получаю в большом количестве как автор иного подхода к лечению остеохондроза. Эти письма — документальные подтверждения возможности заочного использования моих рекомендаций. Конечно, нужны воля, вера и последовательность при их выполнении.

Есть письма и тех, кому моими рекомендациями воспользоваться не удалось из-за серьезной запущенности болезни. Эти письма я привожу для того, чтобы «недозревшие» до подобных состояний могли представить себе, что их ожидает в будущем при пассивном отношении к своему здоровью.



ПИСЬМО

Здравствуйте, уважаемый Сергей Михайлович!

Обращаюсь к Вам с просьбой дать какие-либо рекомендации по лечению моего заболевания.

Я инвалид 2-й группы с 1990 г. Страдаю от сильного головокружения, сильной головной боли, слабости. Неврологи ставят диагноз: «Дисциркуляторная энцефалопатия, вестибулопатия. Остеохондроз шейного отдела позвоночника — C4—C5 сужены, нестабильность C4—C5 позвонков, нарушение кровообращения в вертебробазилярном бассейне. Гипертония 2-й степени».

Если давление 150/100 и выше, то уже плохо. А сейчас 2—3 месяца давление держится — 100/70 и даже ниже, а потом опять повышается. Появилась аритмия, сердце как бы замирает, в минуту до 7—9 замираний.

С марта этого года резко пропал аппетит, похудела, появилась тревожно-депрессивное состояние. Пролечилась в отде-



ленин неврозов — никакие сосудистые препараты не помогают, страх и тревога вернулись (лечили амитриптилином). Заключение нейрохирурга — смещение М-эхо-нет. Косвенных признаков гидроцефалии нет. Общие анализы крови в норме. Добавилась сильная слабость.

Сергей Михайлович, так как я физически не могу приехать ни в какой из ваших центров, прошу Вас дать мне какие-нибудь рекомендации (упражнения) через электронную почту, так как я совсем отчаялась...

Заранее благодарю! До свидания!

19.07.2009 г.

Любовь Ивановна У., 56 лет.

КОММЕНТАРИЙ С. БУБНОВСКОГО

Из этой истории болезни мы видим, что у больной типичный вариант остеохондроза шейного отдела позвоночника, в результате которого развились две доминанты разрушения тела:

1) сердечно-сосудистая, которая включает в себя не только аритмию, но и гипертоническую болезнь, нарушение кровообращения в шейном отделе позвоночника и в головном мозге (вертебробазилярная недостаточность); дисциркуляторная энцефалопатия, то есть снижение умственной деятельности; вестибулопатия (нарушение координации); гипотония (снижение сердечной деятельности);

2) мышечная недостаточность, которая объясняет нестабильность позвонков, слабость, плохой аппетит, депрессию и страх.

При этом независимая диагностика (МРТ, эхо-кардиограмма, УЗИ) никаких серьезных органических изменений не выявила. Самое печальное, что эту больную начинали лечить трое



разных врачей — невропатолог, кардиолог, психиатр, каждый из которых имел свою концепцию лечения. В результате было прописано немыслимое количество препаратов, которые, взаимодействуя между собой, оказали сильное негативное действие. Больной всего 56 лет... Несмотря на поставленный диагноз «энцефалопатия», она не потеряла интерес к жизни, результатом чего явилось это письмо...

Как следует из письма, никакой физической коррекции (ЛФК, гидро-термо-бальнеотерапия) она не проходила, а целиком доверилась общепринятой симптоматической терапии, в результате которой организм был полностью разбалансирован. Что с ним делать, уже никто не знает.

По моему мнению, необходимо выбрать единую стратегическую линию при назначении лечебной программы, которая включила бы в себя коррекцию сердечно-сосудистой системы, укрепление костно-мышечного аппарата, а также дала бы уверенность в собственных силах. Так как мышечная система, о возможностях которой говорилось в первой части книги, объединяет все эти системы (сердечно-сосудистую, гормональную, костно-мышечную), я бы стратегию лечения построил на избавлении от мышечной недостаточности. Это продиктовано следующими соображениями:

1) правильные упражнения, регулярно выполняемые и в достаточном количестве, рассчитанные на ритмичное дыхание, способствуют восстановлению тонуса гладкой мускулатуры сосудов, которая влияет на нормализацию правильного ритма работы сердца, объема и скорости кровотока, снижая при этом нагрузку с миокарда (сердечной мышцы);

2) правильно подобранные и регулярно выполняемые упражнения активизируют и нормализуют симпато-адреналовую систему, т.е. усиливают действие гормонов радости, снижая тревогу и депрессию;



3) в результате регулярно выполняемых упражнений восстанавливается сила и эластичность мышечно-связочного аппарата, устраняется нестабильность позвонков. Кроме того, при регулярном выполнении упражнений исчезает слабость, восстанавливается аппетит и вес тела;

4) и наконец, так как все эти упражнения, прописанные кинезитерапевтом, выполняются самой больной, то в конце концов она избавляется от страха, так как возникает уверенность, что твое выздоровление в твоих же руках;

5) так как все названные симптомы болезни имеют прямое отношение к остеохондрозу, подобрать конкретные упражнения можно во второй части книги. Только внимательно читайте все рекомендации, которые даются при выполнении этих упражнений.

Есть письма и тех, кто обращается ко мне с надеждой избавиться от сердечно-сосудистой патологии, хотя я себя не позиционирую как кардиолог. Но занимаясь много лет остеохондрозом, который достаточно часто сопровождается нарушением сердечной деятельности, мне пришлось проанализировать проблемы и кардиологических больных.



ПИСЬМО



Уважаемый Сергей Михайлович!

Прочитала Вашу статью в журнале и решила написать Вам письмо с надеждой получить ответ на некоторые воп-

росы. Чтобы все было более или менее понятно, напишу свой диагноз: брадикардия, ИБС, гипертония, пароксизмальная мерцательная аритмия. С аритмией справиться нигде не смогли, даже в кардиоцентре, не говоря уже о районной больнице. В кардиоцентре 3 раза собирали консилиум после проведения нескольких курсов лечения. Вынесли решение направить меня для оказания высокотехнологической медицинской помощи в федеральный центр. Сделали 2 операции сразу (12.02.07 г.): чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика передней межжелудочковой артерии с имплантацией стента. На другой день утром случился сильнейший приступ аритмии. После каждого приступа становилась, какдохлая муха.

17.12.07 г. Провели еще 2 операции: имплантацию двухкамерного электрокардиостимулятора (США) и радиочастотную абляцию атриовентрикулярного соединения, ангиопластику через паховую вену.

Кое-как начала оживать, но 12 июня я сломала ногу: 3-й месяц хожу с аппаратом Илизарова. Как говорит моя знакомая: «Осталось только удавиться».

(Далее больная описывает безуспешные скитания по местным кардиологам. К проблемам с сердцем добавляются проблемы с позвоночником и суставами, на которые акцента не делает. — **Б.С.**)

Но я хочу выкарабкаться. Ищу примеры, похожие на мою ситуацию. Нигде об этом пока не прочитала. Сейчас мне 70 лет, за себя заступиться не могу.

Алла Ивановна Н., 70 лет.



КОММЕНТАРИЙ С. БУБНОВСКОГО

Данное письмо, а таких я получаю много, иллюстрирует перспективность симптоматического лечения. Подобный подход вызывает у меня ассоциацию больного с подопытным кроликом. Как видно из письма, методов «кардиологической мысли» великое множество. Но, как показывает практика, свет в конце туннеля ни один выживший после подобных манипуляций не увидит. Принципиально то, что путают устранение болевого синдрома с восстановлением здоровья. Почему так происходит в кардиологии? Дело в том, что совсем недавно ими рассматривалось всего лишь четыре общепринятые формы ИБС:

- 1) стенокардия покоя и напряжения;
- 2) нестабильная стенокардия;
- 3) острый коронарный синдром;
- 4) инфаркт миокарда.

В настоящее время на основании данных, полученных при патофизиологических исследованиях, эти общепринятые формы уже не объясняют все нарушения сердечной деятельности.

**Путают устранение болевого синдрома
с восстановлением здоровья.**

Сформулировано современное понимание «новых ишемических синдромов»:

- 5) оглушенный миокард;
- 6) гибернирующий — уснувший миокард;
- 7) прекондиционирование;
- 8) прекондиционирование — второе окно защиты.

Но и это не все. L.H. Opie (известный южноафриканский ученый) на рабочей встрече Международного кардиологического



общества в Кейптауне под эгидой Совета по молекулярной и клеточной кардиологии (1996 г.) подчеркнул: «Учитывая многообразие проявления ишемического синдрома, **непредсказуемость** развития и функционирования коллатерального кровообращения в миокарде при остановке кровообращения в коронарном регионе, можно предположить **невозможность существования даже двух одинаковых больных**, у которых патофизиология и клиническое лечение заболевания были бы абсолютно одинаковы. Даже у одного больного могут сочетаться различные механизмы «ишемических синдромов».

Вот такая ситуация. Кардиология с ее узколокальным подходом к сердечной деятельности давно в тупике. Слова «невозможность», «непредсказуемость» лишь подчеркивают весь трагизм ситуации. Если одному кардиологическому больному они и могут помочь, да и то один раз, то другому требуются уже новые дорогостоящие лекарства и обследования при схожей ишемической атаке.

Могу сказать, что из-за такого подхода к данной проблеме и учитывая то обстоятельство, что больные в состоянии приобретать дорогостоящие лекарства, количество пожилых людей, неспособных себя обслуживать, растет с каждым днем. Правда, это касается Европы и Америки. Наши люди умирают значительно раньше. Но так как больная просит совет из практики, могу привести следующий пример:



ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Елизавета Степановна Б.

Дата рождения 02.08.1929

Дата госпитализации: 03.12.2007



Дата выписки: 15.12.2007

Диагноз: Ишемическая болезнь сердца, стенокардия, предсердная экстрасистолия, пароксизмальная мерцательная аритмия, предсердная тахикардия.

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь II ст. — риск III ст., дорсопатия поясничного отдела. Дисциркуляторная энцефалопатия II ст., компенсация. Хронический холецистит. Киста левой почки. Многоузловой зоб, эутиреоз. Гиперпластический процесс эндометрия.

Распространенный остеохондроз позвоночника, остеопороз, полиостеоартроз, астено-депрессивный синдром. (Обратите внимание, что это просто выписка из истории болезни, а не словарь медицинских терминов. Как жить с таким диагнозом? Читайте дальше. — **Б.С.**)

Жалобы: периодически сжимающие боли в сердце, колебания АД до 200/85 мм рт. ст.; к вечеру тяжесть в затылке, одышка при подъеме по лестнице на 2-й этаж, периодические перебои в работе сердца, боли в правой поясничной области с иррадиацией в правую ногу.

Анамнез болезни: около 10 лет гипертоническая болезнь с максимальным АД до 180/80 мм рт. ст. В последние годы появились сжимающие боли в сердце, экстрасистолия. На ЭКГ 31.08.07 зарегистрирован пароксизм мерцательной аритмии.

Ухудшение самочувствия с сентября на фоне стрессовой ситуации, стали повышаться цифры АД до 200/90 мм рт. ст., тяжесть в затылке, боли в поясничном отделе. Консультирована неврологом.

Диагноз: дорсопатия пояснично-крестцового отдела.



КОММЕНТАРИЙ Б.С.:

Ценность этого случая для меня состоит в том, что Елизавета Степановна сама врач-терапевт, прошедшая Великую Отечественную войну. В ее истории болезни отмечается приблизительно такой же путь, который прошла Алла Ивановна. Но как врач, понимающая суть ишемической болезни сердца, она от операции на сердце отказалась. Ей долго не удавалось встретиться со мной, т.к. администраторы центра считали, что в этом возрасте и с таким диагнозом выполнить наши рекомендации в центре, где лечат на специальных тренажерах, она не сможет. Но она прочитала мою статью на тему борьбы с ишемической болезнью сердца. Мои аргументы ей, как врачу, показались убедительными, и она приступила к реализации моих рецептов. Что из этого вышло, чуть позже. А сейчас, с ее любезного согласия, приведу пример ее истории болезни. Она предоставила мне свой «Дневник выживания», в котором описала день за днем выполняемые ею упражнения, взятые из этой статьи.

Их смысл состоит в том, чтобы восстановить скорость и объем кровотока по большому кругу кровообращения, выполняя последовательно упражнения первого, второго и третьего этажей тела. Когда она пришла ко мне и рассказала свой путь выхода из болезни, а больше всего ее беспокоили высокое давление и головная боль, я был восхищен. Почему восхищен? Да потому, что мало таких людей, которые способны, зайдя в тупик своих действий, найти в себе силы и пойти принципиально другим путем. Читаем ее дневник. Она сначала могла выполнять приседания 5 раз (1-й этаж тела), держась за стол; поднимать поочередно ногу, лежа на спине (2-й этаж тела) — 4 раза; отжиматься от стола (3-й этаж тела) — 8 раз, затрачивая на это 25 минут. Конечно, после этих первых самостоятельных



занятий у нее появились боли в ногах и судороги в мышцах, но она растирала ноги полотенцем, смоченным в холодной воде (опять же по моему совету). День за днем она выполняла эти и другие («велосипед» ногами) упражнения.

Мало таких людей, которые способны, зайдя в тупик своих действий, найти в себе силы и пойти принципиально другим путем.

Я обратил внимание, что Елизавета Степановна, увеличивая постепенно количество повторений каждого упражнения, перестала испытывать боли через 5 месяцев. Летом стала копать грядки на даче, после чего боли вернулись. Через две недели снова начала потихоньку выполнять упражнения, спустя какое-то время отжималась уже 20 раз (2 раза по 10), приседала 50 (5 раз по 10), крутила ногами «велосипед» каждой ногой по 20 раз. С трудом стала выполнять упражнения на мышцы живота — «ножницы» (10 раз). Периодически вынуждена была применять обезболивающие и сердечные препараты, но в крайне ограниченном количестве. К 8-му месяцу количество повторений каждого упражнения заметно увеличилось. Однажды пришлось вызывать «Скорую помощь», ей вкололи магнезию и сняли высокое давление (210). От госпитализации отказалась, но два дня после этого упражнения не делала. На третий день после гипертонического криза она снова начала выполнять программу упражнений, причем в том же объеме. Она не считала, что гипертонический криз — последствия гимнастики.



Возможно, повлияли метеоусловия, магнитные бури... Возможно, плохо спала или понервничала... Но гипертонических кризов больше не повторялось, а количество повторений каждого упражнения увеличивалось.

Чуть позже свою программу она разделила на 2 части (утро — вечер) и через 9 месяцев стала выполнять 90 приседаний (9 раз по 10), 150 отжиманий (от стола, 15 раз по 10), делала упражнения на растяжку мышц, утром обливалась холодной водой. Эту же программу выполняла вечером. От головных болей и давления избавилась, лекарств не принимает, сейчас в нашем центре занимается на тренажерах. Причем выполняет такие упражнения, о которых не могут мечтать даже значительно более молодые пациенты, у которых нет подобных заболеваний.

Но гипертонических кризов больше не повторялось, а количество повторений каждого упражнения увеличивалось.

Примечание: не могут мечтать не потому, что не могут выполнить, а потому, что, как правило, после 60 лет боятся каких-либо (как они считают) нагрузок, предпочитая кардиопрепараты.

(Обращаю внимание на то, что всю жизнь Елизавету Степановну сопровождали боли в спине — остеохондроз.)

Приведу еще один пример из врачебной жизни, который характеризует бессмысленность лечения остеохондроза на больничной койке.





ПИСЬМО

Пишу Вам с Украины, г. Киев. Меня выписали из больницы домой помирать. У них осталось для меня одно лечение — операция на позвоночнике в шейном отделе. И никаких гарантий не дают. У меня онемели ноги. Уже 13 лет. Началось с пальцев и дошло до пояснично-крестцового отдела. Мурашки уже поползли выше. Пошло онемение мочевого пузыря, не чувствую позывов. Ноги за эти годы никогда не отпускало. Поднимается давление — голова не болит, а начинается ухудшение в ногах, сужаются сосуды, и ноги все время как будто зажаты тисками. Особенно ночью, не только спать не дает, но и спокойно лежать (нужно делать зарядку, ходить). Еле передвигаюсь с палочкой. Приехать к вам в центр не в состоянии. Поэтому молю о помощи. Я осталась совсем беспомощной. Помогите! Я читаю все Ваши статьи, немного делаю упражнения. Только в этом году диагностика МРТ определила основную причину моей проблемы — остеохондроз (болит вся спина до копчика).

Очень прошу. Осталась одна надежда на Вас.

С уважением, Л.И.

Лидия Ивановна Р., 71 год.

КОММЕНТАРИЙ С. БУБНОВСКОГО

Больной 71 год. Подчеркиваю ее возраст. Ее состояние ниже критического, но она очень хочет жить. И опять, как и во многих других случаях, больной обращается ко мне после того, как организм отравлен таблетками и отсутствием движения. Пара-



доксально, но факт! Именно в таком состоянии человек начинает осознавать роль движения в его жизни. А 13 лет назад (в 58 лет), когда уже стали неметь пальцы, а боли в спине не прекращались, она не задумывалась о том, что пора начать делать гимнастику (она могла бы выполнить достаточно большой объем упражнений, которые бы восстановили нормальное кровообращение и иннервацию). Откладывала все на потом, верила таблеткам. Наконец пришло осознание, к сожалению, достаточно поздно («приехать в центр не в состоянии»). Заниматься самостоятельно, как я понял, тоже не может, хотя и просит об этом. Повторяю, ей 71 год. Она хочет жить без боли.

Вот такая история. Но если для одних подобная ситуация кажется безысходной, то на других она оказывает мобилизующее действие. Приведу один из таких случаев.



ПИСЬМО

Здравствуйте, Сергей Михайлович! Я очень рад, что прочитал вашу книгу. Лет 25 назад мне в медицинскую карточку терапевты записали: «Ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, аритмия...»

В области сердца я постоянно ощущал неприятные симптомы. Посоветовали от физических нагрузок воздержаться. Я врачей выслушал, но не послушал, и решил усилить нагрузку. И вот уже около 15 лет занимаюсь огородом в 8 соток. Один построил домик, сарай, один обрабатываю всю землю. Заметил, что чувствовать себя стал лучше. Зимой же разработал специально для себя комплекс физических упражнений и два-три раза в неделю постоянно занимаюсь.



Таблетками старался не пользоваться, за исключением редких случаев (валидолом).

Но с лета 2008 года меня все чаще стала беспокоить простата. Мне уже 78 лет. А медики говорят, что они бессильны — возраст. И тут книга с вашими советами. И вот с марта стал заниматься лечебной гимнастикой от простатита: отжимания от спинки стула, приседания у двери, «ножницы», поднятие ног лежа и сюда добавил «полуплуг». Началось все по счету 30 (отжимания, приседания и т.д.) по три подхода. А вот сегодня у меня праздник. Я отжался 100 раз (50+30+20); «ножницы» по 30 на ногу; «полуплуг» — 60 раз (20+20+20); спинные мышцы — 60 раз (20+20+20). Думаю, что еще не предел. Интуитивно чувствую, со временем буду делать и больше. Самое главное, что ничего не болит. После упражнений принимаю контрастный душ — 15 минут. Одеваюсь, не обтираясь (кроме головы), 30 минут сохну, легкий завтрак и поход в магазин. На будущий год снова буду заниматься огородом, а ведь еще год назад думал оставить это дело.

За все то, что Вы, Сергей Михайлович, добро делаете всем людям, большое Вам душевное спасибо и низкий поклон. Крепкого Вам здоровья, успехов в работе, благополучия! Будьте счастливы! Слава Богу, что есть такие люди на земле. С Новым годом! 27.12.09.

Чуть не забыл. Боль в лобковой части прекратилась, сердце успокоилось. Еще раз спасибо!

Григорий Семенович Н., 78 лет.

КОММЕНТАРИЙ С. БУБНОВСКОГО

Без комментариев. — Б.С.



Как побороть страхи?

Самое страшное в жизни человека разумного — невозможность полноценного движения, если тело в норме. Ты вроде и живешь, и не живешь. При таком физическом состоянии никакие таблетки и чудодейственные приборы восстановить тело неспособны. Кровь является питательной средой для всех органов и тканей. Перемещается она от органа до органа или от сердца до всех областей тела по сосудам. Сосуды находятся в мышцах, являющихся насосами, перекачивающими кровь и выполняющими закон «сокращения — расслабления». И чем лучше они, мышцы, это делают, тем лучше работает система кровообращения, а значит, лучше осуществляется питание тканей и органов. Беда большей части людей в том, что их мышцы с годами перестают функционировать из-за лени их хозяев или (что чаще) из-за непонимания роли работы мышц. А вместе с мышцами мы теряем и сосуды, находящиеся в них. Когда я на приеме спрашиваю пациента, давно ли он подтягивался или отжимался, и в ответ читаю удивление во взгляде, мол, это здесь при чем, то сразу подчеркиваю, что это не праздный вопрос. Анализируя только зоны его мышечной недостаточности, даже не выслушивая жалоб, я с большой точностью могу рассказать ему про многие его проблемы, связанные со здоровьем. Это помогает составить индивидуальную программу лечебных действий. Все просто, и не просто. Просто, если знаешь законы жизнедеятельности организма и умеешь управлять им. Не просто потому, что при выполнении этих рекомендаций каждый раз состояние организма пациента меняется, и каждый раз должна меняться программа действий. Необходимо учитывать и физическое состояние тела, и образ жизни, и состояние психики.



**И помните: чудо — это мы сами,
созданные по образу Его, а не лекарства,
придуманные фармакологами.
Все есть в нас. И надо постараться понять
себя, изучить и перестать испытывать
чувство страха.**

Вот некоторые мои рекомендации.

1. Не советую сразу отказываться от лекарственных средств, которые вы принимаете давно в целях профилактики сердечно-сосудистых обострений, хотя прием их может быть резко снижен и проводиться только в дни между лечебно-оздоровительными занятиями, когда усиливаются адаптационные реакции организма, то есть возникают болезненные ощущения за грудиной, которые ранее устранялись лекарствами.

2. Для снятия страха, связанного с повышением артериального давления, рекомендую контролировать его до занятия и через 5—10 минут после завершения.

3. От НПВС (нестероидных противовоспалительных средств) рекомендую отказаться сразу, т.к. они мешают нервно-мышечной регуляции, а при длительном использовании выключают саморегуляцию организма, делая человека беззащитным перед любой болевой реакцией. Хотя тело после первых, даже небольших по объему, занятий будет буквально разламываться. Это реакции мышечной системы. Мышцы воспаляются, т.к. неспособны прокачать первое время тот объем крови, который стал проходить через них после длительного перерыва.

Снимите болезненность в теле криопроцедурами, самая эффективная из которых ледяная ванна (с головой на 5 секунд);



или разотрите тело смоченным в холодной воде полотенцем, затем протрите насухо.

Или, наконец, примите контрастный душ по правилу: холодная — горячая — холодная вода. Затем разотрите тело жестким полотенцем насухо.

И помните: чудо — это мы сами, созданные по образу Его, а не лекарства, придуманные фармакологами.

Все есть в нас. И надо постараться понять себя, изучить и перестать испытывать чувство страха.

10 ТИПИЧНЫХ ОШИБОК при самостоятельном выполнении лечебных упражнений

1. **Никогда «не набрасывайтесь» на выполнение сразу всех упражнений.** Дело в том, что в 1-й день очень многие, даже ослабленные, люди могут выполнить достаточно большой объем различных упражнений. Но на следующий день большинство из них не смогут пошевелиться без боли. Возможно повышение температуры тела.

2. Забудьте, **что вы когда-то были спортивным (ой) и здоровым (ой).** Сегодня вы имеете болезни и относитесь к себе как к ребенку, которого надо научить ходить.

3. После того как вы приступили к выполнению лечебных упражнений, не советуйтесь с врачом, запрещавшим вам нагрузки и рекомендовавшим носить корсет.

4. Вы давно не выполняли силовых упражнений. Ваши мышцы забыли, как это делать. Они обязательно будут болеть. Может быть, сильно. Даже до судорог. Не считайте, что это ухудшение вашего состояния или обострение болезней. Поэтому **если захотите прекратить выполнение упражнений, «отдохнуть» или «переждать», лучше не начинать вообще.** А болезненные реакции — не более чем адаптация, привыкание.

5. Продолжая выполнять упражнения, вы справитесь с болями.

Чтобы они прошли быстрее, рекомендую растирать тело полотенцем, смоченным в холодной воде. Лучше, конечно,



принять холодный душ или холодную ванну (5—10 секунд). Но только **не греть тело!** (Горячая ванна, физиотерапия или горячий душ.)

6. **Нельзя сразу отказываться от привычных лекарств,** снижающих давление. Просто в день упражнений сокращайте эти дозы, постепенно, под контролем пульса.

7. **Не допускайте сухости во рту.** Между упражнениями чаще пейте **воду, по глотку. Не больше!**

8. **Не берите с собой за компанию** своего друга, соседа или родственника. Это время оставьте только для себя. Оно только ваше и только для вас. Цените это!

9. У вас будут «хорошие» дни. Будут и «плохие». Плохое самочувствие — не повод не выполнять задуманной программы. В крайнем случае, примите таблетку или снизьте количество повторений, **но не пропускайте занятие.**

10. **Не жалуйтесь другим на свое здоровье.** Всегда хвалите себя за преодоление собственной слабости после выполнения упражнений.

ЭТАЖИ ТЕЛА

Чтобы упражнения не казались вам однообразными и монотонными, предлагаю выполнять их по этажам, на которые я условно разделил все тело. Каждый этаж представлен 10 упражнениями, для каждого занятия вы можете выбирать три из них и выполнять друг за другом.

Первый этаж представлен нижними конечностями и тазом. Основная его функция, не считая опорной, — транспортировка венозной крови к правому предсердию. Вы обратили внимание, что состояние мышц нижних конечностей, вернее, их атрофия приводит не только к остеохондрозу, но и — внима-



ние! — к ишемической болезни сердца. Остальные заболевания, связанные с мышечной недостаточностью нижних конечностей, приводятся при описании каждого упражнения.

Второй этаж — средняя часть туловища — представлен мышцами поясничного отдела и брюшного пресса. Мышцы этого этажа должны подхватывать кровоток, идущий с первого этажа. И в этом особенно помогает диафрагма — главная венозная помпа. Основные заболевания, которые развиваются в результате мышечной недостаточности этого этажа тела, это заболевания поясничного отдела позвоночника, а также заболевания желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы.

Третий этаж представлен поясом верхних конечностей, грудными мышцами и мышцами верхней части спины. Он помогает левому желудочку выбрасывать кровь в аорту, снижая тем самым риск развития гипертонической болезни. Активно влияя на скорость кровотока в малом круге кровообращения, он тем самым препятствует появлению и развитию заболеваний внешнего дыхания (бронхит, астма и прочее) и центральной нервной системы.

Рецепты, рекомендуемые в этой книге, составлены на основании моей более чем 25-летней практики, выполняйте их именно так, как они даны.

Учтите, что обязательно будут болеть мышцы, задействованные при выполнении этих упражнений. Больше или меньше — это индивидуально и зависит от количества выполненных движений.

Первое, и самое главное, упражнение — правильное диафрагмальное дыхание.

Для этого данное упражнение повторяйте каждый раз перед началом программы. Оно позволит разогнать кровь по сосудам, включить энергетику организма и снять боли, мешающие началу занятия.



«Диафрагмальное дыхание»

И.П.: лежа на спине. Ноги на ширине плеч и согнуты в коленях, стопы на полу. Правая (или левая) ладонь лежит на середине живота. Сделать выдох широко раскрытым ртом, с придыханием «ха-а!». Ладонь при этом «проваливается» в живот. Вдох через нос возвращается автоматически, ровно настолько, насколько возникает потребность, без усилия и расширения грудной клетки. Искусственно дыхание не задерживать. 10—20 повторений.

Кстати. Это упражнение может подтянуть живот, если вы будете выполнять его по 2 раза — утром и вечером, натошак, по 50 повторений. Перед началом диафрагмального дыхания желательно выпить мелкими глотками стакан воды.

1-Й ЭТАЖ (ПОЯС НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ): подагра, сахарный диабет II типа, тромбофлебит, артрозы суставов нижних конечностей

Упражнение № 1

«Подъем на носках»

Показания: подагра, шпоры, артрит, сахарный диабет II типа, варикозное расширение вен, плоскостопие, ИБС

И.П.: стоя на краю ступеньки (толстый брусок — 20 см). Опора только на носок. Пятка — свободна. Рукой удерживаться за перила или упираться в стол (в случае бруска). Максимальное разгибание стопы вверх и опускание пятки вниз (выдох на каждое движение). Возможен треск в суставе и болезненность в стопе. Пусть это вас не тревожит. Со временем все исчезнет. 10—20 повторений в одном подходе.



*Фото 14 а**Фото 14 б*

Упражнение № 2**«Приседание на пятки» (см. фото 14 а, б)**

Показания: артрит коленного и голеностопного суставов

И.П.: стоя на коленях. Руками можно опираться на стулья. Медленно опускать таз на пятки (на выдохе). Может появиться боль в коленном суставе, голеностопном и передней поверхности бедра. Старайтесь преодолеть ее. Для страховки можно под колени подкладывать валик, уменьшая постепенно его высоту, пока полностью не опустите таз на пятки (на выдохе). 10—20 повторений.

Упражнение № 3**«Приседания с опорой» (см. фото 15 а, б)**

Показания: артрозы коленных суставов, гипертоническая болезнь, ИБС, остеохондроз

И.П.: стоя у стула. Ноги на ширине плеч. Руками держитесь за спинку стула. Медленно приседайте на максимально возможный угол. На выдохе садиться и на выдохе вставать. Не опускаться ниже 90° (бедро параллельно полу) первые шесть месяцев. 10—20 повторений.

Упражнение № 4**«Велосипед»**

Показания: артрозы коленных суставов, гипертоническая болезнь, ИБС, остеохондроз



*Фото 15 а**Фото 15 б*

И.П.: лежа на спине. Руки в стороны, ладонями вниз. Вращайте ногами вперед, сгибая их в коленях. По 10—20 повторений.

Упражнение № 5

«Скручивание таза» (см. фото 16 а, б, в)

Показания: артриты коленных суставов, гипертоническая болезнь, ИБС, остеохондроз



Фото 16 а

И.П.: лежа на спине. Ноги вместе, согнуты в коленях, стопы на полу, руки в стороны. Поочередное опускайте ноги вправо и влево, до касания пола.





Фото 16 б

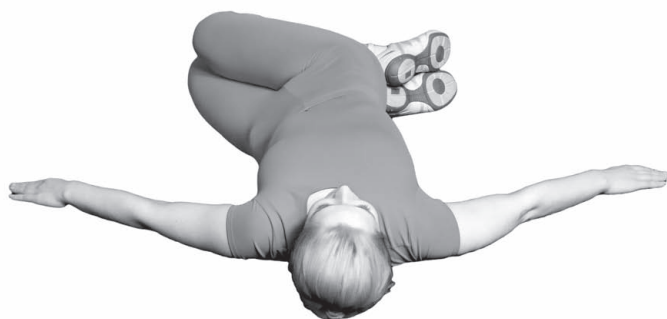


Фото 16 в



Упражнение № 6**«Растяжка бедра» (см. фото 17 а, б, в, г)**

Показания: артриты коленных суставов, гипертоническая болезнь, ИБС, остеохондроз

И.П.: лежа на спине. Нога согнута в колене. Эспандер перекинуть через середину стопы и взяться за ручки. Полностью разгибать ногу в коленном суставе, несмотря на боль в мышцах под коленом (на выдохе), удерживать локти на полу. С каждым разом ручки эспандера держать ближе к плечам. Делать поочередно правой и левой ногой. Добиться того, чтобы разгибание стало безболезненным. Выполнять ежедневно. Желательно утром и вечером по 10—20 повторений с эспандером и 1— 2 раза взявшись за стопу рукой.



Фото 17 а



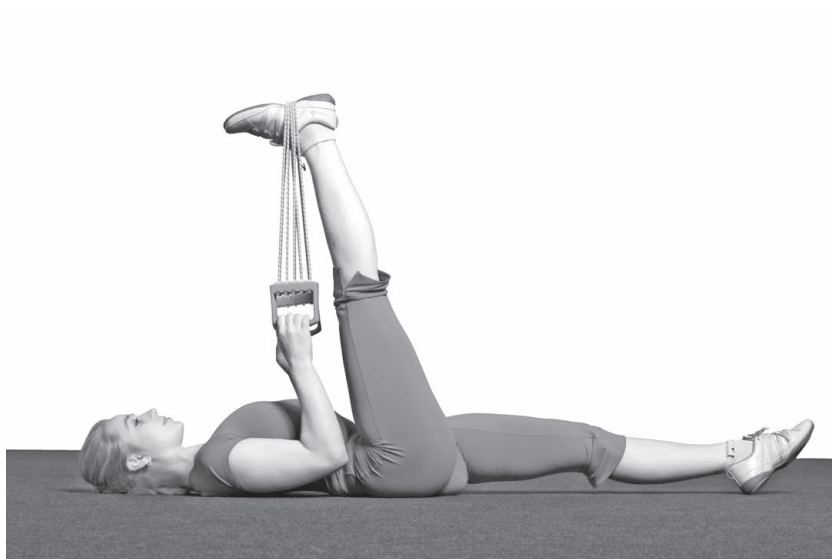


Фото 17 б



Фото 17 в





Фото 17 г

Упражнение № 7**«Треугольник сидя» (см. фото 18 а, б)**

Показания: артриты коленных суставов, гипертоническая болезнь, ИБС, остеохондроз

И.П.: сидя на полу. Одна нога выпрямлена, стопа другой упирается в бедро. Взять правой рукой правую стопу и наклониться вперед (на выдохе), не реагируя на боль в поясничном отделе и под коленом. Вначале ногу можно слегка согнуть в коленном суставе, но при следующих повторях стараться ногу выпрямить. Затем обхватить стопу двумя руками и лечь на бедро. Удержаться 3—5 секунд.



*Фото 18 а**Фото 18 б***Упражнение № 8****«Складной нож» (см. фото 19 а, б)**

Показания: артриты коленных суставов, гипертоническая болезнь, ИБС, остеохондроз

И.П.: сидя на полу. Обе ноги выпрямлены или слегка согнуты в коленях. Взяться руками за края стоп и постараться наклониться вперед. Сначала ноги могут быть слегка согнуты в коленях, потом стараться их выпрямить. Удержаться 3—5 секунд.



Фото 19 а



Фото 19 б





Фото 20 а



Фото 20 б

Упражнение № 9**«Массаж стопы» (см. фото 20 а, б)**

Показания: подагра, артриты

И.П.: сидя на стуле. Левую (правую) ногу положить голенью на бедро другой ноги. Обхватить руками пальцы стопы, лежащей на бедре, и вращать голеностопный сустав и суставы пальцев ног: суставной массаж. Поочередно.



Упражнение № 10**«Массаж суставов ног» (см. фото 21 а, б)****Показания:** артриты суставов нижних конечностей

И.П.: то же. Ладонями максимально сильно делать круговые движения вокруг тазобедренных и коленных суставов, нажимая ладонями на внешнюю поверхность суставов. Массаж делать по часовой и против часовой стрелки (по 10—20 повторений). Болезненные точки (мышцы) растирать особенно тщательно.

Примечание

Упражнения лучше делать утром, после холодного (контрастного) душа, выпив 1— 2 стакана зеленого (травяного чая).



Фото 21 а



Фото 21 б



**2-Й ЭТАЖ (МЫШЦЫ ПОЯСНИЧНОГО
ОТДЕЛА И БРЮШНОГО ПРЕССА):
люмбаго, миома матки, аденома простаты,
мочекаменная болезнь, синдром
«раздраженной кишки»**

Упражнение № 1

«Пресс № 4» (см. фото 22 а, б, в)

Показания: остеохондроз поясничного отдела позвоночника



Фото 22 а



Фото 22 б





Фото 22 в

И.П.: лежа на спине. Ноги согнуты в коленях. Поочередно касаться коленями локтей (правое колено — левый локоть, и наоборот), затем — двумя коленями вместе. По 20 повторений.

Упражнение № 2

И.П.: лечь животом на фитбол, ноги свесить до пола:

а) «Саранча» (см. фото 23 а, б, в)

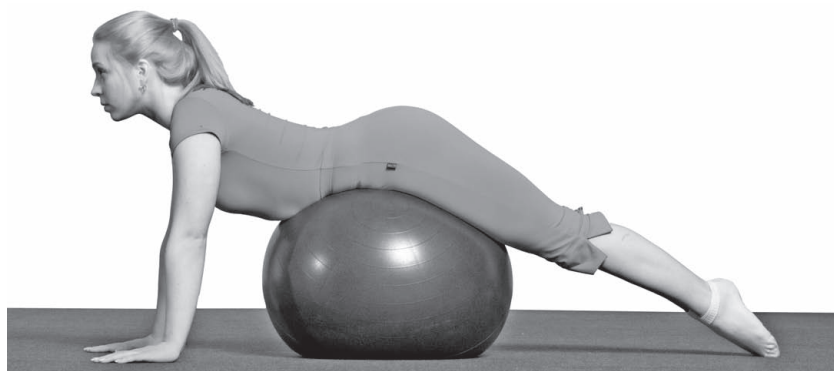


Фото 23 а





Фото 23 б

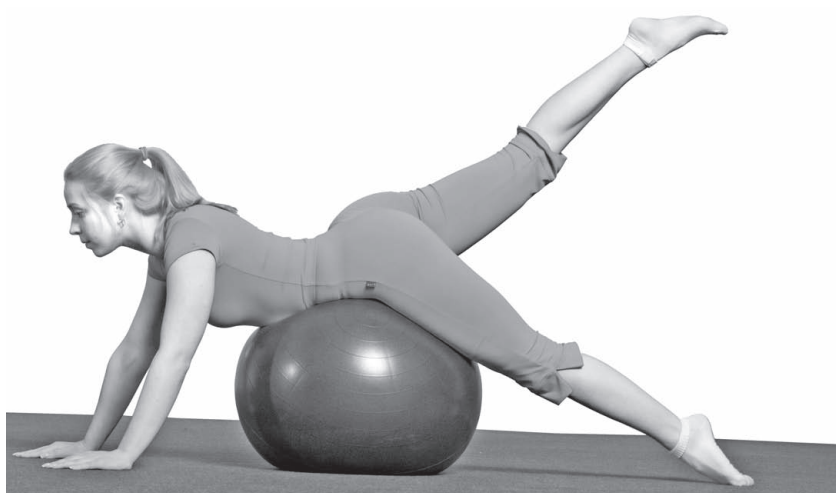


Фото 23 в

Показания: остеохондроз поясничного отдела позвоночника



На выдохе стараться поднять ноги выше уровня мяча, упор делать руками в пол. Ослабленным людям поднимать ноги поочередно. По 10—20 повторений.

б) «Гиперэкстензия» (см. фото 24 а, б)

Показания: целлюлит, артроз тазобедренных суставов

Поднимать туловище, лежащее на мяче, как можно выше. Руки развести в стороны. Колени не отрывать от пола.

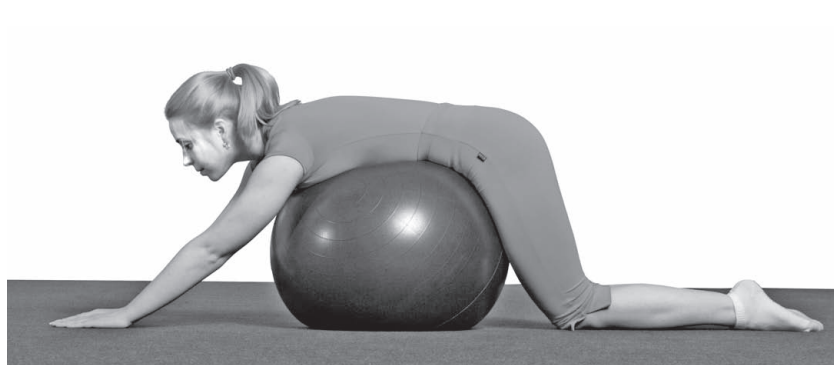


Фото 24 а

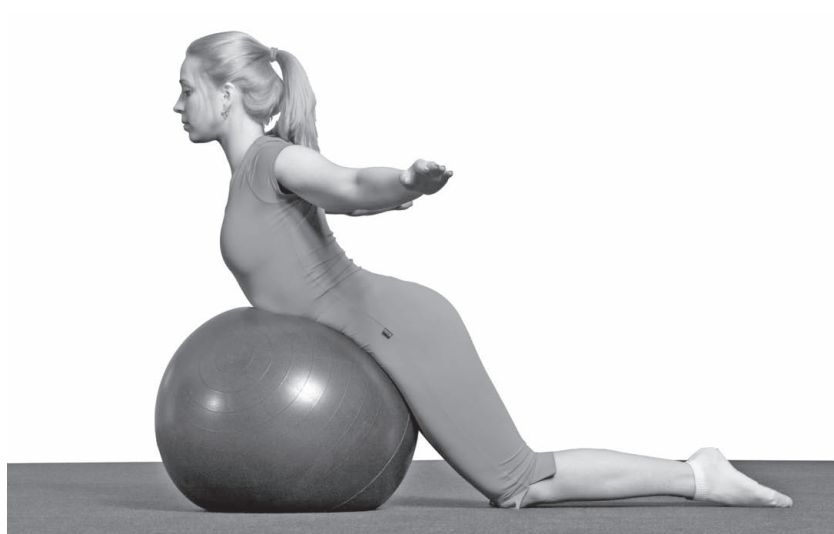
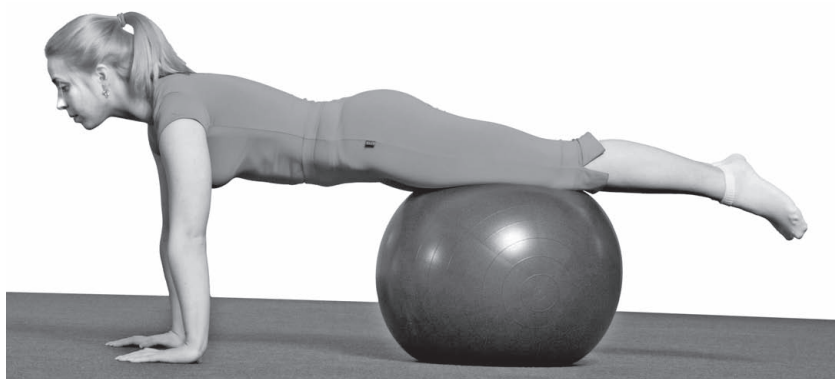
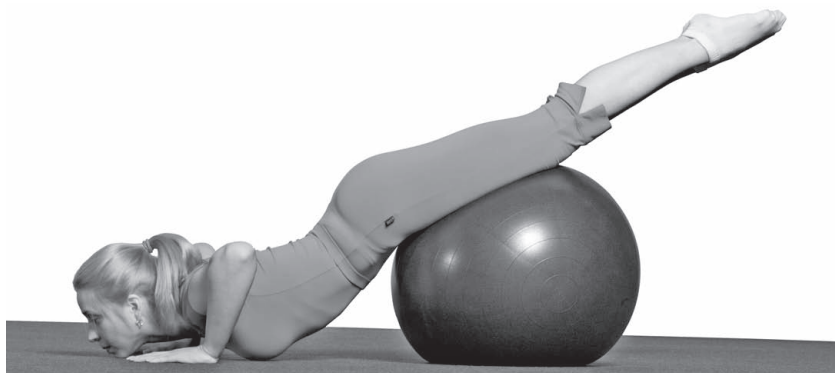


Фото 24 б



Упражнение № 3**«Отжимания на мяче (фитболе)» (см. фото. 25 а, б, в, г)****Показания:** грудной и поясничный остеохондроз

Взять маленький фитбол (надувной мяч). Лечь бедрами на мяч, руками упереться в пол. Отжиматься от пола на мяче. С каждым занятием опору на мяч уменьшать, стараясь в конце концов упираться только голеностопными суставами.

*Фото 25 а**Фото 25 б*

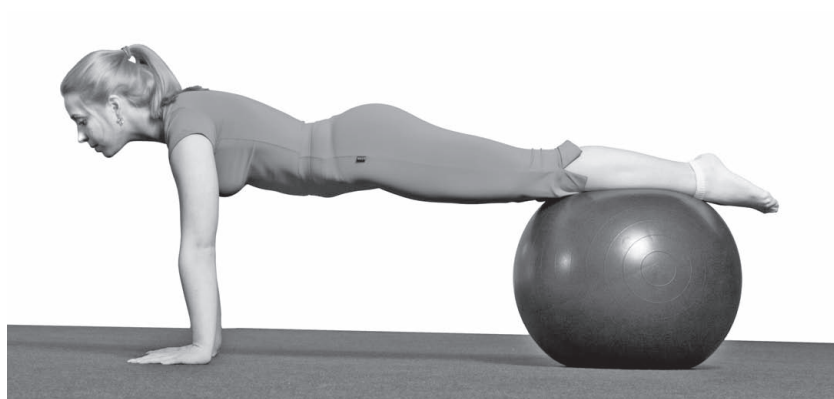


Фото 25 в

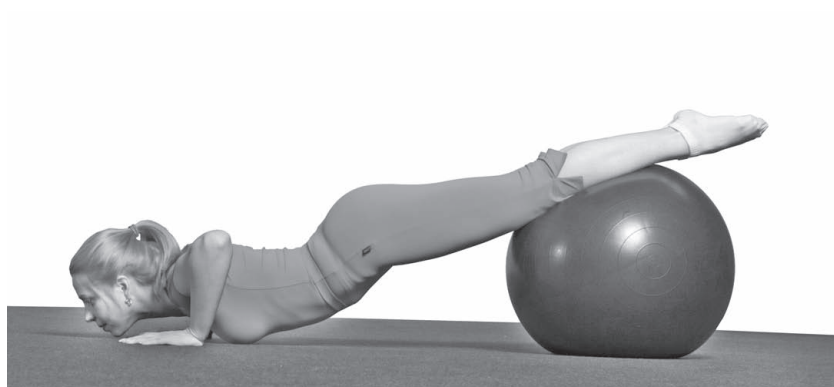


Фото 25 г

Упражнение № 4**«Полумостик» (см. фото 26 а, б, в, г)**

Показания: остеохондроз поясничного отдела позвоночника, простатит, опущение внутренних органов, воспаление придатков, гипертоническая болезнь

У кровати или на мяче (см. часть 2, рецепт № 2).





Фото 26 а



Фото 26 б



Фото 26 в





Фото 26 г

Упражнение № 5**«Нижний пресс» (см. фото 27 а, б)**

Показания: остеохондроз поясничного отдела позвоночника, гипертоническая болезнь, артрозы нижних конечностей

И.П.: лежа на спине, ногами обхватить маленький фитбол (мяч), поднимать его ногами на 90°. Ослабленным людям можно держаться руками за неподвижную опору.



Фото 27 а





Фото 27 б

Упражнение № 6
«Флюгель» (см. фото 28 а, б)

Показания: остеохондроз поясничного отдела позвоночника

И.П.: лежа на спине, руки развести в стороны. Ноги согнуты в коленях и подняты на 90° к полу. Опускать ноги вправо и влево, до касания пола внешней стороной бедра.





Фото 28 а



Фото 28 б

Упражнение № 7**«Подъем коленей в висе» (см. фото 29 а, б)**

Показания: остеохондроз поясничного отдела с грыжами межпозвонковых дисков

И.П.: вис на турнике. Поднимать колени к подбородку или до пояса на выдохе. Возможные варианты: поднимать прямые ноги под углом 90° , поднимать прямые ноги так, чтобы коснуться ногами перекладины.





Фото 29 а



Фото 29 б

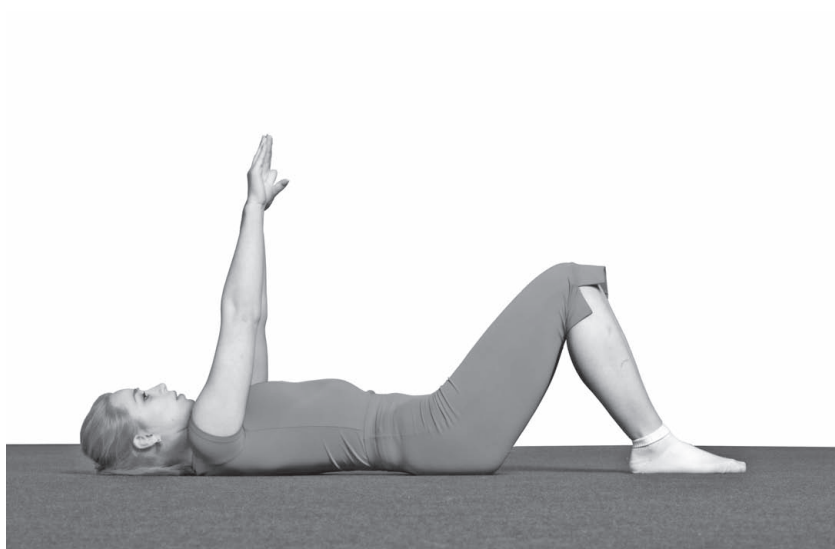


Фото 30 а





Фото 30 б

Упражнение № 8

«Верхний пресс» (см. фото 30 а, б)

Показания: остеохондроз, опущение почек — нефроптоз

И.П.: лежа на спине, ноги зафиксированы под диван или под шкаф и согнуты в коленях. Выпрямить руки перед грудью. На выдохе поднимать туловище до касания согнутых ног.

Упражнение № 9

«Перекаты вперед — назад» (см. фото 31 а, б)

Показания: остеохондроз, опущение внутренних органов

И.П.: лежа спиной на мяче. Руки в стороны, голову запрокинуть. Перекатываться, отталкиваясь от пола ногами, с возвратом в И.П.





Фото 31 а

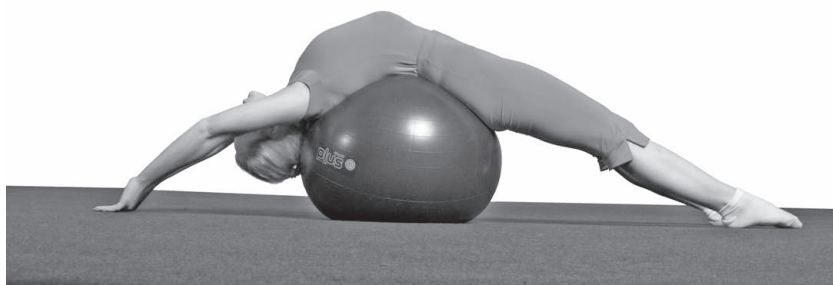


Фото 31 б

Упражнение № 10

«Полусобака» (см. фото 32 а, б, в)

Показания: остеохондроз, опущение внутренних органов

И.П.: стоя на коленях, колени на ширине плеч, руки вытянуть вперед до касания грудью пола («**добрая собака**»). Затем вернуться в И.П., встать на четвереньки, выгнув спину, — «**злая кошка**».





Фото 32 а



Фото 32 б



Фото 32 в



3-Й ЭТАЖ (ПОЯС ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ГРУДНЫЕ МЫШЦЫ И МЫШЦЫ ВЕРХНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ): гипертоническая болезнь, инсульт, паркинсонизм

Показания: остеохондроз, гипертоническая болезнь, ИБС, бронхиальная астма, хронический бронхит, паркинсонизм

1—5. **«Отжимания»:**

от стены;

от стола;

от пола (на коленях);

на мяче (трудное упражнение) (см. фото 33 а, б);

от стульев и между стульев, ноги на полу (см. фото 34 а, б, в) (лицом вниз).

6. **«Пулл-овер»** (см. часть 2, рецепт № 5).

7. **«Бабочка»**. (см. часть 2, рецепт № 6).

8—9. **«Отжимания на брусьях»**, постепенно увеличивая глубину отжимания (см. часть 2, рецепт № 8) (см. фото 35 а, б).

10. **«Подтягивание»** на турнике до груди (см. часть 2, рецепт № 7) (см. фото 36 а, б).

Все упражнения выполняются от 5 до 10 повторений в одной серии.



Фото 33 а





Фото 33 б

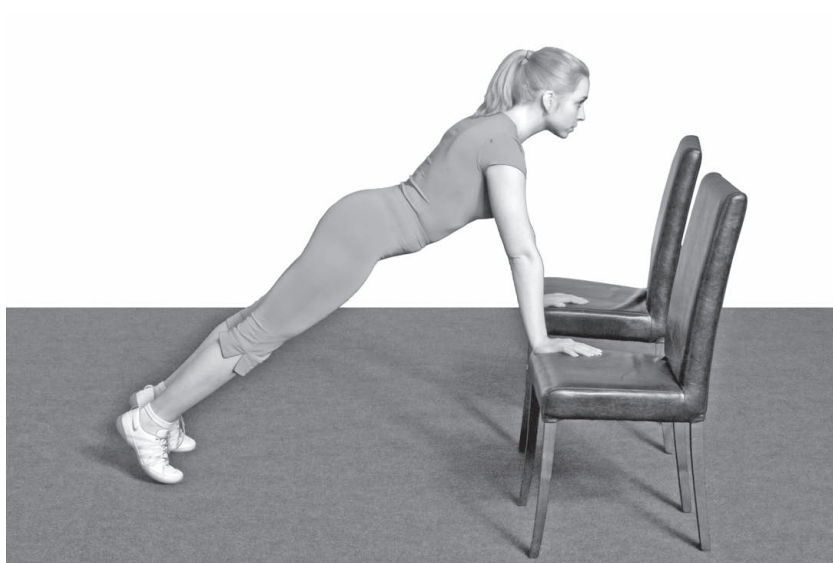


Фото 34 а



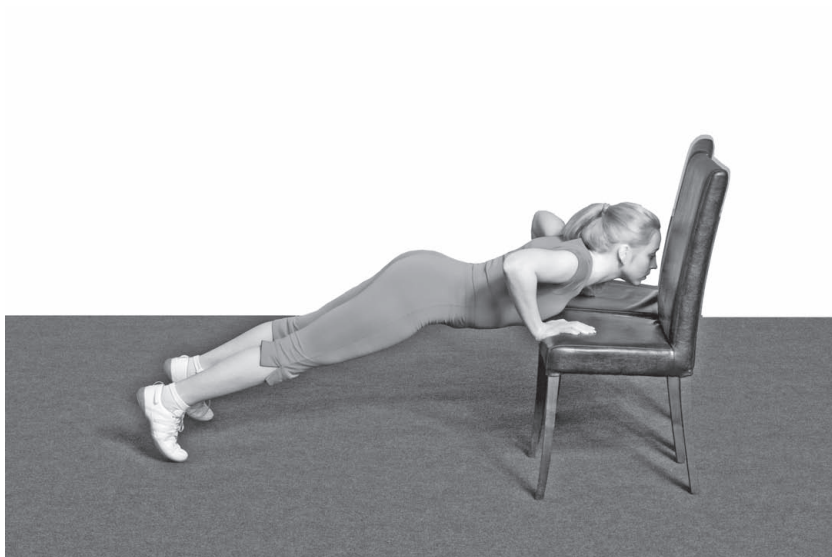


Фото 34 б

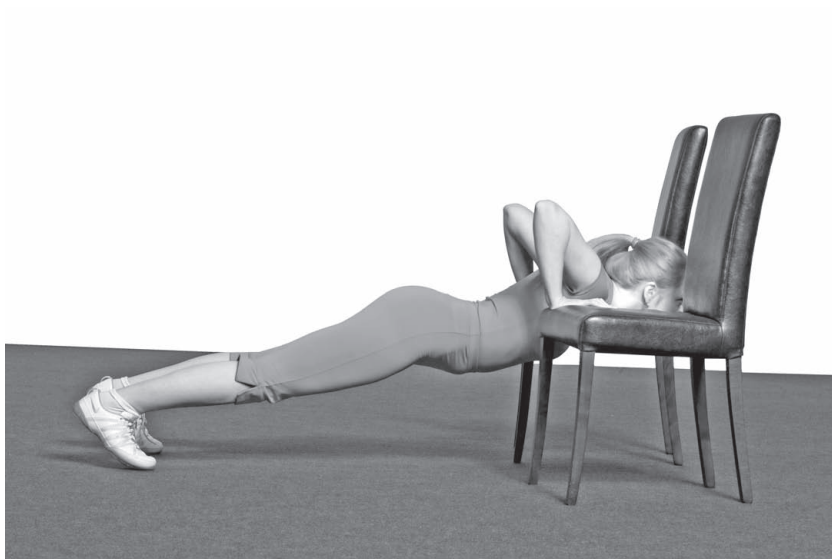
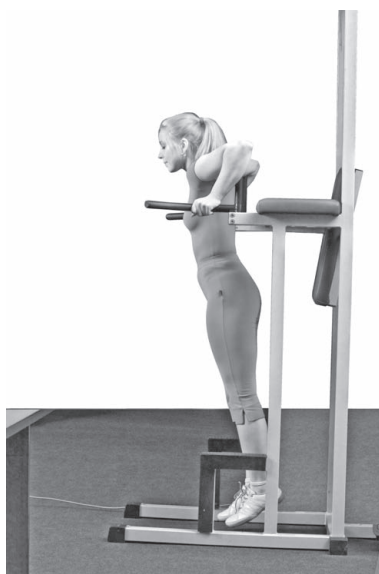


Фото 34 в



*Фото 35 а**Фото 35 б**Фото 36 а**Фото 36 б*

Поговорим о питании

Казалось бы, все ясно? Отнюдь. Было бы слишком просто все свести к упражнениям. Есть еще два фактора риска, не устранив которые трудно вернуть себе не только здоровый позвоночник, но и здоровье в целом, и к этим факторам я отношу питание, связанный с ним водно-питьевой режим и негативные эмоции. Обратите на них пристальное внимание! Но помните — это всего лишь формулы. Их можно подстраивать под себя (например, текст настроения на сон), но крайне нежелательно их игнорировать.

Меня часто спрашивают, почему в своих книгах я не уделяю внимания правильному питанию. Видимо, я очень городской человек, да и к тому же трудоголик. А такие люди едят крайне нерегулярно да и часто неправильно.

Изучив такую науку, как диетология, и посидев достаточно долгое время на разного рода диетах (у меня даже есть собственный рекорд минус 36 кг за 3 месяца, то есть по 12 кг в месяц), я пришел к выводу: ни к чему, кроме неврозов (нарушения сна, раздражительности, синдрома хронической усталости и проч.) и остеохондроза со всеми его проявлениями, описанными в этой книге, диеты привести не могут. Идеальной (но трудновыполнимой) я считаю формулу А.П. Чехова: «Встал из-за стола голодным, значит — наелся. Встал из-за стола сытым, значит — объелся. А если объелся, встав из-за стола, значит — отравился», и стараюсь ей следовать.

Мой товарищ Владимир Абрамов успокоил меня в этом вопросе, мол, в здоровом теле — здоровый вес. Многое, конечно,



зависит от образа жизни. Я человек достаточно спортивный. Поэтому, когда есть возможность походить на лыжах, побегать трусцой по песку, поплавать или походить по пересеченной местности, я пользуюсь этим и легко корректирую свой вес, не теряя при этом качества тела (силовая выносливость и эластичность суставов). Да и вообще считаю, что **качественно сбросить вес, то есть не потеряв при этом мышцы**, можно только используя сочетания различных аэробных нагрузок, силовых упражнений и стретчинга (растяжки мышц) на фоне рационального питания.

К аэробным нагрузкам, которые могут способствовать этому, я отношу:

- простую ходьбу не менее 2 часов со скоростью 6—8 км в час (по пересеченной местности хватит и часа);

- бег трусцой 20—30 мин. на пульсе до 140—145 ударов в минуту;

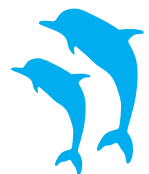
- ходьбу на лыжах (бег на лыжах) не менее 3—5 км;

- плавание (без остановки) не менее 1,5—2 км в максимально возможном для вас темпе.

Сама по себе диета (кроме диеты для диабетиков и людей, перенесших удаление желчного пузыря), с моей точки зрения, вредна, так как в топку организма сначала идут мышцы, имеющие быструю энергию, необходимую для поддержания жизнедеятельности организма, и только потом — жировая ткань, являющаяся резервной, то есть медленной энергией.

При таком подходе к созданию идеальной фигуры появляются дистрофические заболевания (остеохондроз, артрозы) и ишемические, связанные с сосудистой недостаточностью. Поэтому худеть надо правильно, **т.к. неправильное питание также способствует появлению остеохондроза**.

К технике лечебного голодания я отношусь как к лекарству. Только в особых случаях и по назначению врача.



Принципы рационального питания, которым следует доктор Бубновский:

1) употреблять в пищу естественные продукты, не подвергнутые обработке (фрукты, овощи, орехи, яйца, злаки, цельное зерно, рыбу, птицу, крольчатину, молоко, сыр, творог);

2) отказаться от консервированных продуктов;

3) готовить блюда, которые содержат 2—3 разных ингредиента («Пища проста — доживешь до ста»);

4) избегать сахара и соли, заменить их специями, пикантными приправами, соусами; например, соль можно заменить лимонным соком или соевым соусом, а сахар-рафинад — тростниковым сахаром, медом, сладкими фруктами, шоколадом;

5) избегать алкоголя, особенно во время еды. Вино и вода, употребленные вместе с пищей, скапливаются в ЖКТ (желудочно-кишечном тракте) и растворяют ферменты, которые выделяются для расщепления еды. Поэтому выпитый сразу после еды чай приводит к ожирению и несварению съеденной пищи. На десерт лучше взять арбуз или другие фрукты, например яблоки;

6) исключить из питания кофеин как возбуждающее средство. Дело в том, что мы часто путаем возбуждение с бодростью. Через пару часов после кофе появляются слабость, раздражительность, головная боль. Это стимулирующее и даже наркотическое средство (правда, со мной не согласятся кофеманы).

Кроме того, необходимо соблюдать правильный питьевой режим, то есть в день выпивать не менее 3 литров воды (12 стаканов). Я, например, предпочитаю обильное питье утром, до гимнастики («внутренний душ»), сразу после нее, перед баней, перед едой или через 1,5— 2 часа после еды. Пить надо много. Мы состоим из воды, и чем чаще будем ее менять, тем лучше организму.

Не признаю консервированные соки в пакетах, различные газированные напитки (кока-кола, пепси-кола и так далее).



Лучшая вода — вода родниковая или из скважины, которую ты знаешь. А людьми, страдающими от суставных заболеваний и остеохондроза, это правило должно соблюдаться неукоснительно.

Таким образом, без принципиального изменения образа жизни, приведшего к избыточному весу и, соответственно, к остеохондрозу, следуя лишь модным диетам, добиться нужных результатов в коррекции фигуры, с моей точки зрения, невозможно.

И еще. Меня часто спрашивают, как питаться в день занятий кинезитерапией. Отвечаю.

Через 30—40 минут после силовых занятий открывается так называемое «белковое окно», иными словами, появляется зверский аппетит. Рекомендую принять любую белковую пищу (молочные, рыбные, мясные блюда), но не переедать. В случае отказа от белковой пищи для восстановления затраченной на занятие энергии пойдет не жировая ткань, а мышечная. И вместо восстановления тела до нормы вы можете прийти к его атрофии. Если же после занятия принимать углеводную пищу, то вместо мышечной ткани будет образовываться жировая, чего так опасаются желающие похудеть.

Диета С.М. Бубновского

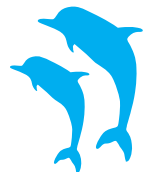
Завтрак и ужин

Каши: гречневая, пшенная, геркулес, рисовая.

1/2 стакана крупы на 2 стакана воды. Залить кипятком, варить на огне 4—5 минут до выкипания воды. Без соли!

+ лук, обжаренный в растительном масле до желтизны, или соевый соус (вместо соли)

+ любой овощ (желательно свежий, можно слегка полить растительным маслом): капуста, свекла, огурец, помидор, морковь.



Обед

Нежирный творог с вареньем или медом, нежирное молоко (1,5% жирности), можно кусочек черного хлеба грубого помола.

Или

Овощной суп (из мороженных овощей), рыба нежирная вареная (треска, ледяная, щука) + любая крупа или овощной гарнир.

Или

Грудка цыпленка + любая крупа или овощной гарнир.

Важно!

Приемы пищи через 5—6 часов.

Обильное питье — не менее 4 литров в день.

В перерывах между приемами пищи пить воду или несладкий чай.

1 раз в неделю 24 часа на воде.

Ежедневно: 2 часа быстрой ходьбы или 500 приседаний.

Трудная задача, но выполнимая! Заодно сможете испытать свою волю! Удачи!

НАСТРОЙ НА ЗДОРОВЬЕ. Как этого добиться?

Громадное значение для человека, страдающего от остеохондроза, имеет хороший сон. Если человек регулярно не высыпается, спит урывками или вообще не может долго заснуть, от болей в спине ему избавиться будет крайне трудно.

Дело в том, что во время сна тело должно расслабляться, уставшие за день мышцы или мышцы, перенесшие большие физические нагрузки, должны отдохнуть и к утру вернуть свою работоспособность. Плохой или беспокойный сон препятству-



ет этому. Если мышцы не сумели отдохнуть, расслабиться и избавиться от шлаков, человек после сна чувствует себя разбитым, неспособным выполнить даже простые упражнения.

Если человек регулярно не высыпается, спит урывками или вообще не может долго заснуть, от болей в спине ему избавиться будет крайне трудно.

Естественно, сказать ему: «Не думай о плохом — думай о хорошем», значит, ничего не сказать. Как же прогнать негатив, если плохие мысли лезут в голову и буквально съедают человека изнутри? Я даю рецепт как психотерапевт, ибо, с моей точки зрения, в организме человека тренировке подлежит все, в том числе и психическая энергия. Скажу больше, если вы пойдете по пути управления отрицательными эмоциями, то добьетесь в жизни намного больше, чем ожидаете.

Этот рецепт можно записать в блокнот и читать вслух перед сном. Сейчас нет проблем с диктофоном и наушниками, можете воспользоваться любым из этих носителей или полностью довериться памяти.

Итак, для лиц, страдающих бессонницей, предлагаю следующую формулу самонастроя на здоровый сон:

Сон мне необходим.

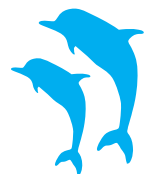
Сейчас я начну засыпать. Я засыпаю, засыпаю.

Сон укрепит мою нервную систему и поможет лучше справиться с работой.

О делах и событиях дня я не думаю.

Я совершенно спокоен. Я засыпаю все крепче и крепче.

Считаю до 20.



Один. Два. На счете 20 я усну.

Веки начинают тяжелеть. **Три. Четыре.**

Мне все сильнее и сильнее хочется спать. **Пять. Шесть.**

Я сейчас засну. **Семь. Восемь.**

Веки плотно сомкнулись.

Дремота овладевает мной все сильнее и сильнее. **Девять. Десять.**

Сон все больше и больше охватывает меня.

Одиннадцать. Двенадцать. Я проснусь только в ...часов.

Тринадцать, четырнадцать. После такого хорошего сна я буду чувствовать себя бодрым, работоспособным.

Пятнадцать. Шестнадцать. Мысли мои начинают путаться.

Семнадцать. Восемнадцать.

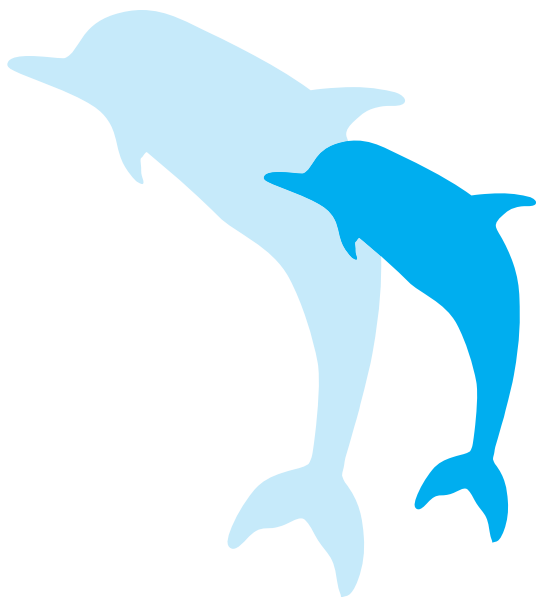
Мне уже трудно становится считать.

Я уже сплю. **Девятнадцать! Двадцать!** — Сплю!

Эту формулу следует повторять ежедневно. И если в первый раз она может быть неэффективной, то после ежедневных повторений обязательно реализуется. И в дальнейшем вы просто не будете успевать досчитать до 20. Только необходимо настойчиво думать о содержании формулы самовнушения и буквально впитывать ее в себя.

РАЗДЕЛ 2

ГРЫЖА



Каждый второй пациент с болями в спине при вопросе: «Что вас беспокоит?» — отвечает: «У меня грыжа, доктор!» И в глазах читается такая безысходность и тоска, будто он произнес собственный приговор.

При этом имеется в виду грыжа позвоночника — термин, ставший модным в последние лет 20 и объясняющий боли в спине; это не паховая или пупочная грыжа. У этого пациента и у многих других, обратившихся ко мне с данной проблемой, глаза были полны ужаса. Еще бы?! Она — эта грыжа позвоночника — может «выпасть» внутрь позвоночного столба, ущемить все нервные окончания, и будешь ходить или под себя, или шаркая ногами!» Во всяком случае, так убеждали все невропатологи, консультировавшие пациентов ранее и посылавшие их к нейрохирургу. В последний момент кто-то порекомендовал обратиться в центр кинезитерапии, то есть в наш центр, где врачи умеют справляться с грыжами позвоночника без операций. «Да?! — подумал я. — Гениальное заболевание «сотворили» нейрохирурги — грыжа позвоночника! То, что это «творение» принадлежит именно данному сообществу врачей, я не сомневаюсь ни секунды. Раньше острые боли в спине объясняли все больше радикулитом. Причем лечить этот самый радикулит пытались прежде всего терапевтическими методами, к нейрохирургу посылали лишь в крайнем случае. То есть когда терапия, то бишь лекарственные средства, физиотерапия, вытяжения, банки и так далее, оказывалась не в состоянии справиться с болью



в спине, особенно если пациент попал в дорогую клинику, и плюс к этому нарушались функции мочеиспускания. Сейчас при любых болях в спине, даже, казалось бы, с незначительными грыжами межпозвонковых дисков 4—5 мм, больных направляют к нейрохирургу. Почему? Все очень просто: быстро, дорого и... с глаз долой. Там разберемся.

Не хочу быть истиной в последней инстанции, но мне ежедневно приходится отвечать на десятки вопросов больных.

ЧАСТЬ 1

Ко мне, как правило, приходят с двумя желаниями. Первое — снять боль, и желательно без лекарств, которыми пациент уже насытился. И второе — восстановить полноценную трудоспособность, то есть после проведенного лечения вернуться к своей профессии, при этом не ограничивая себя в быту, а также ношением корсетов. В качестве аргументов буду приводить теоретические обоснования анатомо-физиологической организации позвоночника, ссылаться на мнения авторитетных ученых и практиков, а также выписки из характерных историй болезни.

Приходят с двумя желаниями. Первое — снять боль, и желательно без лекарств, которыми пациент уже насытился. И второе — восстановить полноценную трудоспособность.

Начну с одной из таких историй болезни: прооперирована пациентка в одной из городских больниц, вот что происходит с ней после операции.



ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Демешко Л.В., 18 лет

Поступила с жалобами на боли в грудном и поясничном отделах позвоночника.



3 года назад (т.е. в 15 лет!) при болях в поясничном отделе и после безуспешного лечения НПВС (нестероидными противовоспалительными средствами) и физиотерапией перенесла операцию: ламинэктомию Th12, дискэктомию Th12-L1, в межтеловой промежуток введена аутокость. На догоспитальном этапе проведено неврологическое обследование, в котором я нашел такие формулировки: «Язык по средней линии, слух не нарушен, менингеальных знаков нет», — и прочие врачебные «находки», отношения к болям в поясничном отделе практически не имеющие. Но обратил внимание на любопытную фразу в выписке из истории болезни: «Мышечный тонус без четкой разницы сторон?..» И еще одну, более или менее понятную: «Напряжение паравертебральных мышц в грудно-поясничной области». Далее следовало: «Функции тазовых органов пациента контролирует...» (Не все еще так печально... — Б.С.)

После операции больной было рекомендовано: ношение корсета на поясничный отдел не менее 2 месяцев; ограничение положения сидя 2 месяца; ЛФК на мышцы живота и спины (я не добился от больной каких-либо серьезных комментариев по поводу этих упражнений...); наблюдение невропатолога по месту жительства.

Таким образом, до операции девушку, естественно, убеждали, что операция решит все ее проблемы и она сразу вернется к прежней жизни. Но после операции ее, как следует из рекомендаций лечащего врача, на 2 месяца исключили из активной жизни, запретили 2 месяца сидеть.



И, наконец, просто отдали под наблюдение местного невропатолога, который к этой операции никакого отношения не имел (мол, пусть зачищает нашу работу) и у которого и своих участковых дел много: пенсионеры, сидящие в ряд перед кабинетом и требующие его внимания.

Наше дополнительное миофасциальное обследование⁵ выявило распространенный гипертонус⁶ околопозвоночных мышц в области грудного и поясничного отделов позвоночника, на которое ранее никто из врачей внимания не обратил. Во всяком случае, в эпикризе об этом не записано.

Мало этого, выявилась ригидность (своего рода одеревенение. — **Б.С.**) связок позвоночника поясничного отдела. То есть девушка потеряла гибкость вследствие ношения корсета. Кроме того, и это почти самое главное, выявилась потеря мышцами бедра их антропометрической нормы по задней поверхности, где происходят основные нервно-сосудистые пути (седалищный нерв, артерии, вены).

Это признак мышечной недостаточности, выявляемый обычно в постпубертантный период (после полового созревания). Девушка действительно никогда не занималась гимнастикой и к тому, что не могла коснуться рукой пальцев ног, не сгибая коленей, относилась спокойно. Если бы она знала, чем это может закончиться...

Функциональное тестирование отдельных мышечных групп, которое мы проводим после диагностики на тренажерах, показало, что у нее слабые ноги. Она с трудом выполняла упражнения с отягощением, которые легко выполнила бы девочка 5— 6-го класса.

Обратите внимание и на рекомендации после операции! **Девушке обещали решить все ее проблемы быстро и навсегда, а она получила не только корсет, но и III группу инвалидности** на год, и уже без каких-либо позитивных прогно-



зов. Я бы порекомендовал ей через какое-то время сделать контрольный снимок позвоночника, и, думаю, она бы увидела на прооперированном участке позвоночника новую «грыжу», а возможно, еще одну в соседнем межпозвонковом диске. Гамильтон Холл, всемирно известный хирург-ортопед, специалист по заболеваниям спины, основатель Канадского института спины, в своей книге «Ваш позвоночник» (Москва, «Бином», 1997) пишет: «Почти всем своим пациентам я объясняю две важные вещи, касающиеся хирургии. Во-первых, только менее 2% людей с болями в спине могут выиграть от хирургической операции; 98% из 100%, включая тяжелые случаи, больше выиграют от комбинации физиотерапии, лекарств, упражнений и правильных повседневных движений, т.е. занятия правильных позиций в положении стоя, сидя, лежа и т.д.». То есть специалист, заинтересованный, казалось бы, в проведении операции по удалению грыжи позвоночника, предупреждает о достаточно малом проценте успешных исходов операций по удалению грыж позвоночника... Даже его слова «как-то выиграть» не очень воодушевляют, а эти 2% тем более. Далее он пишет: «Идея хирургии как панацеи иногда поддерживается самими врачами. Из лучших побуждений, пытаюсь выработать у пациента оптимистическое отношение к грядущей операции, хирург может с излишним энтузиазмом говорить о том, что он приведет вас в «полный порядок» или «устранит все неприятности с вашим диском». Откровенно говоря, никакая операция на позвоночнике не дает полной гарантии. А если бы и можно было их дать, то уж во всяком случае нельзя утверждать, что все проблемы, связанные со спиной, снимутся раз и навсегда. Через неделю или через год после успешной операции может заявить о себе какой-нибудь другой диск или сустав, никогда раньше не представлявший беспокойства. ...Кроме того, широко распространено заблуждение, что хирургия — это ме-



тод, позволяющий избавиться от всех проблем быстро, раз и навсегда, избежав необходимости заниматься в дальнейшем своей спиной... На самом деле, когда после операции ваша спина становится уже не той, что прежде, у вас более чем достаточно причин заботиться о ней с помощью упражнений и выработки соответствующих привычек».

**Так называемый «ответ» о выпадении
пульпозного ядра, разрыве фиброзной
оболочки и ущемлении корешка
спинного мозга меня удовлетворить
не может, так как я знаю, что на самом
деле все происходит по-другому.**

Иногда в приватной беседе с нейрохирургами я спрашиваю их, что такое, по их мнению, грыжа позвоночника. Видя явное удивление на лице собеседника, продолжаю: «Только не говорите, что это выпадение пульпозного ядра за пределы фиброзной оболочки с ущемлением корешка спинного мозга!» Как правило, следует встречный вопрос: «А что же это?» Более того, и со своими пациентами я часто разговариваю о том, понимают ли они суть своих проблем. Это очень важно. Так уж случилось, что мне самому пришлось пройти через несколько операций на опорно-двигательном аппарате. Три из них можно было и не делать, если бы я понимал суть своих проблем. Успешно закончилась только операция, к которой я подошел со знанием дела, понимая, что со мной сделает хирург и что делать после операции в восстановительном периоде. Именно поэтому вопросы, которые задаю я и которые задают мне пациенты, я не считаю праздными. Так называемый «ответ» о



выпадении пульпозного ядра, разрыве фиброзной оболочки и ущемлении корешка спинного мозга меня удовлетворить не может, так как я знаю, что на самом деле все происходит по-другому. Но об этом позже.

Я перестал спорить с диагнозом «грыжа позвоночника», который слышу из уст пациентов. Анализирую ситуацию и просто лечу... Без операционного стола, анестезии, наркоза.

Что это — грыжа позвоночника?

Если следовать учебнику латинского языка⁷, термин «грыжа» (hernia или cele) означает выпячивание органа или его части через отверстия в анатомических образованиях под кожу или в полость. Например: myocele — миоцеле, мышечная грыжа; hernia linea albae — грыжа белой линии; hernia umbilialis — грыжа пупочная. Имеется еще и синоним — cysta (греч. cystis — пузырь) — киста, патологическая полость, стенка которой образована фиброзной тканью. Киста относится к патологическим полостям. Существуют еще грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, мочевого пузыря или тазовых органов.

Мое тщательное расследование, направленное на поиск связи слов «грыжа» и «позвоночник» в учебнике латинского языка и в других подобных учебниках, ни к чему не привело. Но вот в руководстве для невропатологов и нейрохирургов⁸ сочетание «грыжа межпозвоночного диска» я обнаружил.

Правда, там дается следующее объяснение:

«Протрузия (?) межпозвоночного (более правильно все-таки — межпозвонкового. — **Б.С.**) диска в шейном и поясничном (реже — грудном) отделах позвоночного канала вызывает локальную и корешковую боль, иногда сочетающуюся с чувствительными и двигательными нарушениями в зоне иннервации



вовлеченного сегмента спинного мозга». Это и доказывает появление новой болезни из «лагеря» нейрохирургов — грыжи позвоночника.

ПРОТРУЗИЯ И ГРЫЖА — это одно и то же?

Из этого же руководства следует объяснение:⁹ протрузия — это «гипотрофический остеоартрит, приводящий к стенозу позвоночного канала, или синдрому бокового выпячивания позвоночного канала».

Если разбирать определения причин болей при грыже дисков позвоночника, или протрузий, становится непонятным, как может произойти «выпячивание позвоночного канала» и его «стеноз», если позвоночный канал образован спереди телами позвонков и межпозвонковыми дисками, а с боков и сзади — дугами позвонков, желтыми связками, дугоотростчатыми (межпозвонковыми) суставами.

А протрузия, или грыжа на самом деле, — уже развалившийся межпозвонковый диск (МПД), и какая разница, как он выглядит, если он развалился. Неужели так хрупок костный каркас человека, если то, что осталось от межпозвонкового диска, способно продавить костные образования, все оболочки позвоночника (см. ранее. — **Б.С.**)? Это же нелогично, если знать анатомическое строение позвоночника.

Очень емко и обоснованно на этот вопрос отвечает д.м.н. проф. Жарков П.Л. в книге «Поясничные боли»:¹⁰ «Спинной мозг заключен в оболочки — мягкую, паутинную и твердую. Последняя образует спинномозговой канал (дуральный мешок), заполненный спинномозговой жидкостью, в которой плавает спинной мозг, а с уровня второго поясничного позвон-



ка — корешки поясничных, крестцовых и копчиковых нервов, образующие конский хвост. Полость спинномозгового канала (дурального мешка) простирается в пределах твердой мозговой оболочки от затылочного отверстия до 4-го крестцового позвонка. Поскольку спинной мозг короче спинномозгового канала, то корешки нижнегрудных, поясничных, крестцовых и копчиковых нервов идут в дуральном мешке вниз, мимо многих позвоночных сегментов, но идут они не в позвоночном канале, а в спинномозговом, то есть внутри дурального мешка, где могут свободно перемещаться в ликворе¹¹. Весь дуральный мешок, образующий спинномозговой канал, заключен в позвоночный канал, образованный спереди телами позвонков и межпозвонковыми дисками, с боков и сзади — дугами позвонков, желтыми связками, дугоотростчатými (межпозвонковыми) суставами.

Крестцовая часть позвоночного канала носит название крестцового канала. Между стенками позвоночного канала и дуральным мешком имеется пространство, заполненное рыхлой жировой тканью и сосудами. Жидкость в спинномозговом канале и рыхлая жировая клетчатка в позвоночном канале создают возможность спинному мозгу достаточно свободно перемещаться в полостях спинномозгового и позвоночного каналов при всех движениях позвоночника».

Такое строение позвоночника ассоциируется у меня с кабелем высокого напряжения. Попробуйте повредить провода, проходящие внутри его толстой оболочки, сжав кабель в кулаке. Думаю, без комментариев. А если еще представить, что этот кабель высокого напряжения проходит внутри бетонной трубы, которую в нашем случае представляет позвоночный канал, вопрос о повреждении кабеля даже не возникнет. Так устроен наш позвоночник. Невозможно его повредить разрушенным межпозвонковым диском, даже если он прилегает к



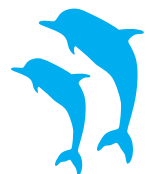
позвоночному каналу вплотную. Высох диск (один из 24 амортизаторов позвоночника) потому, что перестал получать питание из-за спазма мышц этой зоны позвоночника. К тому же высыхание (дегидратация. — **Б.С.**) диска происходит не сразу, порой в течение нескольких лет, и человек об этом может даже не подозревать. Сам процесс нарушения целостности позвоночника называется дистрофическим.

Для справки: дистрофия (dystrophia) — расстройство питания тканей, ведущее к их качественному и количественному изменению.

Это слово встречается во всех грамотно написанных заключениях рентгенологов при описании грыжи или протрузии межпозвонковых дисков.

Питание межпозвонковых дисков происходит не напрямую, как, к примеру, утоление жажды человеком, а опосредованно, через насосную функцию прилегающих к позвоночнику глубоких мышц. Это называется диффузией (пассивной и активной). Если человек живет чрезмерно аккуратно, не поднимая ничего тяжелей кошелька, сидит не много и не поднимает тяжестей, то для питания межпозвонковых дисков хватает и пассивной диффузии глубокой мускулатуры позвоночника. Я довольно часто вижу снимки магнитно-резонансной томографии (МРТ) людей старшей возрастной группы без дистрофических, а тем более без дегенеративных, изменений позвоночника. Но обращаются они ко мне по поводу болей в спине, порой довольно сильных. Как правило, мышечная система у таких пациентов практически не функционирует даже при банальных нагрузках.

Людам с активной жизненной позицией нужна активная диффузия, то есть выполнение специальных упражнений для мышц спины (например, подтягивание на турнике). А мы рассматриваем на МРТ дегидратированные (обезвоженные, высохшие) межпозвонковые диски, которые из-за нарушения пи-



тания (дистрофии) рассыпались, разрушились, и их элементы (труха) высыпались в межпозвоночные отверстия.

Повторяю вопрос. Способна ли труха продавить костный канал? Вряд ли. Тело несет нагрузки и, к сожалению, при неаккуратной эксплуатации изнашивается. Надо «ремонттировать», «накладывать заплатки», а не отрезать части тела. Лишнего в организме, когда он здоров, нет. Не надо ломать фундамент дома, если посыпалась штукатурка.

Изменения контура позвоночного канала, видимые часто на МРТ, связаны, с моей точки зрения, именно с гиперфункцией или разрастанием соединительной ткани канала, происходящим по принципу отложения солей при подагре. Если есть застой в соединительной ткани, а дистрофия — это нарушение ее микроциркуляции в зоне спазма или блокады мышц, то и возникает изменение формы. На самом деле это следствие, которое выдается за причину. Вопрос в другом. Боли-то отчего, если ни кости, ни хрящи не болят, так как не имеют болевых рецепторов?

В разного рода медицинских энциклопедиях и словарях можно прочесть, что при грыже межпозвоночного диска «вытекающая» внутренняя часть диска способна сдавливать или раздражать нервный корешок и даже повреждать его¹².

Навязчивая идея о центрально расположенном пульпозном ядре, которое и «вытекает в межпозвоночное отверстие». Это объясняют и невропатологи, и нейрохирурги в различных справочниках и монографиях по неврологии. Но так ли это? Как-то мне довелось увидеть телевизионную передачу, посвященную этой теме. Больного с болями в спине нейрохирурги убедили в необходимости операции по удалению «злосчастной» грыжи позвоночника, которая якобы давала сильные, не устранимые лекарственными средствами боли. Подход к решению этой проблемы был внушительным. Была показана операционная, врач



с линзами на голове, пациент, до подбородка укутанный белой простыней. Операция, естественно, была проведена «успешно». Хирург показал тарелку, на которой лежал некий конгломерат соединительной ткани, напомнивший мне конгломераты, которые достают филиппинские хилеры, но совершенно не похожий ни на куски хрящей, ни тем более на пульпозное ядро. «Радостный» пациент после наркоза спрашивает хирурга: «Все нормально прошло? А то я что-то ног не чувствую».

«Все хорошо, — отвечает хирург. — Через полгода будешь бегать». И это показывали по одному из центральных каналов. «Да, — думаю я, смотря эту передачу, — ног пока не чувствует, только через полгода сможет бегать и прыгать, а может, и нет?» Я не думаю, что этого пациента еще раз покажут по телевидению, даже через полгода. Это всего лишь один из примеров агрессивной рекламы нейрохирургических операций по поводу удаления грыжи позвоночника.

Как появляется грыжа позвоночника?

Рассмотрение МПД как единого целого диктуется тем обстоятельством, что, начиная со сравнительно молодого возраста (по некоторым данным, уже после 20 лет), постоянно исчезают отчетливые границы между структурными компонентами диска. При биохимическом исследовании дисков взрослых и особенно пожилых людей очень трудно или невозможно получить в совершенно чистом виде пульпозное (желатинозное) ядро, которое в значительной мере замещается фиброзной хрящевой тканью.

Фиброзный хрящ замещает также гиалиновые пластинки, окружающие пульпозное кольцо. Таким образом, МПД приоб-



ретает характер фиброзно-хрящевого образования с вкрапленными в него остатками гиалинового хряща гиалиновых пластинок и желатинозной субстанции.

**После 20 лет постоянно исчезают
отчетливые границы между
структурными компонентами диска.**

Пульпозное ядро только у детей и молодых животных можно изолировать и отдельно исследовать его химический состав. Во всех остальных случаях биохимические данные, приводимые в медицинской литературе, для каждого из этих компонентов диска должны рассматриваться как сравнительные.

Например, правильнее было бы говорить не о «пульпозном ядре», а о центральной части диска с остатками ядра, не о «фиброзном кольце», а о периферических отделах диска.

В связи с этим объяснение многими врачами причины болей в спине наличием выпавшей грыжи МПД несостоятельно и, можно сказать, некорректно. Диски могут разрушаться, стираться, покрываться трещинами, развалиться на элементы в пределах их собственной территории между позвонками. Эти процессы называются дегенеративными, и возникают они в результате дегидратации, то есть прекращения поступления в диски воды. Связано это со спазмом собственных глубоких мышц позвоночника. Проще говоря, диск, переставший получать смазку, начинает механически стираться, так как его нельзя вытащить, как подшипник в машине, и смазать отдельно от других частей. Поэтому на снимках МРТ видны его осколки, собирающиеся под задней продольной связкой и «засоряющие» его собственное венозное сплетение, через которое он получает питание. В свя-



зи с этим возникает отек окружающих его мягких тканей и боль разной степени выраженности в зависимости от психической восприимчивости человека. Я не говорю уже про пульпозное ядро. Но самое интересное, что процесс «засорения» собственного венозного сплетения и выпадения дисков под заднюю продольную связку может повторяться, и не всегда хозяин «испорченного засухой» диска может это ощущать. Это подтверждается анализом многих снимков пациентов с болями в спине, на которых можно увидеть описанный рентгенологом межпозвонковый диск размером намного меньшим, чем его сосед.

**Правильнее было бы говорить
не о «пульпозном ядре»,
а о центральной части диска с остатками
ядра, не о «фиброзном кольце»,
а о периферических отделах диска.**

Грыжа, отмеченная рентгенологом, может иметь размеры 4—5 мм, то есть совсем ничтожные, если учесть периодически встречающиеся грыжи от 15 до 20 мм. Спрашивается, куда исчезла субстанция диска, если сам он маленький и грыжа маленькая? Я часто спрашиваю таких пациентов: «Скажите, у вас раньше возникали боли в спине?» Отвечают отрицательно. Отрицание связано с ассоциацией болей в спине как острых, ярко выраженных. «А были ли у вас дискомфортные ощущения в спине при тех или иных движениях, например наклонах, поворотах туловища? И вам достаточно было рукой растереть болезненную зону, чтобы избавиться от неприятного ощущения? Может, при этом вы обращались к массажисту или к домашним, чтобы вам сделали массаж спины?» — «Да, — соглашаются. — Такие случаи бывали, причем многократно!»



Вот вам и ответ на вопрос, куда исчезает диск. Он стирается, а его элементы высыпаются за пределы его территории под заднюю продольную связку! И если человек вовремя обратил на это внимание, даже интуитивно — промассировал мышцы спины, выполнил какие-то упражнения на растяжение, то есть включил микроциркуляцию мягких тканей позвоночника, то глубокого «засорения» венозного сплетения в зоне этого диска не произойдет. А фагоциты, защитники внутренней среды организма, эту стружку или кусочки развалившегося диска растворят, переварят, и кровеносные потоки выведут из организма эти шлаки или, как говорят медики, хиазмы.

Но человек так устроен, что ему проще обратиться к врачу и услышать знакомый диагноз: «У вас грыжа позвоночника», чем понять, что все дело в том образе жизни, который он ведет. К тому же он неправильно оценивает ситуацию, при которой в болевой процесс втягивается не только зона «грыжи», но и нижележащие отделы (нога, стопа), а также вышележащие (область шейного отдела и лопаток) в виде постоянного напряжения мышц, не расслабляющихся даже в покое.

Но человек так устроен, что ему проще обратиться к врачу и услышать знакомый диагноз: «У вас грыжа позвоночника», чем понять, что все дело в том образе жизни, который он ведет.



Грыжа МПД не пуля, которую должен удалить хирург. Это изменения, произошедшие в результате длительного бездействия глубоких мышц позвоночника. Если говорить о грыжах межпозвонковых дисков у спортсменов, то в данном случае

нарушение питания возникает в результате неадекватной эксплуатации мышц спины.

Первый вывод: пульпозного ядра у взрослого (после 20 лет) человека нет в принципе. А значит, «вытекать» при разрушении диска нечему.

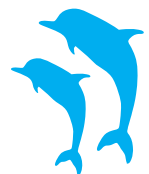
Второй вывод: грыжа диска описывается в подавляющем большинстве случаев на МРТ как «дегидратация» диска, то есть обезвоживание, высыхание. Что в таком случае может вытечь из него, если в нем нет воды, даже если представить наличие виртуального студенистого пульпозного ядра?!

Третий вывод принадлежит профессору Жаркову П.Л., в упоминаемой ранее монографии «Поясничные боли»: «Все спинномозговые нервы грудного и поясничного отделов выходят из позвоночного канала через верхнюю половину межпозвонкового отверстия. Межпозвонковый же диск расположен на уровне нижней половины межпозвонкового отверстия, и поэтому никакие его выпячивания и даже грыжи повредить спинномозговые нервы не могут».

Что же получается? В теоретических медицинских трудах, описывающих строение позвоночника, мы не встречаем в качестве основной причины болей в спине грыжу позвоночника.

Межпозвонковый же диск расположен на уровне нижней половины межпозвонкового отверстия, и поэтому никакие его выпячивания и даже грыжи повредить спинномозговые нервы не могут».

А вот в работах нейрохирургов, напрямую заинтересованных в проведении операций по удалению этих «грыж», боли



в спине объясняются их наличием. Кто прав? Я думаю, тот, от кого больной получает нужный результат. Привожу типичные истории болезни, связанные с операцией по удалению грыж позвоночника.



ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Пастухов Е.Л., 47 лет.

Обратился в центр кинезитерапии с болями в шейном, грудном и поясничном отделах позвоночника и иррадиацией (распространением) болей по передней поверхности бедра и голени справа. Онемение. Не может долго ходить, стоять, только лежит.

*Из истории болезни: **боли в спине периодически возникают около 10 лет.** Последнее обострение 6 месяцев назад. Выполнена радиочастотная фасетэктомия (удаление мелких суставов позвонков. — Б.С.).*

После операции состояние не изменилось. Консервативное лечение эффекта не принесло.

На МРТ выявлен стеноз позвоночного канала на уровне L4-L5 вследствие протрузии на уровне L4-L5.

Через 2 месяца проведена вторая операция — холодно-плазменная нуклеопластика межпозвонковых дисков на уровне L4-L5-S1.

Выписан опять же под наблюдение невропатолога по месту жительства с горстью лекарств, корсетом на срок не менее 3 месяцев и запретом на сидение в течение месяца.

В последнее время появилась тенденция использовать больных с болями в спине в качестве экспериментального матери-



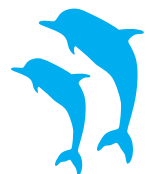
ала для испытания новых хирургических методик. Описанная история болезни — одна из многих в этом ряду.

И говорите мне, что хотите, о болевом синдроме, его необычности, меня волнует результат. Человек с болями в спине приходит к врачу с надеждой на исцеление, а уходит после операции в корсете и с инвалидностью II—III группы.

Не хочу такого лечения!

У больного Пастухова Е.Л. выявилось все то же чрезмерное напряжение мышц позвоночного столба в покое. Резкая ригидность мышц нижних конечностей, лежа он не мог не то что разогнуть ногу, держа ее рукой, он не мог достать пальцы ноги, даже согнутой в колене. И это в положении лежа... Вы, конечно, можете возразить, что тоже не можете выпрямить ногу в колене, держа ее за стопу, и никогда этого не могли сделать. А боли у вас нет и грыжи нет. Отвечу — до поры до времени. Ваше время страдать от болей в спине еще не пришло, но обязательно придет, если вы не устраните дисфункцию мышечных тканей позвоночника и нижних конечностей. К сожалению, так повелось, хирурги тоже не изучают функции мышц, тем более взаимосвязь мышечных групп между собой. Они изучают их структуру и знают места, где можно разрезать ткань, оставляя как можно меньше послеоперационных рубцов. В данном случае хирурги проникают к той точке на позвоночнике, на которую им указывает рентгенолог. Они действительно верят в необходимость этой операции. Главное, чтобы пациент не умер на столе. А что с ним будет дальше, после выписки из больницы, это не их забота. Поэтому я и показываю официальные рекомендации, выдаваемые пациентам после подобных операций на позвоночнике. До операции они об этом не информируются.

Функциональное тестирование мышц тела в случае с Пастуховым Е.Л. выявило их недостаточность в нижних конечностях



и нижней части спины. А я спрашиваю про подтягивания... Он не может подтянуть (на тренажере) вес, составляющий половину от общего веса тела, а ноги по силе сравнимы с силой ног 10-летнего школьника!¹³ При этом все суставы и позвоночник в состоянии расслабления абсолютно подвижны. Спрашивается, зачем вмешиваться в их кинематику?

В связи с этим пришлось создавать нашему пациенту индивидуальную программу на тренажерах (МТБ 1—4), обладающих мягким растягивающим действием на фоне силовых мышечных сокращений с целью восстановления силы и эластичности мышечных групп пояса верхних и нижних конечностей.

И наш пациент после двух ничего не давших операций на позвоночнике достаточно быстро вернулся к работе. Как вы понимаете, он тоже многому удивлялся. Особенно тому, что мы научили его не бояться боли, объяснив ее природу и научив проходить через нее, самостоятельно выполняя достаточно сложные динамические упражнения (см. Пятый способ «Снятие боли движением»).

ЧАСТЬ 2

ПОЧЕМУ МЫ ИСПОЛЬЗУЕМ в качестве лечебных средств тренажеры?

Прежде чем дать ответ, я должен вас познакомить с тренажерами, используемыми в центрах кинезитерапии.¹⁴

Они характеризуются рядом конструктивных признаков и свойств, которые необходимо учитывать в процессе лечения. Все тренажеры, применяемые для этой цели, значительно различаются **по свободе допустимого на них движения**. В этой связи условно могут быть выделены три разновидности.

1. **Тренажеры узколокального действия** имеют императивную конструкцию, задающую совершенно определенный тип тренирующего воздействия, как правило, для одной мышечной группы синергистов с движением звена, имеющего лишь одну степень свободы. Таковы многие тренажеры, предназначенные, например, для сгибания плеча, предплечья и т.п.

2. **Тренажеры локального воздействия** используются для тренировки одной определенной координации, но в отличие от устройств предыдущего типа воздействуют не на одну, а на несколько групп мышц и на несколько суставов. Здесь движения характеризуются уже несколькими степенями свободы: подтягивание на руках, разгибание ног, приседания с преодолением сопротивления и др. Тренажеры этого класса могут иметь большее число степеней свободы, чем устройства узколокального действия, благодаря чему упражнения в известных



пределах варьируются по направлению тяги, ширине хвата и т.п., чем достигается более полный тренировочный эффект.

3. Многофункциональные тренажеры — устройства типа комбайнов, позволяющие тренировать различные группы мышц, так как воздействия на них возможны в различных рабочих положениях. Для каждого из таких положений (стоя с тягой снизу, сверху и т.п., лежа на животе, на спине, боком с тягой руками, рукой, ногой и т.д.) существуют наиболее характерные базовые упражнения, которые, в свою очередь, могут варьироваться.

Тренажеры, различающиеся по способам отягощения

1. Тренажеры с искусственным отягощением выполнены в расчете на внешнюю нагрузку, передающуюся через систему блоков на определенную группу мышц. С помощью этих блоков они создают декомпрессионное, порой и антигравитационное, воздействие на опорно-двигательный аппарат.

2. Тренажерные устройства с естественным отягощением рассчитаны на использование массы тела занимающегося. Обычно это разного рода опоры, брусья, турники, к ним также относятся те, где применяются традиционные отягощения (наборные гантели, штанги и т.п.). Но это самые сложные для выполнения упражнений спортивные тренажеры, и использовать их могут только хорошо тренированные люди.

Кинематика движений на тренажерах с разным числом степеней свободы принципиально различается. В связи с этим выделяются две категории.

1. Императивные тренажеры, имеющие строгую «геометрию» движений и в связи с этим дающие возможность изолированно прорабатывать отдельно взятые суставы. Например, коленный сустав, локтевой, тазобедренный, голеностопный.



Именно эта группа тренажеров используется на первом этапе реабилитационных программ.

2. Тренажеры со свободной «геометрией», или многофункциональные, дают возможность более или менее широко варьировать кинематику рабочего движения, выполняя в ходе одного упражнения или серии тяги в различных направлениях относительно осей суставов.

Это, прежде всего, все тренажеры, передающие нагрузку от блоков через свободный трос, благодаря чему становится возможным менять как рабочие положения, позиции относительно снаряда, так и направление тяги в пределах одного рабочего положения. Это весьма важное качество тренажера, позволяющее не только выполнять разные упражнения, но и веерно менять нагрузку на мышечный аппарат в рамках одного и того же упражнения. Основным представителем этой группы тренажеров в кинезитерапии является МТБ 1—4.

Для того чтобы использовать вышеперечисленные тренажеры в качестве лечебно-реабилитационных, необходимо выполнять следующие правила безопасности.

1. Количественная составляющая отягощения подбирается с таким расчетом, чтобы занимающийся смог выполнить требуемое движение по перемещению данного отягощения по системе блоков не менее 12 и не более 15 повторений в одной серии упражнения. Если занимающийся способен переместить данное отягощение («тяга с блока», через который крепится отягощение) более 15 раз, вес отягощения увеличивается с целью выполнения необходимого числа повторений (12—15) этого упражнения. Таким образом, вес отягощения подбирается исходя из индивидуальных физических возможностей каждого занимающегося.

2. От занятия к занятию (после 6—12 занятий) вес отягощения должен повышаться до тех пор, пока занимающийся не достигнет нормативов достаточности данной мышечной груп-



пы (нормативы указаны в приложении). Подобная динамика повышения весовой составляющей отягощения будет считаться положительной. При отсутствии прогресса в восстановлении мышечной выносливости должны выполняться упражнения, подводящие к этому тренажеру.

3. Любое движение в максимальной точке напряжения должно сопровождаться форсированным выдохом «Ха-а». Это основное условие для снижения внутричерепного, внутригрудного и внутрибрюшного давления, что является профилактикой перенапряжения сосудов сердца и головного мозга. Не случайно после выполнения тренажерной программы у больных с гипер/гипотонией обычно нормализуется артериальное давление и улучшается общее самочувствие.

4. Перед началом каждого сеанса для составления продуктивной лечебной программы необходимо сообщить инструктору о своем физическом состоянии, и, если вы сомневаетесь в возможности выполнить очередную лечебную программу, пройдите врачебный контроль состояния сердечно-сосудистой системы. Ни в коем случае не стремитесь форсировать увеличение количества весовых отягощений и объема выполняемых упражнений, если состояние сердечно-сосудистой системы не позволяет подобной динамики.

5. Чистое время лечебного занятия должно составлять 20—60 минут. При этом само занятие может продолжаться 2—3 часа за счет того, что ослабленные и детренированные пациенты делают большие паузы между подходами. Пауза между подходами в норме не должна превышать 2—3 минут.

Помните! У каждого свой срок выздоровления. Не надо считать количество пройденных сеансов критерием обязательного выздоровления. Основным критерий выздоровления — восстановление мышечной константы каждого занимающегося, которая характеризуется не только выполнением требуемого



количества отягощений, но прежде всего выполнением всех упражнений без боли. Обычно это достигается после 12—36 сеансов. После же операции по удалению грыжи позвоночника корсет рекомендуют носить до 6—8 недель, а инвалидность дается на 1 год, то есть 365 дней.

Основной критерий выздоровления — восстановление мышечной константы каждого занимающегося, которая характеризуется не только выполнением требуемого количества отягощений, но прежде всего выполнением всех упражнений без боли.

Эти правила должны неукоснительно соблюдаться при выполнении упражнений на всех тренажерах, поэтому мы не будем больше к ним возвращаться.

Основные выводы

1. Показателем положительной динамики лечебного процесса, связанной с восстановлением функции мышечной ткани, является возможность постоянного увеличения веса отягощений в соответствии с индивидуальными возможностями каждого занимающегося и доведения его до нормативов мышечной достаточности, указанных в приложении № 2.

2. Критерием максимального лечебного эффекта является работа с отягощениями, общий вес которых сопоставим с весом тела пациента по формуле, принятой в кинезитерапии, а также достижение максимальной амплитуды тела применительно к соответствующему тренажеру.



В то же время врачи, не понимающие сам термин «нагрузка» и воспринимающие его как нечто экстремальное, запрещают любой вес тяжелее 2 кг. В этой связи хотелось бы подчеркнуть, что самой опасной нагрузкой для человека, страдающего слабыми мышцами туловища, является перемещение собственного веса в пространстве, при этом он может получить гипертонический криз, инсульт мозга, инфаркт миокарда и т.д. Например, возврат туловища в вертикальное положение после завязывания шнурков, вставание с унитаза, пробежка до автобуса и т.д. и т.п. В связи с этим хочу дать более подробное объяснение понятия «физическая нагрузка».

Самой опасной нагрузкой для человека, страдающего слабыми мышцами туловища, является перемещение собственного веса в пространстве, при этом он может получить гипертонический криз, инсульт мозга, инфаркт миокарда и т.д

Физические нагрузки

Физические нагрузки разделяются на **подпороговые, пороговые и сверхпороговые**.

Ориентир при подборе адекватной физической нагрузки должен ставиться на энерготраты, обеспечивающие жизнедеятельность в условиях относительного покоя.

Подпороговая нагрузка не дает тренировочного эффекта, так как не увеличивает мощность вегетативных систем организма и не способствует увеличению мышечной массы.

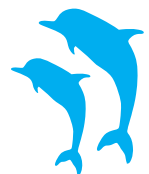


Энерготраты при этом составляют всего 2940 ккал. Столько килокалорий затрачивает организм во время прогулки, пусть даже длительной, бега трусцой не более 20—30 минут, плавания в бассейне 45 минут, однако без выполнения скоростных нормативов, при которых пульс достигает 130—140 ударов в минуту.

Пороговая нагрузка превышает энергозатраты основного обмена примерно в 5 раз, но не более 4500—5000 ккал. Здесь уже длительная прогулка проходит со средней скоростью 6 км/час, бег трусцой по пересеченной местности не менее 4 км, плавание за 16—22 минуты не менее 800 метров без остановки в зависимости от стиля (кроль, брасс).

Сверхпороговая нагрузка — перетренированность (>5000 ккал) — деструктивные изменения в мышечном аппарате и вегетативных системах = синдрому хронической усталости. Большой спорт в кинезитерапии в качестве лечебной нагрузки неприемлем.

В кинезитерапии определение индивидуальной силовой нагрузки исходит из максимальной произвольной силы группы мышц или группы синергистов, то есть 60—70% от этой величины. Поэтому критерием нагрузки в кинезитерапии служит не умозрительное (не имеющее официальных стандартов и доказательной научной базы) число запрещаемых килограммов, как это принято в неврологии, а возможность выполнения силового упражнения на тренажерах декомпрессионного ряда, соотносимое с 60—75% веса тела мужчины и с 50% веса тела женщины (см. приложение). Нагрузки на разные мышечные группы варьируются в соответствии с конституцией занимающегося. Следовательно, вес человека не является критерием здоровья, а многочисленные формулы диетологов вроде «нормальный вес равен росту минус 100» весьма умозрительны.



Нормальным весом тела является вес, с которым справляется скелетная мускулатура. Как говорит мой друг Владимир Абрамов: «В здоровом теле — здоровый вес».

Не удивлюсь, если вы спросите о других, кроме кинезитерапии, методах лечения. И действительно, только самый захудалый медицинский центр, санаторий или курорт не пишет в своих рекламных буклетах о том, что они лечат ОДА (опорно-двигательный аппарат) и грыжи позвоночника. Причем безоперационным путем. Обычно эти методы ориентированы на применение бальнеотерапевтических и SPA-процедур.

Надолго ли хватает результата лечения в санатории, где лечат остеохондроз?

Все дело в том, что **жить без ежедневных правильных нагрузок нельзя!** Особенно остро я это понял на одной из конференций реабилитологов, проходившей в санатории, в котором я не нашел ни одного сколько-нибудь приемлемого тренажера. В результате в течение тех четырех дней, что длилась конференция, у меня хуже, чем обычно, работал кишечник, ногти (как правило, быстро растущие) не выросли ни на миллиметр, да и общее настроение от невозможности выполнения привычных упражнений ухудшилось. Хотя я, казалось бы, отдыхал после напряженного рабочего года, и спокойный ритм санатория должен был восстановить мои жизненные силы или, во всяком случае, не снижать тонус организма.

Я считаю, что именно тренаж тела, водные процедуры, употребление минеральной воды из источника, правильное рациональное питание должны составлять основу любой программы



в санаториях подобного типа. Но, как показывает практика, хотя бы одной из этих составляющих нет. Например, о питании. Оно должно быть не обязательно дорогим, но рациональным. «Щи да каша — пища наша». Когда же в санатории на завтрак дают макароны с плохо приготовленной рыбой, творожную запеканку с изюмом, сыр, сливочное масло, а в довершение всего какао — это мрак! Мало того, что продукты несовместимы между собой, еще не учтена их энергетическая ценность. Своим пациентам я не рекомендую на завтрак тяжелые белки: мясо, рыбу. Подробнее о питании в книге «Остеохондроз — не приговор!».

Поэтому и лица кухарок в подобных санаториях похожи на расплюснутые тарелки, а тела напоминают набитые мешки с отходами. И у медперсонала внешний вид не лучше.

Если вы спустя незначительное время вновь ощутили дискомфорт в позвоночнике, а тем более появились боли, значит, отдых был неправильным. Праздное для организма времяпрепровождение я называю санаторно-курортным бездельем.

В любом санатории, с моей точки зрения, совершенно необходим тренажерный зал с современными, идеальными по биомеханике реабилитационными тренажерами. В таком случае природные условия, будь то лечебные грязи, термальные или минеральные источники, давали бы лечебный эффект во много раз выше. С пациентами должны работать специалисты по кинезитерапии, обязательно учитывая индивидуальные особенности каждого.

Именно занятия на тренажерах способствуют восстановлению опорно-двигательного аппарата. Занимаясь лечением позвоночника, мы влияем и на восстановление нормальной регуляции других органов, зависящих от спинного мозга, «спрятанного» в позвоночнике, заболевания которых приводят к различным болезням (ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, болезни желудочно-кишечного тракта и



мочеполовой системы, сосудистые и гормональные нарушения). Все эти заболевания, сопровождающие остеохондроз, учитываются при назначении программы на тренажерах.

Занимаясь лечением позвоночника, мы влияем и на восстановление нормальной регуляции других органов, зависимых от спинного мозга, «спрятанного» в позвоночнике.

Упражнения на тренажерах должны проходить в комплексе с гидропроцедурами, саунотерапией, посещением фитобаров, массажами, иглотерапией. Это само по себе уже является вспомогательными методами лечения. Хотя, как правило, природные условия являются основным привлекающим фактором, но без тренажеров, без кинезитерапии — новой науки при лечении хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата — любой санаторий выглядит несовременно. А пациенты, уж извините, бездельниками.

Григорий Гурджиев (1872—1949), философ и мистик, сказал: «Если мы живем спокойно, проводим монотонные дни и мирные ночи, мы выглядим глупо. Лучше нам пытаться свой дух, который страдает от бессмысленности спокойствия».

Кто-то может возразить: «Я и так весь год работаю! Еще и на отдыхе впахивать на беговых дорожках или в тренажерном зале?»

Для понимания необходимости постоянного контроля состояния здоровья объясню закон позитивного и негативного анаболизма.

Жизнь — есть постоянное движение. Остановки быть не может. Остановка — это смерть. Представьте себе, что останови-



лось Солнце и висит у вас над головой. Остановились реки, превратившись в болото. Затих ветер, и пыльца не переносится с дерева на дерево, с цветка на цветок, и воздух застыл. Любая остановка в природе — катастрофа. Человек часть природы, микромир. И этот микромир существует точно по таким же законам, как природа (макромир). В нем есть и ветер (дыхание), и реки (кровоток и лимфоток), и солнце (тепло, энергия). Есть и все стихии макромира: земля, огонь, воздух и вода. Но жизнь в организме осуществляется благодаря движению крови, лимфы, воды, которые одновременно переносят кислород, микроэлементы, биологически активные вещества (БАВ) в те органы и ткани, где они особенно необходимы. То есть в человеческом организме происходит постоянное движение. Зачастую человек не ценит этого, потому что считает, что так будет всегда, сколько бы он ни жил. Ребенок не понимает этого в силу своей несоввершенности. На это «непонимание», созревание ему отводится 22 года (время завершения строительства организма и получения необходимых знаний), после 22 лет все то, что выросло, надо развивать, улучшать и совершенствовать. В этот период и вступает в действие закон позитивного и негативного анаболизма. Когда люди поймут его, они начнут жить, не болея. Анаболизм — строительство, улучшение и совершенствование, происходящие благодаря получению организмом необходимых для его жизнедеятельности продуктов. Можно построить красивое тело, занимаясь гимнастикой, рационально питаясь, ведя здоровый образ жизни, то есть идя по пути позитивного анаболизма. А можно построить тело, в котором невозможно жить. Это произойдет, если следовать по пути гиподинамии и связанных с ней феноменов ослабления мышц, снижения подвижности суставов и ухудшения эластичности связок; если нерационально питаться, что приводит к избыточному весу; вести нездоровый



образ жизни (курение, алкоголь). В этом случае в организме накапливаются ненужные, или баластные, то есть биологически пассивные (БПВ), вещества. Поэтому человек, стремящийся сохранить и укрепить свое здоровье, живет по закону позитивного анаболизма, то есть его соединительные ткани постоянно обновляются благодаря активному движению крови, лимфы, воды, благодаря дыхательной гимнастике. Больная же уставшая энергия выводится при движении суставов. В одной из своих статей я описал **правило «форточек»**. Все наши суставы — «форточки». Когда они работают — «форточки» открыты, и в организм постоянно поступает здоровая энергия — свежий воздух. Если суставы не работают — «форточки» закрыты. В организме все «киснет», накапливается грязь, и жизнь становится невозможной.

**Жизнь — есть постоянное движение.
Остановки быть не может. Остановка —
это смерть.**

Меня часто спрашивают люди, ведущие, казалось бы, нормальный образ жизни, но занимающиеся физической культурой от случая к случаю: откуда у них взялись остеохондроз и грыжа? Отвечаю вопросом на вопрос: «Скажите, вы в квартире регулярно убираетесь?» — «Да!» — «А зачем? Возьмите веник, разметите грязь по углам, главное, чтобы свободно проходить к туалету, холодильнику и кровати. Что будет с вашей квартирой через месяц? Так и с нашим организмом. Нельзя заниматься от случая к случаю, по выходным или «с понедельника», который всегда откладывается до следующей недели». Обычно после подобного объяснения вопросов больше не возникает.



Что такое грыжа позвоночника с точки зрения закона позитивного и негативного анаболизма?

Из-за спазма мышц на уровне одного из межпозвонковых дисков в организме нарушается движение крови, лимфы и воды, то есть нарушается обмен веществ в этом диске. Межпозвонковый диск высыхает, сжимается и в конце концов разрушается.

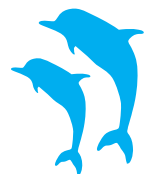
Это явление относится к феномену негативного анаболизма. С одной стороны, диск эксплуатируется. С другой — он перестает получать (закрылась «форточка») необходимые для выполнения своей амортизационной функции питательные вещества.

Межпозвонковый диск развалился. Элементы развалившегося диска накапливаются в подсвязочном пространстве позвоночника, создавая видимость «выпячивания» на МРТ, которое нейрохирурги впоследствии назвали грыжей позвоночника или межпозвонкового диска. В таком случае есть два пути:

путь позитивного анаболизма, то есть создание необходимых условий для существования диска;

путь негативного анаболизма, то есть путь «консервации» разрушенной части позвоночника.

Мы выбираем первый путь. Для этого необходимо восстановить движение крови, лимфы и воды в зоне пораженного диска. Специальная система упражнений помогает этому. И когда восстановлен кровоток и лимфоток в зоне диска (правило открытия «форточки»), фагоциты (специальные клетки иммунной системы), попавшие с током лимфы, рассасывают, растворяют и выводят грыжу из зоны позвоночника. Зона очищается, позвоночник восстанавливает подвижность, и человек возвращается к нормальной жизни, не забывая впоследствии выполнять данные упражнения уже профилактически. Теперь он понимает, что жизнь позвоночника — это движение. Ней-



рохирурги выбирают второй путь, при котором они укладывают больного человека на операционный стол и, введя в его тело разного рода инструменты, пытаются насильственно, то есть перекрыв кровотоки и лимфоток этой зоны, удалить остатки развалившегося диска. На месте внедрения хирургического инструментария остаются рубцы и спайки, увеличивающие зону негативного анаболизма. Иными словами, этот процесс после подобных нейрохирургических воздействий распространяется на соседние зоны. Если был поражен один диск, то **после такой операции чуть позже поражается и соседний диск**. «Форточка» не только закрыта. Она законсервирована. И дабы больной не ощущал процесс разрушения соседних дисков, ему сразу после операции надевается корсет и запрещаются какие-либо активные движения. В последнее время нейрохирурги стали применять более изощренные методы «умерщвления» частей позвоночника. Они заменяют позвонки и межпозвонковые диски на импланты. Это навсегда уничтожает возможность восстановления работы спазмированных мышц в целях реабилитации по закону позитивного анаболизма. То есть если после общепринятой практики дискэктомии или ламинэктомии (удаление грыжи хирургическим путем с помощью точечного подхода) восстановление работы позвоночника возможно, так как сами спазмированные мышцы, являющиеся причиной грыжи, не инактивированы, то после имплантации этот путь становится невозможным. Питание импланта окружающими мышцами становится бессмысленным, и в зоне операции развивается остеопороз, приводящий к новым структурным нарушениям позвоночника. При негативном анаболизме, то есть накоплении ненужных и даже агрессивных организму веществ, развиваются и такие заболевания, как желчнокаменная болезнь, мочекаменная, подагра, атеросклероз сосудов. Но даже при этих болезнях можно достаточно



успешно восстанавливать временно утраченные функции органов и тканей, если встать на путь позитивного анаболизма, включив мышцы, окружающие пораженные органы, с восстановлением их структуры.

Конечно, хочется найти постоянную составляющую константу, при которой можно жить, не прибегая к правилам позитивного анаболизма, то есть не включая волевые центры для регулярного выполнения необходимых упражнений. Но, к сожалению, здоровье само по себе не постоянно: оно либо укрепляется, либо растрачивается.

Напоминаю, что при перечисленных мною методах лечения (упражнения, выполняемые на реабилитационных тренажерах, лечебное дыхание, посещение в бальнеологических целях русской бани и обливания холодной водой) исцеление позвоночника и восстановление его основной опорной функции происходят автоматически. Мелкие дефекты (артрозы, разрушенные диски), к сожалению, не восстанавливаются, хотя компенсируются восстановленным мышечно-связочным аппаратом.

**Применение лекарственных препаратов
для лечения грыжи позвоночника
и суставов в целом я считаю не только
бессмысленным, но и вредным.**

Очевидно, что применительно к лекарственной терапии принцип позитивного анаболизма не работает. Лекарственная терапия отвлекает от болезни, тем самым способствуя накоплению химических и балластных веществ в организме, что ведет в конце концов только к осложнениям — аллергии, астме, падению иммунитета, кожным болезням. Поэтому применение



лекарственных препаратов для лечения грыжи позвоночника и суставов в целом я считаю не только бессмысленным, но и вредным. Накопление же силы и выносливости, несомненно, продлевает полноценную жизнь, ибо *«человек мудрый силен, и человек разумный укрепляет силу свою» (Притчи 24:5).*

Нужен корсет при болях в спине?

Хочу напомнить историю развития остеохондроза с грыжами межпозвонковых дисков. Многие страдающие от болей в спине в первое время не придают серьезного значения их появлению. Человек склонен придумывать в оправдание самые разнообразные причины недомогания, но, как правило, они не имеют ничего общего с действительностью. Так, находясь во власти самообмана, человек, к сожалению, слишком долго не может (или не хочет) смотреть правде в глаза. На прием приходят люди любого возраста, разбитые, измученные болями, запуганные врачебными «страшилками»: «Поздно, голубчик, теперь только операция. В любой момент может случиться парализация. В карман мочиться будете...» — и пр.

Я нисколько не преувеличиваю, с подобными вещами приходится сталкиваться ежедневно.

Больных месяцами, порой годами лечат таблетками. И никто не собирается менять этот «основной» метод лечения дискогенного радикулита, или, как это модно сегодня называть, грыжи позвоночника. Лечат лазером, магнитом, ультразвуком и покоем. Ничего удивительного, что даже у молодых людей в результате такого лечения исчезают мышцы. И тогда «на помощь» приходит корсет.



Не могу не вспомнить одну пациентку из Якутии, 53 года. Боли в спине начались у нее 20 лет назад. Причина — незначительная травма спины, после которой стали плохо работать ноги.

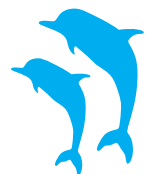
Прошла традиционный путь лекарственной терапии (тогда ей было чуть больше 30), кое-как стала ходить, но обострения возникали часто, стоило чуть больше побыть на ногах или, не дай бог, что-то поднять. Количеству массажей и сеансов иглотеерапии потеряла счет, не говоря уже о килограммах съеденных таблеток.

В одном из ортопедических институтов ей порекомендовали операцию, так как обнаружили три грыжи МПД до 5 мм и грыжа Шморля на уровне L4-L5. В операции пациентке отказали. Надо сказать, что к этому времени у нее уже появилась ишемическая болезнь сердца (аритмия), больная перенесла удаление желчного пузыря (еще бы...), вес тела приблизился к 100 кг. Продолжала безуспешное лечение грязями, ЛФК, массажем. Постоянные боли в левой ноге не проходили, появились судороги. Наконец, ей был сделан корсет из металла (я бы назвал его каркасом) от таза до подмышек.

Со слезами на глазах, в жутком корсете вконец отчаявшаяся женщина пришла к нам. Сняли мы ее на видеокамеру, даже прозвище к ней прилипло — Бэтмен. На второй сеанс она пришла уже без корсета, а через 10 занятий улыбалась, выполняла специальные упражнения с нагрузками, соотносимыми с весом собственного тела, даже успела за это время похудеть на 7 кг.

После лечения я сказал этой женщине: «Оставьте ваш корсет для музея нашего Центра. Такие штуковины мы будем собирать и показывать людям: смотрите и не давайте себя замуровывать живьем.

На эту 53-летнюю женщину существующая ортодоксальная медицина махнула рукой. А теперь представьте себе корсет на



парнях 15—16 лет. К сожалению, мне часто приходится видеть и такое. Правда, корсеты у них не металлические, но тем не менее. Как жить таким ребятам, закованным в корсет?! Я не устаю повторять: корсет — это протез! Пассивный, но протез, то есть замена мышц тела. У большинства людей, которые носят эти корсеты, создается иллюзия, будто он помогает поддерживать спину. На самом деле корсет выполняет функцию жгута, только на теле. Он ухудшает перистальтику кишечника, снижает функцию печени и почек, а перетягивая мышцы живота и спины, способствует их атрофии и опущению внутренних органов.

Никогда не понимал, как можно резиновым амортизатором удержать позвоночник? Это же кость? Приблизительно то же самое, что попытаться выровнять наклоненное дерево, обмотав его скотчем.

Придя к врачу с болями в спине, каждый из нас надеется получить выздоровление, а не корсет, горсть таблеток и запреты на свободу передвижения! Итогом лечения должны стать восстановление трудоспособности, то есть избавление от страха за свое тело и профилактическая работа по предотвращению рецидива болезни.

В кинезитерапии корсеты заменяются тренажером МТБ 1—4, который позволяет пациенту даже с острыми болями от занятия к занятию укреплять не только спину, но и веру в себя. В процессе лечения человек становится даже сильнее, чем до болезни, так как познает законы своего тела, которых раньше не знал, а значит, и не пользовался ими.



Сейчас же все делает сам и не ждет чуда от таблетки. Наелся «чудес»... Чудо — сам человек! Придя к врачу с болями в спине, каждый из нас надеется получить выздоровление, а не корсет, горсть таблеток и запреты на свободу передвижения!

Итогом лечения должны стать восстановление трудоспособности, то есть избавление от страха за свое тело и профилактическая работа по предотвращению рецидива болезни.

Но какое движение выбрать, если все люди разные?! Решением этого вопроса и занимается современная кинезитерапия. Главная особенность данного лечения в том, что человек с острыми болями в спине начинает выполнять движение не всем телом сразу, а мозаично, каждой мышечной группой отдельно и на том уровне, на котором его мышцы способны это сделать. Только на специальных тренажерах могут напрягаться и сразу расслабляться отдельные мышцы и суставы. Оставшиеся килограммы тренажер берет на себя. И на каждый сеанс создается новая программа движений каждому пациенту с учетом его особенностей, сопутствующих заболеваний, возраста и... веса. То есть необходимо анализировать состояние каждого больного, обязательно выслушивать все его жалобы и... продолжать восстановление мышц, отвечающих за скорость и объем кровотока, а значит, питание позвоночника, суставов и снятие болей без лекарств!

Откуда берется боль, если грыжа не виновата?

Прежде чем ответить на этот вопрос, я хотел бы немного поговорить о самом понятии «боль».

С точки зрения специалистов Международной Ассоциации по изучению боли, боль играет роль сигнала опасности и мобилизует защитные силы организма на преодоление тех изменений в тканях, которые вызвали боль. **«Боль всегда субъективна»**. Если при любой боли, которая вызывает прежде всего эмоциональное переживание, мы будем принимать обезболивающие таблетки, то повреждение, вызвавшее боль, останется внутри тела, ожидая условий для очередного обострения. Попробуем разобраться в механизме боли, ибо внешние проявления — суть эмоции.

Болевые синдромы находятся в миофасциальных тканях, то есть мышцах, связках, сухожилиях, о состоянии которых почему-то умалчивается невропатологами при обследовании пациентов с болями в спине.



Система, обеспечивающая восприятие и анализ боли, называется ноцицептивной. Начальным звеном восприятия боли являются рецепторы (нервные окончания), которые распо-

жены в коже, мышцах, тканях внутренних органов. Выделяют три основных типа болевых синдромов: соматогенные, неврогенные, психогенные.

Нас, естественно, интересуют соматогенные боли, то есть боли в спине. Цитирую профессора П.Л. Жаркова, невролога и рентгенолога: «Боль может исходить только из тех органов и тканей, в которых имеются болевые рецепторы. Прежде всего следует исключить все те анатомические образования, которые не могут быть источником боли. Это кости и хрящи, не имеющие болевых рецепторов, а также все нервные проводники, то есть нервы, их корешки и сам спинной мозг, который, как и головной, не имеет болевых рецепторов... Наибольшее количество болевых рецепторов имеют кожа, связки, мышцы, сухожилия мышц, надкостница, капсулы суставов, кровеносные сосуды (кроме внутрикостных)». Итак, соматические болевые синдромы находятся в миофасциальных тканях, то есть мышцах, связках, сухожилиях, о состоянии которых почему-то умалчивается невропатологами при обследовании пациентов с болями в спине. Как же можно вылечить орган, исследуя всего лишь половину его? Тем более исследуется отнюдь не функциональная часть! Если это знать, то и к боли надо относиться иначе. Мышечные боли достаточно легко устраняются без лекарств, так же как устраняются судороги, синяки, ушибы.

КАК ИЗБАВИТЬСЯ ОТ БОЛИ В СПИНЕ без лекарств? Как от них отказаться?

Как ни парадоксально, но избавиться от боли в спине мешают разного рода страхи, воспитанные в человеке медицинской пропагандой.

Я называю их бытовыми, так как они не лежат в области психиатрии, поэтому не относятся к фобиям. К наиболее



часто встречаемым страхам этой категории я отношу **страх боли, страх нагрузки и страх холодной воды**. О глобальных страхах, к которым я отношу страх инфаркта, страх инсульта и страх паралича, воспитываемых той же медицинской пропагандой, заботящейся о процветании фармакологического подхода к лечению всех заболеваний, поговорим в другой книге.

Итак, бытовые страхи — это страхи поведенческие, воспитанные окружением, родителями, медицинской пропагандой. А если точнее — обывателями, не знающими причин происхождения боли. Что самое интересное, преодолев эти страхи, становишься свободным от таблеток, что порой требует нескольких секунд волевого усилия. В то время как нежелание преодолеть их длится порой всю жизнь.

Кинезитерапия в основе своей психологической составляющей обучает пациентов преодолевать эти страхи, используя методы естественного оздоровления.

Первое место среди страхов занимает, безусловно, страх боли, который буквально парализует волю и заставляет обращаться либо в аптеку, либо в «Скорую медицинскую помощь».

Противовоспалительные и обезболивающие препараты настолько широко представлены фарминдустрией, что трудно представить себе домашнюю аптечку без них. Этот страх непреодолим и для подавляющего числа врачей, легко выписывающих рецепты на эти препараты. Так учат в медицинских учебных заведениях. К противовоспалительным и обезболивающим средствам добавляются транквилизаторы и даже нейролептики, не считая так называемых сосудистых препаратов. Я порой насчитываю в рекомендациях врачей до 12—15 наименований. Все вместе они вряд ли слабее наркотиков, так



как вызывают своеобразное лекарственное привыкание и рано или поздно разрушают систему саморегуляции организма, делая людей беззащитными, дезадаптированными к жизни без лекарств.

Мы предлагаем простые, естественные способы преодоления боли без лекарств и снятия страха боли навсегда.

Об этом в отдельных главах, так же как и о методах естественного обезболивания.

Но есть и **второй бытовой страх**, мешающий справиться с грыжей позвоночника. Это **страх движения при болях в спине**. Именно это заставляет больных надевать на себя разного рода корсеты и беречь себя как хрустальную вазу. С этим страхом надо разбираться отдельно, ему посвящена отдельная глава.

И, наконец, третий бытовой страх — **страх холодной воды!**

После того как мы рассмотрим правила и методы криотерапии (также в отдельной главе), вы поймете, почему в России принимают водные процедуры на открытом воздухе в Крещенские морозы и в то же время боятся погрузиться в ванну с холодной водой.

Но и этот страх исчезнет навсегда, если постараться понять его последствия, и на его преодоление уйдет всего лишь 5 секунд.

Именно эти бытовые страхи и необходимо преодолеть.

И тем не менее больше половины пациентов, обращающихся в наш центр, несмотря на серьезные аргументы врача, предпочитают остаться со своей болезнью. Уже наелись таблеток. Воля подавлена. А может быть, и разум?

Живут же многие одним днем с таблеткой в кармане, не думая о завтрашнем, а тем более о том, что их ждет через 5—10 лет...



Как преодолеть страх боли без обезболивающих препаратов?

Боль — это уже реакция на воспаление мягких тканей. А вот что такое воспаление — не всегда ответит даже врач. Довольно размытое понятие? Когда мне пациент говорит, что у него боль в спине появилась после того, как его продуло из окна, я спрашиваю: «Вы что, снимали штаны и высовывали нижнюю часть спины в окно?» **«Почему, когда вы сидели у открытого окна, вам продуло именно поясницу, а не ухо, горло, нос?»** Не считайте этот вопрос издевательством. Ведь чаще всего в таких случаях надевают пояс из собачьей шерсти или безжалостно натирают свое тело горячительными смесями и мазями. А это, если знать физиологию воспаления, является стратегической ошибкой. Воспаление — это не локальная реакция какой-то части тела на холод, а нарушение микроциркуляции мягких тканей (мышц), возникающее в результате их гипотрофии, то есть ослабления. Организм человека устроен таким образом, что в случае воздействия на него внешнего холода он начинает согреваться благодаря интенсивному движению крови по венам. Но у людей со слабыми мышцами венозная сеть недостаточно развита, и поэтому при необходимости прогнать через сосуды большой объем крови просто-напросто не хватает сосудов. И нужное для согревания количество крови не проходит сквозь мышцу, но поступает в нее. В этом месте начинается застой кровотока — первая стадия воспаления — альтерация. В дальнейшем при повторении новых внешних атак холода возникает уже непроходимость микроциркуляторного русла. Мышца отекает. Физиологи называют эту стадию воспаления экссудацией. Именно она, не видимая извне, и рождает боль. В этот момент заявляют о себе



болевые рецепторы, находящиеся в мышцах. Представьте себе красную лампочку, загорающуюся на пульте управления какого-нибудь прибора и предупреждающую об опасности. Нерв же через свое нервное окончание (синапс) снимает эту информацию и передает ее через систему специальных передатчиков спинного мозга (мотонейронов) в центр управления — мозг. Оттуда должна последовать команда нервам растянуть спазмированную мышцу, то есть снять ее отечность, а значит — убрать боль. По этому же принципу рождаются и другие боли соматического характера. Но если человек с болями в спине начинает поглощать таблетки, то сигнал, исходящий из болевой точки, постепенно гаснет, так как лекарства разрывают нервно-мышечную связь. Вроде бы хорошо. Человек не чувствует боли, но при этом он боится наклоняться, надевает корсет, сжимающий его тело, что приводит к атрофии мышц. То есть так называемые противовоспалительные препараты, принимаемые во время болей в спине, оказывают токсичное действие на нервную систему и делают человека, по сути, беззащитным, что и было описано в первых историях болезни.

Организм человека устроен таким образом, что в случае воздействия на него внешнего холода он начинает согреваться благодаря интенсивному движению крови по венам.

Если понять, что такое воспаление и почему появляется боль, то преодолеть страх перед болью будет значительно проще. Хотя придется выполнить ряд упражнений.



Что делать при обострении болей в спине?

Вот здесь и возникает второй бытовой страх — страх движения. Он исходит прежде всего из «врачебных страшилок» вроде: «Не поднимайте больше двух-трех килограммов, иначе грыжа выпадет, перекроет спинномозговой канал и будешь писать в карман». Для этой цели придумали еще две «страшилки»: секвестр, то есть кусок развалившегося диска, и сужение спинномозгового канала. На самом деле секвестр — это все та же труха от развалившегося диска, которая благополучно рассасывается при выполнении специальных упражнений и восстановлении кровообращения. Спинно-мозговой канал сузить невозможно в принципе, что доказал в своей монографии Жарков П.Л. Другое дело, какие упражнения и с какой физической активностью надо выполнять? Недаром один из основных принципов кинезитерапии гласит: «Правильное движение лечит, неправильное — калечит».

Что такое правильное движение?

Это правильная техника его выполнения и постановка правильного диафрагмального дыхания, то есть выдоха при максимальном напряжении.

Выдох, производимый во время максимального напряжения, способствует релаксации большинства мышечных групп и возможности выполнить само движение, которое часто кажется невыполнимым до тех пор, пока пациент не освоит правил выдоха при максимальной нагрузке. Уже на первой консультации врач, диагностируя больного, указывает ему на необходимость правильного выдоха при выполнении движений.



Больной видит, что без выдоха он, например, наклон вперед сделать не может, а после освоения правильного выдоха практически любое движение становится возможным, пусть и не с полной амплитудой. Понятно, что постановку техники движения с одновременным обучением дыханию при физических напряжениях на первом этапе, особенно у ослабленных пациентов, необходимо выполнять только под руководством опытного инструктора.

Описание всех нюансов данной работы выходит за рамки этого издания. Отметим только, что неизбежно возникает целый ряд сложностей психологического порядка. Дело в том, что наши пациенты, как правило, уже долгое время живут со страхом перед болью, возникающей при любом движении измененных ишемией мышц. Да и неадекватное запугивание врачебными «страшилками» не добавляет веры в себя. Особенно это касается больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями (перенесенный инфаркт миокарда, язва желудка, язва 12-перстной кишки, геморрой, варикозное расширение вен, миома матки, мастопатия, аденома предстательной железы, компрессионный перелом позвоночника и другие).

Такие больные уже с порога начинают рассказывать об ограничениях на нагрузки, о запретах посещения сауны (о лечебных свойствах которой большинству врачей просто неизвестно), о страхе перед криовоздействиями и о прочем. Поэтому важно уже на консультации объяснить, что в кинезитерапии нагрузок как таковых нет, а есть локально и дозированно применяемые физические воздействия, восстанавливающие тело до нормы в состоянии функционального растяжения позвоночника. Правда, из-за боли и простые безопасные движения могут быть невыполнимы. Поэтому мы применяем локальную и общую криотерапию, то есть стараемся использовать воздействия холодом для снятия боли. Здесь может возникнуть **третий бытовой страх — страх холода.**



Надуманые, умозрительные рассуждения некомпетентных медиков и просто обывателей об опасности криотерапии, то есть о пользе холода, даже экстремальных воздействий холода на организм человека, при воспалительных заболеваниях и заболеваниях опорно-двигательного аппарата опровергает опыт лечения тысяч больных в клиниках Иммануила, Зондер Хорсте, курорта Зекинген и других. «Последние исследования показали, что тепловой шок, возникающий при воздействии на организм низких температур (реакция терморегуляции), способствует выделению протеинов теплового шока (heat-shock proteins, HSP), наделенных способностью восстанавливать структуру и функции денатурированных протеинов и защищать клетки мозга от заболеваний, вызывающих некроз».¹⁵ В настоящее время к одному из методов криотерапии относят криосауну, в которой газовая среда создает температуру минус 120°C. Основными эффектами криотерапии являются:

- улучшение биохимических показателей;
- улучшение обменно-эндокринных процессов;
- расширение функциональных резервов организма без их истощения.

Кроме того, как показывают исследования криотерапевтов:

- усиливается лимфодренажный эффект (ликвидация отеков);
- улучшается микроциркуляция крови в тканях;
- повышается уровень миорелаксации, то есть уничтожаются мышечные контрактуры и гипертонусы;
- улучшается трофика (питание) костной и хрящевой тканей;
- блокируется ноцицептивная проводимость, то есть происходит обезболивание.

Именно поэтому мы в своей практике руководствуемся законами терморегуляции, которые отвечают за выработку организмом тепла при внешнем воздействии холодом. То есть при погружении тела в холодную воду, в прорубь, под холодный



душ вместо обморожения возникает усиление кровообращения, так как основной системой, согревающей тело, является венозная сосудистая система. Но продолжительность воздействия холодом не должна превышать 5—10 секунд. Нужен шок, а не длительное пребывание в холодной воде, которым злоупотребляют любители зимнего плавания («моржи»).

**А лучшее средство для снятия болей
в мышцах и суставах — холодная вода.**

Поэтому для снятия мышечной боли, которая возникает после занятий на тренажерах, или спонтанно возникающей боли мы используем прикладную кинезитерапию. Хочу обратить ваше внимание на то, что:

1. Выполнение упражнений обязательно сопровождается болями в мышцах. А лучшее средство для снятия болей в мышцах и суставах — холодная вода.

2. В холодной воде, особенно после парной, лучше и безопаснее удастся растянуть мышцы и связки тела, что в дальнейшем сопровождается восстановлением эластичности мышечно-связочных структур.

3. Холодная вода снижает локальную температуру тела в области воспаленных мышц и восстанавливает микроциркуляцию ишемизированных участков больных тканей организма.

4. Принятие низкотемпературных водных процедур развивает заблуждения о причинности болей, которые часто связывают с холодом, избавляет от страха и возвращает уверенность в собственных силах.

5. Повышает иммунитет и оказывает общеукрепляющее воздействие на все функциональные системы организма человека.



Как преодолеть страх перед движением?

Сами по себе упражнения не помогут, если они не сочетаются с единой системой определенных нагрузок, правильным питанием, дыханием и положительным психологическим настроем.

Человеческое тело, поддерживаемое костным каркасом, двигательные функции выполняет благодаря мышцам и сухожилиям (связкам). Поэтому миофасциальная диагностика, то есть диагностика состояния мышц и связок, является обязательным «действием» врача-кинезитерапевта при обращении к нему человека с болями в спине.

Миофасциальная диагностика позволяет врачу-кинезитерапевту выявить зоны болезни, которые затрагивают не только сектор больного диска, но и миофасциальные ткани выше и ниже зоны поражения. Здесь проявляется феномен кругов на воде от брошенного камня или ударной волны от взрыва снаряда.

Грыжа диска действует на организм точно так же. Сам сектор этого отдела позвоночника (спины), как правило, напряжен и болезнен. А так как через мышцы, окружающие грыжу диска, проходят нервы, кровеносные и лимфатические сосуды, то спазм этих мышц влияет и на нервную проводимость, на кровоснабжение и на лимфообращение. Проявляется это, например, нарушением чувствительности в конечностях и соседних с грыжей МПД областях.

Снижается скорость и объем кровотока — мышцы слабеют (гипотрофия) и укорачиваются (ригидность). Ухудшение лимфообращения вызывает местные и внутренние отеки в капиллярной сети мышц. При пальпировании этих мест ощущается боль. Все это фиксируется в диагностической карте больного.



Причем зоны нарушения целостности опорно-двигательного аппарата отмечаются далеко от зоны поражения. Например, при грыже L4-L5, L5-S1 (поясничный отдел позвоночника) боли могут возникнуть, когда пациент, лежа на спине, поднимает голову. Очень часто при этой локализации грыж МПД отмечается болезненность и напряженность мышц голени, отечность голеностопных суставов, ригидность четырехглавой мышцы бедра и т.д. и т.п. Все эти проявления болезни не могут быть видны на рентгеновских снимках и МРТ, им не придают особого значения специалисты, которые чаще всего прописывают пациентам обезболивающие препараты.

**Боль — это край терпения мышц.
Сначала дискомфорт, покалывание,
заклинивание и прочее, на что, как правило,
редко кто обращает внимание.
Это уже потом — люмбаго (прострел),
анталгический сколиоз (скручивание
позвоночника) и обездвижение.**

Создается впечатление, что мышцы и связки, сухожилия и фасции не имеют никакого значения для организма, а ведь именно в этих тканях проходит вся нервно-сосудистая система. И за качество, объем и скорость прохождения транспорта жидких сред организма (кровь, лимфа, внеклеточная жидкость) отвечает именно — и только — мышечная система. Любое нарушение транспорта питательных веществ через мышцы оборачивается дистрофией, и нервные клетки, снимающие эту информацию через свои нервные окончания (синапсы), подают сигналы в мозг (ЦНС). Причем эти сигналы необязательно бывают болевыми.



Боль — это край терпения мышц. Сначала дискомфорт, покалывание, заклинивание и прочее, на что, как правило, редко кто обращает внимание. Это уже потом — люмбаго (прострел), анталгический сколиоз (скручивание позвоночника) и обездвижение.

Поначалу симптомы незаметные: гипотрофия, ригидность, снижение силы и подвижности суставов.

Кинезитерапевт эти симптомы обнаружит, занесет в карту и разработает нужный алгоритм лечебных движений с целью восстановления кровообращения и микроциркуляции в тканях, а следовательно, трофики (питания) органов и суставов.

У каждого пациента индивидуальная природа болезни! Соответственно, и лечение строится на основе учета индивидуальных особенностей каждого пациента, сопутствующих заболеваний, конституции, веса тела и мышечной константы. Лечить всех диклофенаком или вольтареном, вытяжением или корсетом — примитивный путь, непродуктивный и... опасный для здоровья!

После анализа снимков, проведения миофасциальной диагностики кинезитерапевт проводит тестирование пациента. Для этого по специальной схеме больной выполняет различные упражнения на тренажерах МТБ и тренажерах силового ряда.

Тестирование настолько показательно, что пациент может реально оценить и свое физическое состояние.

После поступления пациента на лечение врач-кинезитерапевт выписывает карту выздоровления, то есть курс лечения на специальных тренажерах с целью восстановления трофики организма (микроциркуляции, лимфо- и кровообращения).

В процессе лечения на каждый сеанс выписывается рецептура движений, постоянно корректируемая врачом. Инструктор обучает пациента правильному дыханию, расслаблению,



ставит технику движений. Говорит, какое количество воды и в какое время должен пить пациент, как снять боль с помощью упражнений.

ЭТО ТРУДНЫЙ ПУТЬ, НО НАДЕЖНЫЙ!

Мы не качаем мышцы! Мы восстанавливаем микроциркуляцию в мышцах, то есть их капиллярную систему!

«Я считаю, что пациент должен пройти три этапа выздоровления: сначала выполнять то, что можете; затем то, что надо; и только на третьем этапе получать удовольствие от всех движений, которые выполняет!»

Первые 12 сеансов (минимальное количество, необходимое для достижения первых результатов) имеют свои особенности. Будут и хорошие и плохие дни.

И если пациент сорвался, ушел к другому врачу — это его право, однако претензий мы в таком случае не принимаем. Жестко? А вы представьте, что легли на операционный стол, вам разрезали живот, но вы вскочили и убежали, сказав, что не нравится скальпель... Это несмешно.

Да, человек труслив, он очень боится боли и смерти. При этом не понимая, что боль — это друг, защита, сигнал об опасности. Не надо ее травить! Надо понять, найти причину и вывести из организма!

Кинезитерапия — это анализ всех систем организма человека, его психологии и образа жизни! Слишком много надо знать, чтобы подобрать ключ или код к каждому больному! Надо думать, анализировать, брать на себя ответственность и не кивать на «трудное детство». Каждый хочет жить. И жить хорошо, а не ходить под себя. Головные боли, снимаемые анальгетиками, ведут к сенильной деменции (слабоумию). Поясничные боли, снимаемые анальгетиками, вызывают рост опухолей в тазовом дне (миомы, аденомы) и опущение внутренних органов.

Вы должны знать это!



Выбирайте — лечиться до самоуничтожения или восстанавливать свое здоровье!

Я рекомендую последнее, а это — кинезитерапия. О вреде лечения с помощью лекарств и лучевой терапии мы собрали не только статистические данные, но и многочисленные видеоматериалы, которые демонстрируются больным, приходящим к наш Центр перед консультацией. В то же время мы не скрываем трудностей наших методов лечения, но я уверен, что будущее медицины при лечении хронических заболеваний позвоночника и суставов — за кинезитерапией.

Главная трудность — преодоление боли без лекарств. Вот несколько основных методов естественного обезболивания.

Первый способ: ванна с холодной водой, или 5 секунд страха

Мы уяснили, что боль в спине при диагнозе «грыжа позвоночника» возникает не из-за компрессии спинномозгового нерва или его корешка, а из-за спазма околопозвоночных мышц, окружающих эту грыжу. То есть от спазмированных длительным бездействием этих мышц (у спортсменов — чрезмерной нагрузкой). При этом миофасциальные ткани пребывают в состоянии отека (экссудативная стадия воспаления). С этим могут спорить разве что нейрохирурги, заинтересованные в операциях по удалению грыж позвоночника, и врачи, заточенные, как сейчас говорят, на лекарственную терапию болей в спине. Большая часть людей, страдающих от болей в спине, хотели бы соскочить с иглы обезболивающих средств и, естественно, избежать операции на позвоночнике. Вот для последних я и рассказываю о методах снятия боли без лекарственных инъекций, имеющих к тому же массу нежелательных побочных эффектов. Что делает человек, получивший синяк



под глаз или просто ушиб? Прикладывает ледяной компресс, но ни в коем случае не горячий или разогревающую мазь.

Но под глаз — понятно, а вот на поясницу? Здесь и возникает чехарда мифов о простудах, воспалениях придатков, простатитах, пиелонефритах, циститах, которые, со слов некомпетентных толкователей, возникают в результате подобных воздействий холодом. Поэтому если человек связывает боли в спине с переохлаждением, его начинают разными способами греть.

Боль в спине при диагнозе «грыжа позвоночника» возникает не из-за компрессии спинномозгового нерва или его корешка, а из-за спазма околопозвоночных мышц, окружающих эту грыжу.

Что греть, спрашиваю? Отек, синяк, гематому? Все эти три слова являются синонимами боли. Тепло, конечно, успокаивает и отвлекает. На этом и стоит «согревающая» терапия. Но такой подход, к сожалению, ухудшает структуру соединительной ткани, способствуя расползанию отека по соседним с местом поражения тканям и органам.

Сколько людей было извлечено врачами из горячих ванн, которые те принимали при болях в спине? У скольких людей отнялись ноги или была потеряна чувствительность при длительном применении тепловых компрессов или процедур?

Статистика об этом умалчивает. Но не знаю ни одного пострадавшего от криотерапии, то есть лечения дозированным охлаждением. К прикладным методам естественного обезболивания можно отнести принятие холодного душа, ванны с холодной водой.



В свое время я сумел избавиться от сильнейших болей без лекарств, но для этого пришлось искать альтернативные методы. Так я пришел к моржеванию. Однажды я познакомился с «моржами», и они подвели меня к проруби, подвели, потому что я шел на костылях. Они объяснили мне, что надо окунуться в воду с головой и сразу вынырнуть обратно, что я и сделал, оставив костыли на льду. А потом случилось неожиданное. Когда я поднялся по лестнице из проруби, то почему-то побежал, забыв про костыли. Спихватился о своем «имуществе», пробежав метров 50. Но побежал-то я не от ужаса, а от восторга! И потом многие годы занимался моржеванием, занимались и мои дети, и мои друзья, и мои пациенты. Кроме благодарности, я ничего от них не слышал. А благодарность не за то, что мои друзья и пациенты окунулись в ледяную купель и остались живыми и здоровыми, а за то, что они преодолели СТРАХ. В данном случае — страх холодной воды. И уверяю вас, это очень и очень много. Со временем, анализируя систему терморегуляции человека, свои реакции на разное по длительности пребывание в ледяной воде, я пришел к правилу 5 секунд.

Отныне всем своим пациентам, друзьям я рекомендую погружать тело утром, после сна, в ванну (принимать душ при ее отсутствии) на 5 секунд. Зашел — вышел! Шок! Но при одном условии, чтобы все тело было погружено в холодную воду (с головой). Многие боятся окунать голову, особенно женщины, не желая испортить прическу. Что ж, можно и без головы. Хотя я называю таких людей «всадниками без головы», то есть тело свежее, а голова дурная. Система терморегуляции и иммунного ответа реагирует только на сильные, шоковые раздражители, лучшим и простым из которых, безусловно, является холодная вода. В ответ на подобное погружение активизируется вся сосудистая система организма, усиливающая продвижение крови по сосудам от ног до сердца и головного мозга,



попутно дренируются очаги воспаления в мышечных тканях и органы обогащаются кислородом, липидами, белками, находящимися в крови. Пять секунд — шок! И у тебя новое тело! Длительное пребывание в холодной воде, которым славятся любители зимнего плавания «моржи», к сожалению, отнимает жизненные силы на ненужное согревание, хотя способствует закаливанию воли и характера.

Всем своим пациентам, друзьям я рекомендую погружать тело утром, после сна, в ванну (принимать душ при ее отсутствии) на 5 секунд.

А нужно ли терять жизненные силы ради избыточной эйфории после проруби, связанной с чрезмерным выбросом в кровь «гормонов радости» — эндорфинов и энкефалинов? Я много и долго моржевался и понял — это перебор! Тем более что 5 секунд достаточно для ответной защитной реакции иммунной системы и избавления от хандры, связанной с болью, недосыпанием или депрессией! Ванна, купель, прорубь — без разницы. Что есть — тем и пользуйся! Но как ни парадоксально это сейчас прозвучит, сознаюсь, еще ни разу за многие годы я не испытал удовольствия при погружении в холодную (ледяную) воду! Но всего лишь через 5 секунд я испытываю восторг, радость и желание жить полной, не ограниченной страхами жизнью. И так каждое утро, представляете! Пять секунд утренней холодной воды — и ты выходишь из круга обреченных на хронические болезни! Одна моя пациентка (врач-стоматолог, 52 года, с остеохондрозом и избыточным весом) так рассказывала о своих ощущениях после «знакомства» с энергией хо-



лодной воды: «Вы знаете, доктор, меня не узнают на работе. Раньше я улыбалась только пациентам, да и то заставляла себя это сделать. Сейчас такое ощущение, что не только тело становится здоровым, но и уходит какая-то грязь из души. Но я понимаю, что этим надо заниматься всю жизнь!»

**Пять секунд утренней холодной воды —
и ты выходишь из круга обреченных
на хронические болезни!**

Всего пять секунд — и новая философия жизни! Кстати, она за 10 сеансов кинезитерапии, сочетающейся с криотерапией, похудела на 3 кг. Это еще один дополнительный эффект ледяной воды, который можно использовать для борьбы с целлюлитом. Но очень важно понять, что криотерапия, или воздействие холодом, применяется в разгар боли для снятия ее, а не для лечения, как думают многие!

Резкое воздействие холодной воды снимает отек и воспаление, улучшает микроциркуляцию тканей и тем самым способствует достижению лечебного эффекта. Но когда я говорю об эффекте холодной воды в качестве обезболивания, пациенты начинают дрожать, еще сидя в кресле. Такова сила страха холодной воды. **Надо убрать этот страх!**

Себастьян Кнейп (основоположник лечения холодовыми процедурами, 1821—1897) пишет: «Только тот может принять холодную воду с вернейшим результатом, кто умеет пользоваться ею в простейшей и невиннейшей форме». Большинство наших пациентов боятся холодной воды и считают прием ледяного душа в городской квартире, когда там отключат горячую воду, подвигом. К сожалению, многие в городе даже умывают-



ся теплой водой, тем самым обкрадывают себя, теряя красоту и эластичность кожи, утренний заряд здоровья и уверенность в себе. Недаром Кнейп говорит об умении пользоваться холодной водой. Да и при криопроцедурах обязательно нужен опытный помощник. Лучше, чтобы это был врач. Дело в том, что нужно уметь справляться с эйфорией, то есть повышенной радостью и чрезмерной уверенностью в себе на начальном этапе воздействий холодом.

Криотерапия, или воздействие холодом, применяется в разгар боли для снятия ее, а не для лечения, как думают многие!

Эйфория наступает обязательно после первых холодных ванн. Не видя ничего в том дурного, люди часто усилием воли выдерживают в холодной воде «рекордное время» и... срываются. Не надо рекордов. Нужно понять, что вода не причинит вреда, если с ней дружить. И 5 секунд вполне достаточно.

В помощь боязливым могу порекомендовать некоторые варианты самонастроя на криованну. Первое время самонастрой обязателен перед каждым погружением в ванну с холодной водой. Например: «Вода — мой друг, я как вода! Вода меня вылечит! Вода — мой врач!»

Главное при этом — искренность и убежденность в правоте этих слов. Не рекомендую принимать утром контрастных процедур, так как они расслабляют организм и не дают заряда на весь день. Минимальное количество выливаемой на голову воды — ведро (по Порфирию Иванову, народному целителю). Ведро — это универсальная доза воды для русского человека. Но здесь есть и свой минус. Человек с боля-



ми в спине порой просто не может поднять ведро. Дети, как правило, не любят процедуры обливания из ведра, предпочитая душ или ванну. Страшен сам момент поднятия ведра и выливания его на голову. Но на свежем воздухе, в деревне, стоя на земле босыми ногами — это прекрасная процедура. Я люблю выливать на себя несколько ведер. В городе, выходя во двор с ведром воды, рискуешь выглядеть странно. Принимать ванну с холодной водой для усиления эффекта рекомендую еще и вечером, в тот момент, когда вы пришли с работы и чувствуете себя усталым, дел еще много, а сил нет. Холодная ванна снимет усталость, и вы получите новый заряд энергии.

Если вы приступили к лечению криотерапией, то следует помнить:

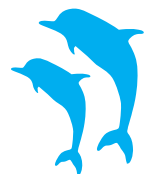
1. Выполнение упражнений обязательно сопровождается болями в мышцах, а лучшее средство для снятия мышечных и суставных болей — холодная вода (5 секунд);
2. В холодной воде, особенно после парной, лучше и безопаснее удастся растянуть мышцы и связки тела, используя лестницу бассейна, что в дальнейшем восстановит эластичность мышечно-связочных структур (в парной тянуться не рекомендую);
3. Холод способствует снижению отека и тем самым восстанавливает микроциркуляцию в мышцах (для этого же используются компрессы со льдом);
4. Принятие низкотемпературных водных процедур развеивает заблуждения о причинах болей, которые часто связывают с холодом, избавляет от страха и возвращает уверенность в собственных силах;
5. Криотерапия повышает иммунитет и оказывает общеукрепляющее воздействие на все функциональные системы организма человека.



Второй способ: лечебное голодание — экстремальный анальгетик

В моей практике довольно редко, но встречаются ситуации, когда боли в спине не дают не только выполнить упражнение, но и просто прикоснуться к больному. В таких случаях я применяю лечебное голодание. Обычно хватает 3—7 дней без пищи плюс несколько дней на выход из голодания (постепенное включение в рацион продуктов питания), но уже в процессе выхода из голодания на 2—3-й день больной испытывает значительное облегчение. Хотя боли могут оставаться, но не такие резкие. Во всяком случае, после голодания можно говорить о продолжении восстановления организма с помощью упражнений. Объяснение этому феномену обезболивания приводят многие популяризаторы здорового образа жизни, например Поль С. Брегг (основоположник методики лечебного голодания).

Надо знать, что человек, находящийся на лечебном голодании более двух суток, на 3—4-й день проходит кетонный кризис, то есть от него пахнет ацетоном, причем он сам этого не ощущает. Лечебное голодание — самый быстрый способ снятия боли, так как во время отказа от пищи организм избавляется прежде всего от ненужного (от нездоровых тканей). Это происходит благодаря саморегуляции, то есть способности организма восстанавливать постоянство внутренней среды. И этому помогают защитные клетки иммунной системы — фагоциты. При отсутствии поступления питательных веществ они набрасываются на воспаленные клетки и переваривают их вместо пищи. Честно говоря, я бы всех пациентов с «острой спиной» сначала пропускал через лечебное голодание (хотя бы 24 часа). Но для этого желателен стационар и «соратники» по голоду: вместе голодать легче.



Некоторые правила лечебного голодания, которые не стоит нарушать:

1. Нельзя обезвоживать организм. При лечении голодом необходимо больше пить.

Больше, чем обычно, в 3—4 раза. Йоги считают, что человеку надо в день выпивать 12 стаканов воды, не считая жидкости, получаемой с пищей. Это 2—5 литров. Значит, в голодании до 6 литров. Если вы не в состоянии выпить такое количество воды, ее можно вводить искусственно в кишечник с помощью кружки Эсмарха (2—3 раза подряд) до полного очищения. Кроме того, рекомендую принимать контрастные водные процедуры, так как организм способен «пить» кожей.

2. Во время лечебного голодания не надо читать и смотреть телевизор. И там и там будет что-то непременно связано с едой. Лучше спать или играть во что-нибудь. Нельзя работать. Можно ли выполнять упражнения голодая? Можно, но эффективность занятий наступит только при возвращении к полному питанию, так как голодающий не способен выполнять лечебные нагрузки, ведь у каждого пациента свои силовые нормативы, требующие увеличения белковой пищи.

Во время лечебного голодания не надо читать и смотреть телевизор. И там и там будет что-то непременно связано с едой.



3. Хочу предупредить, что злоупотребление лечебным голоданием (некоторым нравится эта процедура) ведет к обезвоживанию связочного аппарата и потере мышц, так как мыш-

цы являются белковой соединительной тканью и несут в себе энергию, необходимую для жизнедеятельности. Поэтому люди, часто использующие лечебное голодание, очень худосочны, у них скрипят и трещат все суставы. Они склонны к остеохондрозу с постепенным развитием остеопороза. Голод — хорошее вспомогательное средство, но не более. Частые голодания не только уменьшают количество шлаков, но и ухудшают качество мышечных тканей, а они — основа выздоровления больного позвоночника.

Итак, мы рассмотрели второй способ нелекарственного обезболивания (а не лечения).

Категорически не рекомендую голодать ради похудения. Пусть лучше будет «лишний вес», но под ним хороший мышечный корсет.

Хотя понятие «лишний вес» весьма умозрительно. Лишний вес — это вес тела, который его хозяину неподвластен, например, он не может подтянуться, подняться на 2-й этаж без одышки и т.д. Если у человека рост 180 см, а вес тела 95 кг сплошных мышц, которые не доставляют проблем при движениях, напряжениях и аэробных нагрузках, то это и есть норма для данного человека.

Мне, например, гораздо труднее лечить сухощавых, чем полных. Здесь опять же вступает в силу закон дегидратации тканей организма. Человек сухощавый и суставы имеет усохшие. Значит, нагрузки на суставы позвонков усиливаются при движениях. В таких случаях сухощавого, кроме всего прочего, необходимо буквально заливать водой и откармливать. Тем не менее «голодание подстегивает и ускоряет удаление токсичных продуктов пищеварения, омолаживает истощенные нервы, дает телу возможность самому восстановить нормальный химический состав крови» (Г. Шелтон¹⁶).



Третий способ: диафрагмальное дыхание, или Несколько правил управляемого обезболивания

Правильное дыхание — тема очень сложная. Хотя дыхание и является основной физиологической функцией человека, подавляющее число людей и даже врачей-пульмонологов либо не придают значения его истинной роли, либо просто не понимают истинной значимости дыхательной мускулатуры, к которой относится не только основная дыхательная мышца — диафрагма, но и межреберная мускулатура. Умение управлять этими мышцами может помочь человеку облегчить задачу избавления от соматической (телесной) боли. Здесь тоже есть свои правила, обойти которые нельзя.

Правило № 1. Боль надо выдыхать!

Анализируя основные дыхательные гимнастики и, прежде всего, пранаяму из йоги, я пришел к следующему выводу: для большинства людей эти техники очень сложны. И задался целью их упростить.

Главной мышцей дыхательной системы является диафрагма. Ей помогают:

- 1) межреберные мышцы;
- 2) мышцы брюшного пресса;
- 3) мышцы спины;
- 4) мышцы пояса верхних конечностей.

Диафрагма, как помпа, поднимаясь вверх на выдохе, помогает тем самым сердцу выбрасывать кровь в аорту, но при этом повышает внутригрудное и внутрибрюшное давление. А при вдохе она опускается вниз, массируя органы желудочно-кишечного тракта и снижая внутригрудное и внутрибрюшное давление. Исходя только из этих двух позиций удалось прийти только к одному, неоспоримому факту. Главным в дыхатель-



ной гимнастике является выдох, так как при выполнении физических упражнений необходимо снижать внутрибрюшное, внутригрудное и даже внутричерепное давление. Благодаря этому, с одной стороны, происходит массаж всех внутренних органов и повышается их тонус, с другой — улучшается возвращение венозной крови к сердцу. Последнее же является главным элементом профилактики ишемической болезни сердца и нормализации артериального давления!

Главным в дыхательной гимнастике является выдох, так как при выполнении физических упражнений необходимо снижать внутрибрюшное, внутригрудное и даже внутричерепное давление.

То есть при выполнении любого силового упражнения или упражнения на растяжение на выдохе «Ха-а» улучшается кровообращение и снимается боль. Она выдыхается со звуком «Ха-а». Надо думать только о выдохе при выполнении любого упражнения. Вдох происходит автоматически между выдохами.

Не надо стесняться этого звука и следить, чтобы мышцы живота в конце выдоха втягивались. А на вдох потребуется ровно столько времени, сколько необходимо организму. На этом не надо концентрироваться.

Правило № 2. Брюшное дыхание

Если при выполнении упражнений уметь концентрировать выдох и мысленно направлять его в зону болезненности до ощущения тепла в этой зоне, то необходимый эффект от



выполнения упражнений достигается намного быстрее. Например, при выполнении растяжки к двум ногам или одной больной ноге сидя или стоя у больного возникает боль, как правило, под коленом. Необходимо постараться выполнить звук «Ха-а» длинно и низко. Если сказать «Ха-а» горлом, то звук будет высокий и короткий, если грудью — то более низкий и чуть длиннее. А надо выдыхать «Ха-а» низко, протяжно и длинно, диафрагмой.

В конце правильного выдоха брюшная стенка живота должна втягиваться. Только в этом случае получается обезболивающий эффект. Это не так просто, как кажется.

Правило №3. Сжигание боли

Боль — штука холодная. Ее можно отогреть, как отогревают замерзшие на ветру пальцы, можно сжечь дотла, как дрова в костре. Интуитивно по этому пути идут врачи и целители, стараясь нагревать больные места. Но отсутствие сознательного управления дыханием приводит к разрастанию отека в зоне боли, вместо выведения тепла из тела, и ухудшает состояние спазмированных мышц.

**Надо войти в боль, сжечь ее изнутри,
а затем вывести из тела, ощущая
стекающее, будто теплая вода по коже,
тепло.**

Конечно, это непростой прием. Но, овладев им, вы можете снять даже зубную боль при сверлении бормашиной.

Надо войти в боль, сжечь ее изнутри, а затем вывести из тела, ощущая стекающее, будто теплая вода по коже, тепло.



Правило № 4. Дыхательная медитация

Я всегда подчеркивал, что телом надо стараться владеть и управлять, а не пользоваться им как свалкой. «Тело — это мысль».¹⁷ Я стараюсь объяснить только некоторые, достаточно простые, приемы владения и управления телом. Старайтесь ему верить, а не бояться его.

После выполнения гимнастических упражнений необходимо расслабиться. Лучше лечь на пол, на спину, закрыть глаза и попробовать прочувствовать свое тело, наблюдая его как будто со стороны. Расслабьте мышцы лица, при этом оно должно оставаться спокойным, я бы сказал — индифферентным. Обычно далее расслабляются плечи и спина. При болях в спине надо думать о спинных мышцах и стараться их расслабить, направляя внутренний выдох в зону боли и ощущая при этом разливающееся по телу тепло. Необходимо расслабить все точки напряжения в теле, и при этом дыхание как бы исчезает.

Расслабленное тело словно не дышит. На самом деле дыхание становится поверхностным, едва заметным. Дышит только носовая полость. Спустя какое-то время, когда вы почувствовали полное расслабление и сняли усталость, глубоко вдохните, заполните все тело воздухом, потянитесь руками максимально вверх, а пятками от себя — во всю длину тела. На задержке дыхания потянитесь еще больше и, плотно сжав губы, опускайте руки в стороны — вниз, делая длинный свистящий выдох, как спущенный резиновый баллон до полного сокращения всех мышц, иными словами, до съезживания тела. Затем опять сделайте длинный вдох и, положив ладонь на живот и согнув ноги в коленях, сделайте несколько коротких, как бы выстреливающих щеками выдохов «пф-ф», не разжимая губ. Можно повторить несколько раз. И помните.



Все занятия должны проводиться в помещении с открытыми форточками.

Итак,

1. Выдох «Ха-а» выполняется низко и длинно, без резкой остановки в конце, без точки.

2. Выдох «Ха-а» сопровождается мысленным направлением воздуха в зону боли, как будто вы хотите растопить ее (как лед под лучами солнца).

3. При выдохе «Ха-а» необходимо расслабить мышцы лица, плечевого пояса и спины.

Вот такое дыхание является обезболивающим лекарством самого тела. Чтобы это понять, нужно шаг за шагом выполнять правила. И пока техника выдоха не будет освоена, результаты лечения не будут полноценными.

И еще о пользе правильного дыхания:

В своей практике лечения болей в спине я использую дыхание и в профилактических целях. Перед началом выполнения упражнений поставьте ноги на ширину плеч, сделайте вдох через нос, стараясь поочередно наполнить воздухом нижние части легких (надувая живот «арбузом»), средние (втягивая живот и расширяя грудную клетку) и верхние (поднимая плечи). Одновременно поднимите руки вверх, как бы стараясь дотянуться до потолка. На высоте вдоха дыхание задерживается. Затем тело, расслабляясь, «падает вниз» с резким выдохом «Ха-а». Ладонями можно хлопнуть себя по спине, как бы обнимая себя. Эту процедуру нужно выполнять 3 раза подряд. После этого тело буквально вибрирует, то есть оно готово к работе — подзарядилось и разогрелось.

Есть другой достаточно сложный элемент дыхательной гимнастики, который я использую в своей практике лечения болей в спине.



Это очистительное дыхание «ПФ».

Например, после кратковременной пробежки или при ходьбе вверх по эскалатору порой возникает одышка. В этом случае вместо хватания воздуха открытым ртом — сделайте 2—3 серии «ПФ-ПФ-ПФ»: губы плотно сжаты и растянуты, щеки напряжены. Напрягая мышцы пресса, сделайте резкие короткие выдохи, как бы произнося «ПФ-ПФ-ПФ» без вдохов между ними. Мышцы живота при этом сильно сокращаются, втягиваясь внутрь.

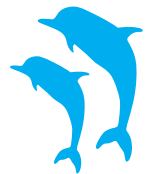
Эти две дыхательные практики я позаимствовал из дыхательной гимнастики йогов пранаямы, но адаптировал к обычной жизни, так как пранаяма в полном объеме в условиях города опасна для здоровья.

Из всех сложных дыхательных приемов я выбрал те, которые, с моей точки зрения, вполне доступны тем, кто желает встать на путь самовыздоровления. Эти дыхательные приемы можно использовать и при других заболеваниях. Но без управляемого дыхания вылечить какое-либо хроническое заболевание, с моей точки зрения, невозможно. Другое дело, что существуют и более сложные дыхательные практики, но они предназначаются тем, кто прошел 1-й этап выздоровления и самопознания.

Четвертый способ: саунотерапия по правилам русской бани.

Экстремальное восстановление

В кинезитерапии водные процедуры и саунотерапия несут ответственную функцию при лечении заболеваний позвоночника и крупных суставов. Как показывает практика, много заблуждений и мифов возникает при показаниях к саунотерапии. Запрещают сауну (русскую баню), как правило, те врачи,



которые сами не испытали на себе ее влияние. Конечно, запретить легче, чем разрешить. Популярность саун настолько велика, что даже создано международное общество саунологов. Издается специальный журнал, постоянно публикуются труды ученых — саунологов и физиотерапевтов по этой теме. И тем не менее сауны боятся.

Я уже говорил, что с болями в спине обращаются, как правило, люди с высокой степенью зашлакованности и обширным списком сопутствующих заболеваний. Поэтому я рекомендовал бы большинству из них не только голодание, но и сауну (или русскую баню). Для очищения организма и расслабления уставших мышц способа эффективнее русской бани найти трудно.

Написано много методических руководств по саунотерапии с необходимым перечнем температурных и временных параметров. В связи с тем что далеко не в каждой сауне есть медперсонал, необходимо знать особенности принятия сауны (бани) в качестве вспомогательного лечебного средства. Уместно снова напомнить и про врачебные «страшилки», распространяемые онкологами, кардиологами, невропатологами, урологами и гинекологами. Основаны эти запреты прежде всего на элементарном незнании процесса саунотерапии.

Обратимся к руководству по саунотерапии.¹⁸

«Показания: хронические неспецифические заболевания легких, включая бронхиальную астму; хронические ревматические заболевания вне обострения; нарушения периферического кровообращения, артериальная гипертония, гипотония; варикозное расширение вен, облитерирующий эндартериит; нарушение функции яичников; хронические заболевания внутренних половых органов; беременность вплоть до родов; псориаз.

Противопоказания: острый инфаркт миокарда; злокачественная гипертензия; острый тромбоз; эпилепсия; ост-



рое воспалительное гинекологическое заболевание; острые экземы».

Ни слова о хронической ишемии сердца, хроническом варикозном расширении вен, миоме, мастопатии, кистах у женщин, простатите, аденоме у мужчин я не встретил. Главное — правильный прием процедур. В чем он заключается?

При посещении сауны (бани) следует знать, что пребывание в сауне делится на три основных периода.

I период — адаптация, то есть пассивное нагревание тела в течение 3—7 минут до начала потоотделения, далее душ или отдых в простыне. При заболевании сердечно-сосудистой системы холодный душ или ванна с холодной водой принимаются сразу после выхода из парилки. При избыточном весе, но без патологии лучше отдохнуть в простыне 2—3 минуты, затем — холодный душ.

II период — более интенсивное и глубокое прогревание организма, соответственно, более обильное потоотделение. Продолжительность процедуры до 10—12 минут и более длительная аппликация холодной воды на тело (душ, ванна или бассейн) — температура воды 6—10°C.

III период — плавный выход из гипер- и гипотермического состояния, а именно, после приема холодной ванны, закутавшись в теплый сухой халат (широкое полотенце) — отдых с обильным чаепитием.

Известно, что в среднем человек теряет в сутки около 1,8 л воды. Дегидратация (потеря жидкости) со значительным потоотделением вызывает резкие сдвиги в минеральном составе организма вследствие уменьшения содержания хлорида натрия. Поэтому рекомендуется во время пребывания в сауне и после нее принимать минеральные напитки, пить чай с лимоном, морс из клюквы, но не водку и не пиво.



Кроме того, для хорошего восприятия самой тепловой процедуры на камни необходимо подбрасывать специальным ковшиком воду с различными настоями (ромашка, шалфей, эвкалипт, мята и др.). Но самая действенная и полезная процедура — париться веником из молодой березы, дуба, смородины, можжевельника, пихты, крапивы или их букета.

Любая тепловая процедура обязательно заканчивается обливанием холодной водой, желательно с головой. Как-то незаметно повелось оставлять только приятное — тепло, а «неприятное», то есть холодную воду, заменять прохладным душем или купанием в бассейне с прохладной водой.

Помните, тепловая процедура — длительная, холодовая — кратковременная. Чем здоровее организм, тем большую разницу температур он может выдержать. А большую разницу температур выдерживают только здоровые клетки тела. Больные же клетки, например воспаленные, резкой смены температур не выдерживают и самоуничтожаются.

Поэтому постоянный и длительный покой, комфортные условия только играют на руку болезни.

Существует температурная разница при приеме бани и сауны. В сауне я рекомендую температуру не больше 92—95°C с обязательным подбрасыванием воды на камни (при отсутствии парогенератора), а в русской бане — не более 75—80°C.

Холодная вода в ванне везде одинаковая: порядка +6—10°C зимой в помещении и +4°C в проруби.

Кроме того, больные нуждаются в более длительном отдыхе между процедурами. Критерий отдохнувшего организма — ровный пульс, отсутствие одышки. Надо делать не более двух заходов за сеанс, хотя любители бани меня засмеют. Но те, кто ходит в баню, должны обратить внимание, что после многократного захода в парилку и, соответственно, многократного погружения в купель, придя домой, очень хочется спать. И восстанавлива-



ется уставшее от перегрева и многократного охлаждения тело целую неделю. Зачем? Если, приняв такую процедуру один-два раза за сеанс, можно не терять силы, а их восстанавливать за счет интенсивного потоотделения и короткого взрыва энергии организма холодом. С моей точки зрения, это более рационально. Мало того, количество заходов в парилку один-два раза с последующим погружением тела в купель с холодной водой можно выполнять ежедневно после работы на тренажерах или выполнения любой гимнастики, но до пота...

В таком случае после каждой процедуры происходит омоложение. Переизбыток тепловых и холодовых нагрузок за один сеанс ведет к усталости, а значит, к старению организма.

Таким образом, основными лечебными факторами саунотерапии при условии выполнения предварительной тренажерной или гимнастической программы являются:

1. Интенсивное потоотделение, способствующее выведению из организма стрессовых гормонов и очищению всех слоев кожи;
2. Улучшение адаптационных реакций организма и, как следствие, повышение защитных сил организма, прежде всего его иммунной реактивности (быстрая реакция на внедрение вредных инфекций и вирусов) за счет резкой смены температур — от самой высокой до самой низкой;
3. Тренировка сердечно-сосудистой системы в целях профилактики ишемической болезни сердца;
4. Улучшение мозгового кровообращения в целях профилактики сосудистых заболеваний мозга;
5. Укрепление уверенности в собственных силах, так как только здоровый человек способен воспринять подобные тепловые колебания в единицу времени.

Я перечислил основные показания к саунотерапии, одобренные Комитетом здравоохранения в качестве лечебной



методики. Мифы о вреде сауны созданы онкологами, гинекологами, кардиологами, урологами, маммологами и врачами других специальностей потому, что они сауну (баню) воспринимают, видимо, как микроволновую печь, в которой происходит только нагревание. Кто бы спорил, что простой подогрев тела вреден даже здоровым людям. В сауне (бане) парятся, а не греются. И основным лечебным фактором является резкая смена температур, причем ледяная купель — обязательная завершающая процедура. Это очень важно. К резкой смене температур способны лишь здоровые клетки организма, имеющие механизмы адаптации. Больные клетки адаптацией не обладают и способны существовать только в комфортной, то есть постоянной для себя среде, в которой, собственно, и появились. Поэтому саунотерапия по правилам русской бани, а тем более сама русская баня с вениками, купанием в снегу или проруби ломает ход болезни и выводит болезненную энергию из организма, оставив ее в проруби или холодной купели.

Недаром народная мудрость гласит: «Баня парит — здоровье дарит!»

И все-таки я хотел бы уточнить правила, узаконенные Комитетом здравоохранения, и порекомендовать более мягкий режим саунотерапии:

1. Не принимать сауну (упростим термин) на сухое, непропотевшее тело.

(В крайнем случае, перед заходом в парилку примите контрастный душ и после холодного обливания зайдите в парилку.);

2. Не стоит ожидать потоотделения. Лучше сразу начинать бросать воду на камни маленькими порциями (в случае отсутствия парогенератора);

3. Подбрасывать воду надо порциями, как бутерброд, слой за слоем. Постепенно пар будет опускаться на тело, прогревая его буквально до костей. На это уходит 5 — 7 минут;



4. После выхода из парной пот можно смыть горячей водой, но затем обязателен ледяной душ, а лучше ванна с ледяной водой (5—10 секунд);

5. Можно сделать второй заход с последующими водными процедурами, но необязательно;

6. Шляпа на голове, чай зеленый до и после сауны — обязательно!

Итак. Все познается через результат. Прежде чем запрещать баню, необходимо понять ее особенности. Во всех сложных теоретических вопросах надо стараться идти от науки к практике. Мой опыт саунотерапии шел в обратном направлении — от практики к науке. Меня приучили к бане с малых лет. Поэтому я считал себя знатоком. И только спустя много лет понял, что чрезмерно угнетал резервные силы своего организма, излишне усердствуя в парильном отделении. Это касается не только избыточных по интенсивности банных процедур, но и моего опыта с моржеванием, большими нагрузками в тренажерном зале с длительными голодовками и погружением в отрицательные эмоции. Просто очень хотелось выкарабкаться из болезни. Но это удалось только после того, как я стал профессионально изучать правила здорового и нездорового образа жизни.

В этой книге я делюсь не только своим опытом, но и теми знаниями, которые я почерпнул из большого количества научно-методической литературы.

Пятый (основной) способ: снятие боли через движение

Известно из физиологии, что мышечная ткань обладает собственными механизмами обезболивания. Необходимо лишь научиться их включать.



От описания вспомогательных методов лечения перейдем к описанию основных методов снятия боли без лекарств, принятых в кинезитерапии.

Упражнение 1 (см. фото 37 а, б)

При острой боли в спине необходимо делать любые движения, которые позволяет тело. Главное — не быть пассивным. Одно из лучших упражнений в домашних условиях ходьба на четвереньках. Каждое движение делать на выдохе «Ха-а», при этом старайтесь максимально растягивать шаг — рука — нога!



Фото 37 а



Фото 37 б



Кроме того, если при острых болях в спине вы примете исходное положение, встав на колени и подставив под живот табурет или пуфик, вы сможете выполнять дела домашние — готовить салаты, стирать вручную мелкие вещи в тазике, стоящем на полу, и т.д.

**При острой боли в спине необходимо
делать любые движения, которые
позволяет тело.**

Кстати, это и психологически важный момент, так как вы не чувствуете себя беспомощным. Есть, правда, категория людей, которую психотерапевты называют ипохондриками, то есть теми, кто живет болезнью. К сожалению, лечить таких пациентов очень трудно.

Упражнение 2 (см. фото 38 а, б)

Отжимания от пола. Это одно из отвлекающих упражнений, помогающее «выйти из тела болевой энергии» (можно отжиматься от стула, от кровати, от стола).

Любая болезнь — это тоже энергия. Но со знаком «минус». Чем тяжелее болезнь, тем плотнее ее энергия. Эта энергия похожа на вихри, которые селятся в пораженных областях организма, как правило, в суставах. Недаром пожилые люди чувствуют скованность и боли в суставах при изменении погоды или атмосферного давления. Таким образом, помимо восстановления мышц и связок с помощью соответствующих упражнений необходимо выпустить «черную энергию». Для этой цели и служат отвлекающие упражнения, то есть те, которые больной может выполнять даже в остром периоде. При выполнении отвлека-



ющих упражнений работают и периферийные по отношению к основному центру боли суставы, и «больная» энергия выходит через эти суставы. Я назвал это «правилом форточки». То есть, выполняя такие упражнения, мы как бы «включаем вихревую отдушину» суставов или открываем «форточки» организма.



Фото 38 а



Фото 38 б



Энергия болезни тоже борется за право существования в том теле, в котором она поселилась. И ее надо изгнать из тела, выпустить... А сделать это можно только через здоровые суставы, заставив их работать при болях в теле или спине. Но на любое действие, направленное на изгнание болезни движением, организм может реагировать болью в других участках тела, даже не затронутых движениями. Надо терпеть и продолжать выполнять обезболивающие упражнения! Боль пройдет! Кстати, лекарства, в отличие от ходьбы на четвереньках, питают энергию болезни. И когда организм не справляется с токсинами лекарств, он мстит человеку аллергиями и прочими явлениями, описанными в аннотации к лекарствам в графе «Побочное действие».

Энергия болезни тоже борется за право существования в том теле, в котором она поселилась. И ее надо изгнать из тела, выпустить... А сделать это можно только через здоровые суставы, заставив их работать при болях в теле или спине.

Можете посчитать это за аллегория. Но я сторонник естественного исцеления и природу считаю своим другом. Человек — часть природы! Значит, он тоже живет ее законами. Если ты общаешься с природой как с другом, она помогает тебе. Ведь если человек нездоров, то любые колебания в энергетике земли и неба он ощущает всем своим телом (метеопатия). Просто надо уметь понимать эту информацию. Боль — это один из видов такой информации.

Помните приведенную мной цитату Р. Баха: «Тело — это мысль». Не надо бояться своего тела. Чем больше с ним общаешься как с помощником и другом, тем больше информации



тело дает о себе. Если не заниматься им, не следить за ним, тело рано или поздно задавит все хорошее, что было в жизни человека, так как во время болезни человек ни о чем, кроме болезни, думать не может. Я знаю. Я работал в доме престарелых... Я видел, как разрушенное физическим бескультурьем тело разрушает все. И самое святое — память об этом человеке...

Трудно лечиться естественными методами, но после выздоровления человек, прошедший подобный курс, ощущает поистине целую гамму чувств радости и самоуважения.

А для начала выздоровления (если речь идет о болезнях, связанных с позвоночником) необходимо включить в данный процесс те суставы, которые еще могут работать.

Ходьба на четвереньках один из множества подобных приемов. Главное, не бойтесь боли, не бойтесь своего тела, «общайтесь» с ним, как с больным другом. Правила и принцип общения я вам объяснил. Нельзя делать только неестественные при этом заболевания движения — прыгать, ударять по спине руками (мануальная терапия) и разного рода приспособлениями (некоторые целители пускают в ход молоточки и прочие «ударные» инструменты).

Любое естественное и, главное, простое движение помогает восстановить связь между центром и периферией человеческого тела (центральная и периферическая нервные системы), которая частично, конечно, нарушается грыжей МПД, вернее, этой выпавшей из движения зоной позвоночника. Восстанавливая данную связь, человек словно уподобляется ребенку — заново учится ходить. Дети же вначале лучше передвигаются на четвереньках. Здесь действует принцип «от простого к сложному».

Может быть, мои доводы покажутся кому-то ненаучными, но, как я уже сказал, лечение хронических заболеваний протекает по другим законам, нежели принятое ортодоксальной медициной лечение лекарственными препаратами. Лучший судья — результат.



Ведь и на проблему лечения лекарственными препаратами хронических заболеваний можно посмотреть глазами врача-естественника. А с этой точки зрения, основание для назначения препаратов при любой болезни с целью исцеления ошибочно, ибо не могут химические (то есть искусственные) вещества вылечить естественную (не искусственную) биологическую систему под названием «человек»!

Неотложная медицина есть и будет. Она необходима, и ее задача — вывести человека из критического состояния, когда он неспособен управлять собой. Но что касается лечения хронических болезней, то здесь действует другой принцип: «тот, что излагают основатели естественного исцеления, и тот, которому посвящена эта книга».

К. Джеффри, один из сильнейших теоретиков в понимании естественного выздоровления, в своем труде «Диалектика и здоровье» так сформулировал основные принципы естественного лечения:

1. «...исцеление есть естественное явление, которое происходит автоматически, когда условия являются благоприятными».

Благоприятные условия надо создать, и только тогда исцеление происходит автоматически. Кинезитерапия создает основные естественные условия существования суставам, связкам, мышцам, восполняя дефицит вращений и напряжений, возникающий у взрослого человека в условиях города, с помощью специальных тренажеров (МТБ).

2. «Исцеление осуществляется независимо от того, понимаем мы этот процесс или нет и осознаем или не осознаем». Очень важная мысль для тех, кто лечит. Их основная задача — создать условия лечения и проследить на первом этапе правила их выполнения. Чаще всего больной не сразу



понимает суть лечения, поэтому для него важен сам процесс участия в собственном выздоровлении.

3. **«Исцеление происходит без вмешательства любого внешнего вещества, внешней силы или воздействия».** Как не вспомнить здесь о лекарствах и лучевой физиотерапии! Хотелось бы добавить: внешнее «неестественное» воздействие непрогнозируемо, оно может стать разрушительным. Это трудно предугадать и просчитать. Так, электрические и магнитные воздействия могут разрушать капиллярную систему поперечно-полосатой мускулатуры и отрицательно влиять на соединительную ткань, в то время как русская баня оказывает естественное контролируемое воздействие, как раз и восстанавливающее капиллярное русло этих тканей при чередовании температур.

Передозировка исключена, так как сердечно-сосудистая система активно реагирует на тепловые воздействия и воздействия холодом.

4. **«Вне человеческого организма нет никакой целительной силы».** Ни лекарства, ни колдуны и экстрасенсы с амулетами не помогут человеку, так как мышечная система подчиняется только сознанию. Назначение оперативного лечения при грыже МПД человеку 60 лет, имеющему хронические заболевания позвоночника, если не преступление, то — не лечение, это уж точно, и связано это с тем, что любое хроническое заболевание затрагивает целую систему тканей и органов, прилегающих к очагу болезни.

Природу можно лечить только с помощью самой природы. Другого пути нет. Так и хочется сказать «Не спрашивайте в аптеках» в ответ на рекламу в телевизоре.

Вернемся к упражнениям, помогающим бороться с острыми болями в спине силами собственного организма, не прибегая даже к специальным тренажерам, используемым для этих целей в современной кинезитерапии.



Упражнение 3 (см. фото 39 а, б, в, г)

И. П.: лежа на спине, ноги согнуты в коленях, стоят на полу, руки за головой сцеплены в замок, локти направлены в стороны. Голени можно положить на диван (стул). На выдохе (опять же «Ха-а», но порезче) стараться локтями коснуться коленей, но необязательно, главное — оторвать лопатки от пола и локтями направлять к коленям. Желательно добиться общего числа повторений 100 раз, но не подряд, а сериями (5 раз по 20, или 10 раз по 10). Общее число повторений можно увеличивать (я люблю цифру 400) до жжения в мышцах брюшного пресса. Подбородок постоянно прижат к груди. Это упражнение можно выполнять поочередно с предыдущим. Основная задача — разблокировать мышцы грудного отдела позвоночника. Когда боль станет менее интенсивной, можно усилить эффект обезболивания за счет растягивания дополнительных мышечных групп спины, выполняя более длинные, растягивающие упражнения. Для этого необходимо лечь на компресс со льдом и стараться достать правым локтем левое колено, левым — правое, не менее 15—20 повторений.

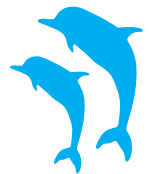
*Фото 39 а*



Фото 39 б



Фото 39 в



*Фото 39 г***Упражнение 4 (см. фото 40 а, б)**

И. П.: лежа на спине, ноги согнуты в коленях, руки вдоль тела. Стараться на выдохе максимально поднять таз, выгибая тело, и опускать в исходное положение.

Разного рода вращения и скрутки при грыже позвоночника с болевым синдромом в острой стадии не рекомендую. Возможны лишь упражнения по осевой линии тела. В дальнейшем, естественно, их арсенал будет расширяться.

Бывают ситуации, когда и эти простые, на первый взгляд, упражнения невозможны из-за низкого болевого порога. В таких случаях рекомендую сложить мокрую холодную простыню узкой полосой (лучше проложить ее кусочками льда, измельченными в крошку) и лечь позвоночником на нее, согнув ноги в коленях. Не ждите мгновенных результатов полного обезболивания, но снижение интенсивности болей и восстановление





Фото 40 а

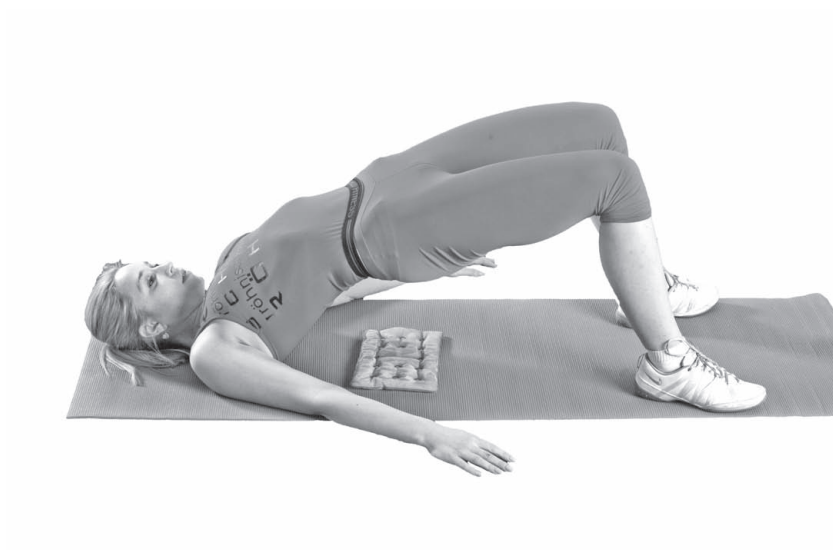


Фото 40 б



даже незначительной подвижности позвоночника говорят о том, что вы на правильном пути. Лучше медленно, но качественно избавляться от боли, восстанавливая полноценность опорно-двигательного аппарата, чем создавать иллюзию выздоровления вследствие химической блокады проводящих нервных путей.

Как лечить грыжу позвоночника без лекарств?

Такой вопрос был бы абсолютно правильным, так как я предлагаю использовать тренажеры именно для лечения, то есть не только для снятия боли, но и для действительного исчезновения грыжи, которое фиксируется на МРТ после курса кинезитерапии.

Для лечения в домашних условиях рекомендую многофункциональный тренажер со свободной геометрией движения МТБ 1—2. Он не занимает много места в квартире, крепится у стены. Я принципиальный противник тренажеров под кроватью, то есть тех, которые можно после выполнения упражнений засунуть под кровать или в кладовую комнату. Пару раз разберешь такой тренажер, а на третий станет лень доставать из-под кровати. Наш тренажер под кровать не засунешь, в то же время мимо него пройти равнодушно невозможно: всегда захочется выполнить какое-нибудь упражнение. Я могу предложить некоторые из более чем 60 упражнений, выполняемых при лечении грыжи межпозвоночных дисков. Их можно выполнять в разной последовательности. Единственное, на что я хочу обратить внимание, — это на правильное чередование основных мышечных групп. Два



дня подряд задействовать одну и ту же мышечную группу в большом объеме не рекомендую. Поэтому я разделю все упражнения по «этажам»:

1-й этаж — пояс нижних конечностей (ноги, ягодицы);

2-й этаж — мышцы спины, груди, живота;

3-й этаж — пояс верхних конечностей (трапециевидная мышца спины, дельтовидная мышца и малые грудные).

Лечение грыжи межпозвонкового диска C4-C5-C6 шейного отдела позвоночника

Клинические проявления: онемение, слабость мышц сгибателей и разгибателей верхних конечностей, потеря чувствительности рук, слабость и гипотрофия пояса верхних конечностей, боли различной степени в области затылка и подзатылочной области, нередко сопровождающиеся тошнотой и головокружением с напряжением мышц шейного отдела позвоночника. Встречаются грыжи шейного отдела позвоночника и без ярких клинических признаков.

Мышцы спины разделяются на поверхностные и глубокие. Первые из них наиболее важны при движениях верхних конечностей, вторые в основном определяют движения позвоночного столба. Работа с поверхностными мышцами наиболее простая и доступная. Как правило, именно эти мышцы используются в большинстве методик ЛФК. Задача кинезитерапии — через работу поверхностных мышц подобраться к глубоким мышцам и заставить их функционировать одновременно с поверхностными. Только в таком случае возможно восстановить питание межпозвонкового диска. Но чтобы достичь проработки глубоких мышц, требуются время и усилия самого занимающегося. Восстановить питание дисков за одно или три занятия невозможно в принципе, так как это идет вразрез с



физиологией соединительной ткани. Именно поэтому различные методики, обещающие за один сеанс восстановление поражения позвоночника, несостоятельны и даже вредны. Только труд и постепенность физических воздействий определяют успех лечения.

К мышцам, отвечающим за питание шейного отдела позвоночника, относятся трапециевидная мышца, мышца, поднимающая лопатку, ременная мышца головы, мышца, выпрямляющая туловище, и ременная мышца шеи. Остальные мышцы прилегающих областей носят второстепенный характер. Перечисленные выше мышцы отвечают за кровоснабжение верхней части туловища. Например, при работе трапециевидной мышцы улучшается нервная проводимость по ходу этой мышцы и ее кровоснабжение. Если не работает трапециевидная мышца, то ухудшается нервная проводимость по ходу этой мышцы и кровоснабжение, за которое эта мышца отвечает.

Грыжи шейного отдела позвоночника — это, прежде всего, заболевания, связанные со статичным положением пояса верхних конечностей, с его малоподвижностью, а также со слабыми мышцами этого этажа тела (это заболевание наиболее часто встречается у ювелиров, программистов, скрипачей, бухгалтеров). Как показывает практика, люди этих и других подобных профессий неспособны подтянуться на перекладине после 35—40 лет хотя бы 10—12 раз. А то и вообще ни разу. Если к этому добавляются еще плечелопаточный периартрит, то есть боли в плечевом суставе при поднятии руки, то даже попытаться подтянуться на руках пациент не может. В случае неиспользования этих мышц развивается атрофия — состояние декомпенсации тканей (характерно для очень пожилых людей). Поэтому мышцы, которые должны подтягивать тело, необходимо восстанавливать. Для этого можно использовать



следующее упражнение.¹⁹ Обращаю ваше внимание на то, что при выполнении упражнений необходимо делать выдох в фазе максимального напряжения.

Упражнение

«Верхняя тяга» (см. фото 41 а, б)

а) И. П.: сидя на полу или

б) И. П.: сидя на скамье лицом к тренажеру, упор ногами в ножки тренажера, тяга руками с верхнего блока за короткую рукоятку к груди на выдохе. В нижнем положении рук, прижатых к грудной клетке, при этом можно увеличить амплитуду движения, опустив спину до касания с полом. В верхнем положении руки до отказа выпрямлены, при этом спина является продолжением прямой линии с руками.



Фото 41 а





Фото 41 б

в) И. П.: лежа на полу, головой к тренажеру на расстоянии чуть больше вытянутых за голову рук, хват руками за рукоятку. Тяга на выдохе с нижнего блока за голову, слегка ее приподнимая в конечной фазе движения (этот вариант упражнения для тех, кто не может сидеть).

Лечение грыжи межпозвонкового диска L3-L4, L5-S1 поясничного отдела позвоночника

Прежние (устаревшие) названия подобного заболевания: радикулит, ишиас, люмбоишиалгия.

Обратимся к лечению наиболее распространенных болей в спине и в поясничном отделе. Клинические проявления: боли, острые или хронические, в поясничном отделе позвоночника на фоне гипертонуса и ригидности мышц поясничного отдела позвоночника, с распространением боли по нижним конеч-



ностям, с онемением последних или выраженной болевой чувствительностью по ходу седалищного нерва. В запущенных состояниях вплоть до нарушения функции тазовых органов.

Объяснение болей в нижней части спины корешковым синдромом несостоятельно в силу чисто анатомических особенностей. Доказано, что «спинномозговые нервы одноименного сегмента в межпозвонковом отверстии не могут быть ущемлены ни выпяченным диском, ни его заднебоковой грыжей, даже если она доходит до задней стенки межпозвонкового отверстия, ни в случае даже полного дистрофического истончения диска при остеохондрозе».

Мощнейшая анатомическая зона, отвечающая за иннервацию, кровоснабжение и функциональность всей спины, — мышца, выпрямляющая позвоночник. Это самая мощная и длинная мышца, заполняющая на всем протяжении спины углубления по бокам от остистых отростков до углов ребер.

Именно блоки, то есть спазмы отдельных мышечных пучков, в ее отделах (шейном, грудном, поясничном) вызывают острейшие боли в спине. Для избавления от этих болей в поясничном отделе необходимо проработать эту мышцу, то есть снять спазмы, с помощью упражнения «**Нижняя тяга**» (см. фото 42 а, б).

И.П.: сидя на полу или универсальной скамье лицом к тренажеру, ноги слегка согнуты в коленях, пятками упираются в ножки тренажера (каблуки). Тяга руками к животу с нижнего блока за короткую рукоятку с одновременным отклонением туловища назад на выдохе. В конечной точке спина прямая. Это упражнение позволяет, с одной стороны, максимально растягивать длинную мышцу спины, а значит, и позвоночник, а с другой — при максимальном отклонении спины назад происходит ее сокращение. Поочередное выполнение этих двух движений позволяет восстановить кровообращение в нижней части спины, а значит, снять боль. И еще. Возможно, первые



три-четыре повторения этого упражнения вызовут болезненные ощущения в растягиваемой мышце спины.

Но было бы большой ошибкой ограничиться только тяговыми упражнениями для мышц спины. Вся сложность лечебного процесса по правилам кинезитерапии заключается в адекватном подборе комплекса тренажеров, ориентированных на единую кинематическую цепочку «позвоночник — таз — ноги». Так как при блокаде глубоких мышц позвоночника ухудшается кровообращение и иннервация мышц ног (подчеркиваю: не прерывается, а именно ухудшается) и дистрофический процесс проходит незаметно в течение порой нескольких лет, то при поступлении пациента в клинику часто наблюдаются глубокие структурные гипотрофические изменения не только мышц нижней части спины, но и большой ягодичной и мышц нижних конечностей. К последним прежде всего следует отнести двуглавую мышцу бедра. Добиться этого можно, выполняя базовую программу для мышц нижних конечностей.

Сила мышц задней поверхности бедра, основной из которых является бицепс бедра, должна соответствовать способности выполнения тяговой нагрузки, соотносимой не менее чем с половиной веса тела (то есть при весе 100 кг любой человек в любом возрасте должен тянуть 50 кг двумя ногами, 25 кг — одной ногой). Естественно, чем лучше силовая характеристика этих мышц, тем лучше кровообращение в поясничном отделе позвоночника, тем больший запас здоровья имеет человек. Многолетняя практика доказала правоту этих выводов. Причем в случае лекарственного избавления от болей в нижней части спины человек не может считать себя здоровым, если неспособен выполнять такую тяговую нагрузку. Период, за который происходит восстановление этих параметров, строго индивидуален.

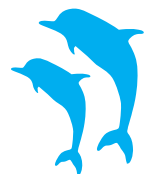




Фото 42 а



Фото 42 б

Упражнение**«Бицепс бедра» — МТБ 1 (см. фото 43 а, б)**

Поставьте универсальную скамью напротив тренажера.

И. П.: упор коленом одной ноги в пол, другая нога лежит поперек скамьи с упором бедра над коленом, прямая, локти упираются в пол. Тяга ногой, лежащей на скамье с нижнего блока, максимально сгибая ее в коленном суставе на выдохе.



Вес отягощения подбирается так, чтобы это упражнение можно было выполнить 12—15 раз.

Описанные упражнения необходимы для восстановления силы мышц бедра, но также необходимы упражнения для восстановления длины мышц бедра. К ним относятся **«Тяга прямой ногой»** с верхнего блока из исходного положения лежа на спине, головой к стойке (см. фото 44 а, б). Рекомендуемое количество повторений этого и последующих упражнений — 15—20 раз.



Фото 43 а



Фото 43 б





Фото 44 а



Фото 44 б



Следующее упражнение «**Тяга приводящими мышцами**» с верхнего блока из исходного положения лежа на боку головой к стойке (см. фото 45 а, б).

Кроме того, рекомендую выполнять упражнения, разгружающие крупные суставы нижних конечностей. Например, «**Тяга колена к животу**» с верхнего блока стоя на другом колене (см. фото 46 а, б). Необходимо также выполнять упражнения, разгружающие позвоночник, и прежде всего его поясничный отдел. Одним из таких упражнений является «**Тяга коленей к животу**» с верхнего блока из положения лежа на спине ногами к тренажеру (см. фото 47 а, б).

К этой серии упражнений можно отнести и «**Березку**», то есть тягу двумя ногами с верхнего блока из исходного положения лежа на спине головой к тренажеру до касания пола спиной и пятками (см. фото 48 а, б). Для более подготовленных людей рекомендую выполнять ту же самую тягу двумя ногами, но с нижнего блока («**Плуг**»). Конечной стадией упражнения считается касание пола тазом с фиксацией ног под углом 45° над полом (см. фото 49 а, б).

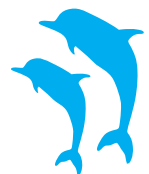
Итак:

1. Избавление от грыжи позвоночника, связанной с болевым синдромом и, как следствие, потерей полноценной трудоспособности, следует рассматривать в едином контексте с восстановлением силы и эластичности (антропометрического соответствия конституции тела) мышц спины и ног.

2. Основной причиной болей в спине является несостоятельность кровообращения в глубоких мышцах позвоночника (а именно: мышцы, выпрямляющей позвоночник), на состояние которых влияет образ жизни человека.

3. Критерием полноценного выздоровления является возможность выполнения любых упражнений без боли с нормативами, соответствующими физической достаточности.

Вышеописанные упражнения следует выполнять ежедневно или через день до полного выздоровления.



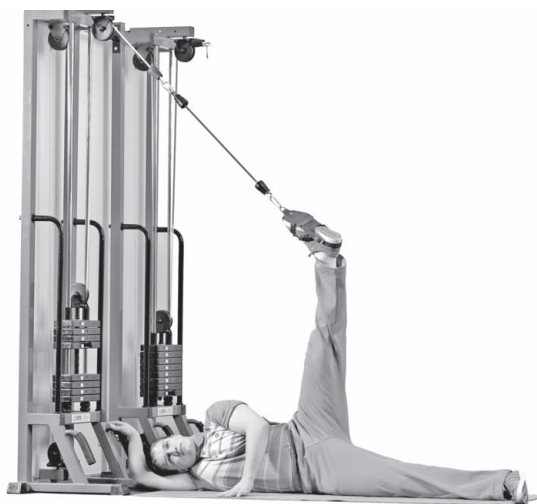
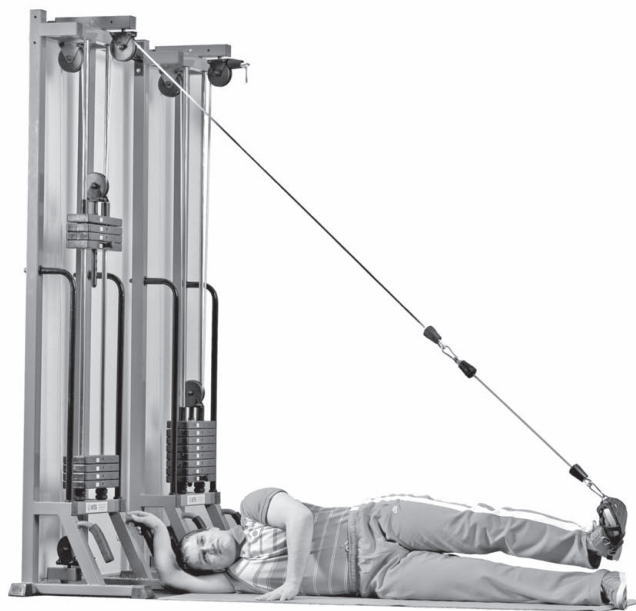
*Фото 45 а**Фото 45 б*



Фото 46 а

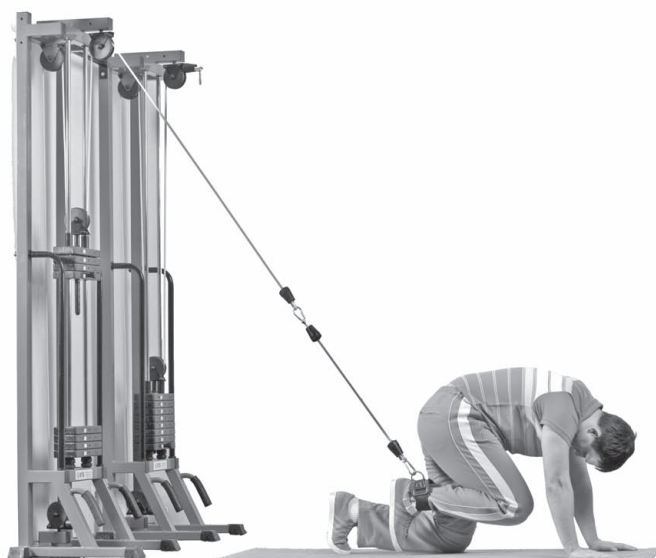


Фото 46 б





Фото 47 а

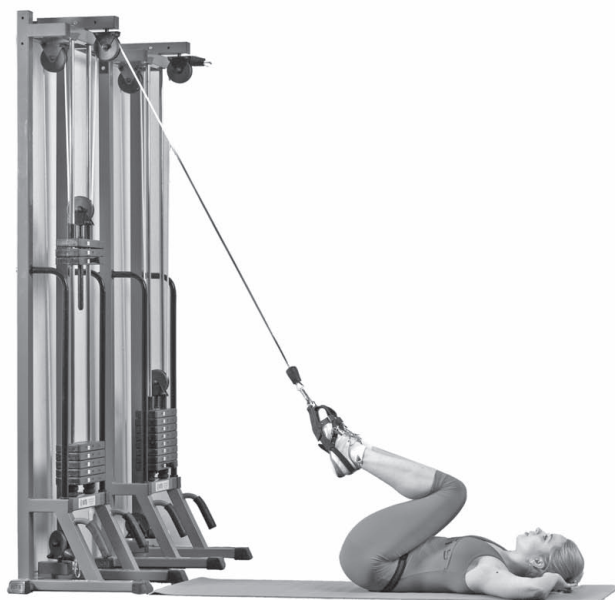


Фото 47 б



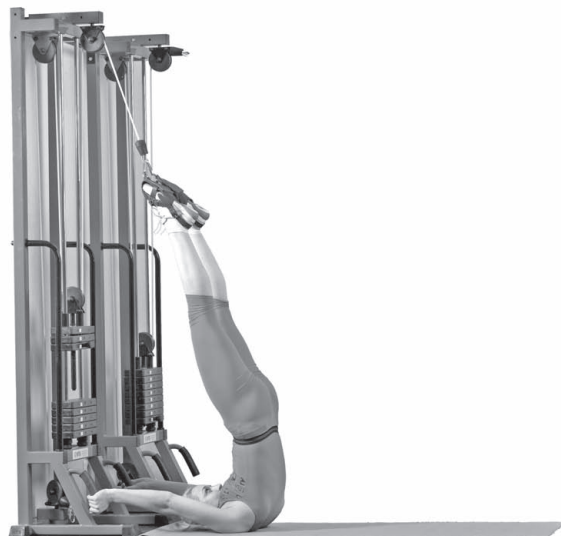


Фото 48 а

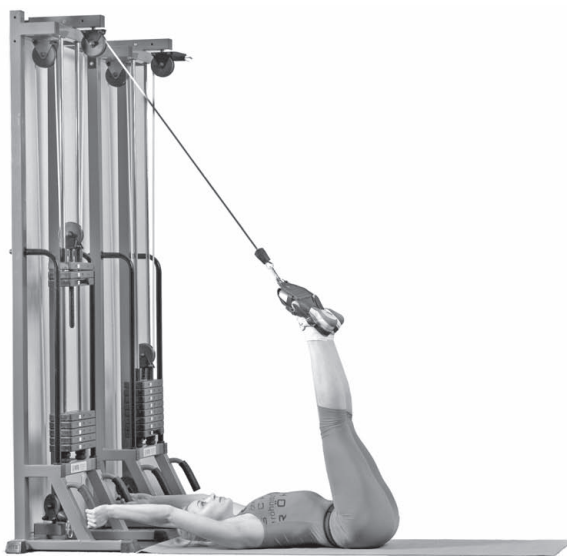


Фото 48 б



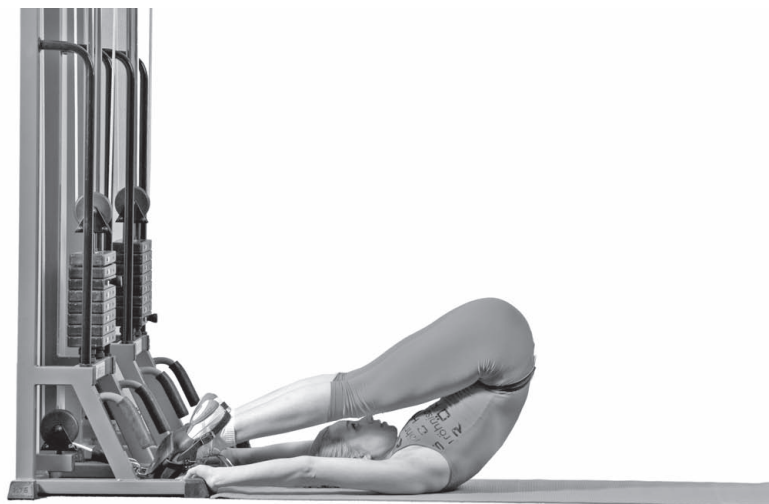


Фото 49 а

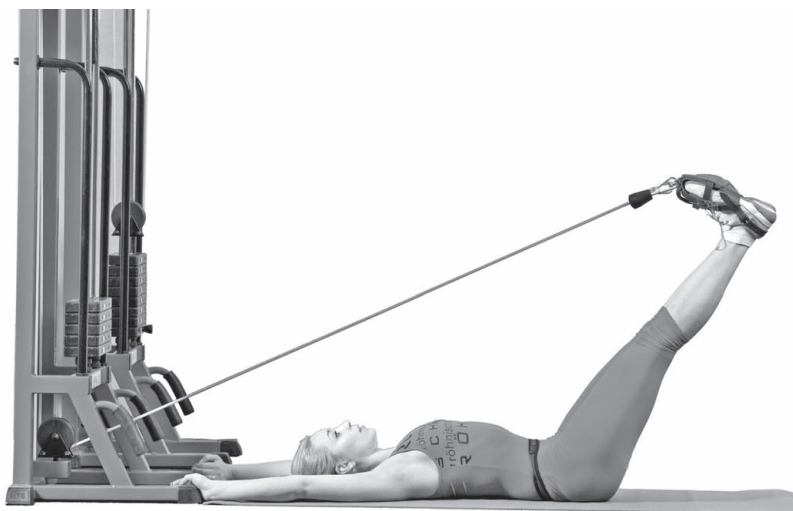


Фото 49 б



Лечение грыжи позвоночника на открытом воздухе

Незаменимым снарядом (тренажером) для лечения грыжи позвоночника является турник (для подготовленных людей). Общепринятое мнение, что помогают простые висы, ошибочно. Если и помогают, то только непосредственно во время выполнения этого упражнения. Но надо и на землю встать. И именно в момент обретения опоры под ногами эффект от вытяжения моментально исчезает. Сами по себе висы, а также принятые в медицинской практике сухие и подводные вытяжения со временем ослабляют тело, так как не используется основная функция соединительной ткани, способствующая восстановлению нормального кровообращения и микроциркуляции, — мышечный насос. То есть без силовых подтягивающих и растягивающих упражнений искусственное вытяжение, или висы, может резко ухудшить состояние больного. Вплоть до паралича нижних конечностей. Поэтому, дабы избежать подобных реакций, необходимо статичные вытяжения сделать динамичными, например не просто висеть на перекладине, а стараться в висе поднимать и опускать согнутые в коленях ноги как можно выше, на выдохе, несмотря на боль. Про сухие и подводные вытяжения лучше забыть в связи с реальной возможностью получения осложнений.

Что делать, если боль в спине застала в пути?

Мне часто задают этот вопрос водители-дальнобойщики, зная мой опыт участия в ралли «Париж — Дакар».

Отвечаю. Естественные обезболивающие упражнения, кото-



рые прекрасно зарекомендовали себя на различных ралли по бездорожью, в которых мне довелось участвовать.

Что же это за упражнения? Каждые 2—3 часа, в крайнем случае 4, водитель должен выходить из машины и, создав неподвижную опору для ног, взявшись руками за какую-то прочную деталь кузова, постараться растянуть позвоночник и ноги, сделав упражнение «складной нож», то есть выпрямляя ноги и руки, согнуть туловище как можно больше, стараясь опустить таз как можно ближе к земле на продолжительном выдохе «Х-х-а-а» (не путать со словом «ой»). После этого, выпрямившись и поставив ноги как можно шире плеч, поверните туловище к любой ноге, при этом впереди стоящая нога смотрит носком вперед, а стопа другой ноги стоит ей перпендикулярно. Медленно, на выдохе, наклониться вперед (руки при этом скользят по ноге), стараясь коснуться руками земли возле впереди стоящей ноги. Ногу ни в коем случае не сгибать в коленном суставе, даже чуть-чуть. При этом вы можете ощущать болезненность по задней поверхности ноги и в области поясничного отдела позвоночника. Не бойтесь этого. Медленное выполнение данного упражнения на выдохе или нескольких выдохах за одно движение не может ничего ущемить и ухудшить. Эти упражнения я называю декомпрессионными. Они являются хорошей профилактикой как для предотвращения острых болей в спине, так и для избавления от этих болей. Но в каждом случае упражнения вызывают болезненность. И чем запущеннее ваша спина, тем труднее выполнять упражнение. Я часто говорю: «Боль — это друг, только со знаком минус». Если не будет боли, которая предупреждает человека о какой-то поломке в организме, то человек может погибнуть. В то же время, умея пересилить боль, можно не только вылечить самые тяжелые заболевания, но и укрепить тело и дух, избавившись от необходимости принимать обезболивающие таблетки.



Хочется отметить, что боли в спине могут возвращаться после длительных сидений, но при выполнении профилактических упражнений с каждым разом боли будут снижать свою интенсивность и остроту. Если есть возможность перед длительной поездкой позаниматься на турнике, то одно из лучших упражнений — подъем прямых или согнутых в коленях ног до касания носками перекладины («полусклекка»). Ноги поднимаются на выдохе, несмотря на боль. Больно делать только первые 2—3 движения. Хотелось бы к этому добавить, что отлично помогает снять боль баня или сауна по правилам русской бани после упражнений, и не сама по себе, а с обязательным охлаждением тела до захода в парилку и обязательным окунанием с головой после выхода из парилки.

В отношении холодных ванн тоже придумано много мифов, одним из которых является якобы возникающий от холодной воды простатит. Но простатит — это отнюдь не переохлаждение предстательной железы, а застой в мышцах промежности. Простатит также является профессиональным заболеванием водителей-дальнобойщиков. Для предотвращения простатита и его профилактики я бы рекомендовал перед длинной поездкой или сразу после нее глубокие приседания, при этом руки поднять вверх. Для достижения нужного эффекта надо присесть не менее 100 раз. Вставать после приседания, опять же делая выдох «Ха-а». Приседания улучшают венозный отток крови от нижних конечностей и тем самым поддерживают нормальное кровообращение в мышцах промежности, что и является основной профилактикой простатита.

И еще. Хотелось бы порекомендовать водителям-дальнобойщикам регулярно заглядывать в тренажерный зал с целью поддержания хорошего мышечного тонуса, который необходим для профилактики заболеваний, появляющихся при долгих неподвижных позах. К группе этих заболеваний можно



отнести головные боли, повышенную утомляемость, раздражительность, заболевания крупных суставов, гипертоническую болезнь, геморрой и ряд других.

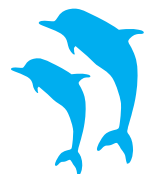
Меня часто упрекают в категоричности своих суждений, касающихся общепринятых методов лечения опорно-двигательного аппарата, но я придерживаюсь именно этих взглядов на протяжении уже более 30 лет, и не было случая, чтобы я разочаровался в своем убеждении. Хочу привести сравнительную характеристику некоторых общепринятых медицинских понятий, которые трактуются группой ортодоксальных врачей и специалистами естественного лечения, прежде всего, кинезитерапевтами.

ТАК ТРАКТУЮТ ОРТОДОКСЫ	ТАК ТРАКТУЮТ КИНЕЗИТЕРАПЕВТЫ
Позвоночник	
Позвоночник — осевая часть скелета. Термин «остеохондроз» образован от двух корней — «кость» и «хрящ». Однако ни кости, ни хрящи болевых рецепторов не имеют, значит, «остеохондроз» — не болезнь, а состояние позвоночника	Позвоночник — это система суставов, основными амортизаторами которых являются межпозвонковые диски, их структура поддерживается 23 мобильными единицами — короткими мышцами и связками
Грыжа межпозвонкового диска (МПД)	
Выпадение пульпозного ядра за пределы фиброзного кольца. Является причиной болей в спине и, как правило, подлежит хирургическому удалению	Часть разрушенного дистрофическим процессом межпозвонкового диска, являющегося показателем ишемии паравертебральных тканей, а не причиной боли и утраты трудоспособности. После восстановления кровообращения в зоне дегенеративного МПД снимается воспаление, отек, и эта часть уже несостоявшегося диска лизируется, т.е. рассасывается, и элиминируется (выводится) системой фагоцитирующих макрофагов (клеток иммунной системы), что доказывается на контрольных снимках после проведенных сеансов кинезитерапии



продолжение

ТАК ТРАКТУЮТ ОРТОДОКСЫ	ТАК ТРАКТУЮТ КИНЕЗИТЕРАПЕВТЫ
Секвестральная грыжа	
Угрожает потерей функций тазовых органов, потерей подвижности, а потому подлежит безотлагательному оперативному удалению	Этап лизирования выпавшего фрагмента диска. Не представляет угрозы для организма из-за мощнейшей задней продольной связки позвоночника
Боль	
Основной объект, на устранение которого направлены все средства и способы лечения. Устраняется с помощью медикаментозных анестезирующих средств, физиотерапевтическими методами, реже — с помощью мануальных воздействий	Способ информации центральной нервной системы о нарушениях в периферических отделах. В 95% случаев может быть устранена естественными способами без применения анестезирующих средств, которые тормозят процесс выздоровления
Нагрузка	
Любое активное движение, а также длительное сохранение статической позы, наклоны туловища, подъем «тяжестей» свыше 3—5 кг. Занятия спортом и прочие виды «экстремальной» активности не рассматриваются, ибо любое увеличение двигательной активности приводит к обострению заболевания	Воздействие веса детренированного (потерявшего мышечную константу) тела на осевые узлы позвоночника (C5-C6; L4-L5; L5-S1), тазобедренные, коленные и голеностопные суставы. При снижении правильной двигательной активности нагрузка возрастает с каждым годом и проявляется в виде нарушений осанки, походки, в виде ограничения свободы как активных, так и пассивных движений
Тренажер	
Применяется только в спортивной медицине (реабилитации). Для обычной категории больных весьма ограниченно применяется в практике ЛФК, на нем занимаются пациенты, не испытывающие	Основное средство локального дозированного воздействия на отдельные зоны ОДА с целью восстановления кровообращения, снятия боли и восстановления утраченных функций. Не является средством нагрузки, так как



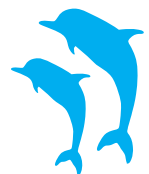
продолжение

ТАК ТРАКТУЮТ ОРТОДОКСЫ	ТАК ТРАКТУЮТ КИНЕЗИТЕРАПЕВТЫ
боли и находящиеся в состоянии уверенного выздоровления	используется с детренированными и физически ослабленными пациентами даже (тем более!) при наличии острого болевого синдрома
Ортопедический корсет	
Одна из основных рекомендаций для пациентов, прошедших курс лечения в неврологическом отделении клиники. Обязателен для постоянного ношения и призван обеспечивать поддержку позвоночника	«Пассивный протез» или средство для нарушения экскурсии (поднимания и опускания) диафрагмы, снижения тонуса мышц брюшного пресса и нижней части спины. Применение корсета вызывает ухудшение перистальтики кишечника, смещение внутренних органов и ведет к инвалидности. Не выполняет функцию защиты от неадекватной нагрузки
Русская баня	
Развлечение для здоровых. Ведет к перегреву организма. Категорически противопоказана людям с гипертонической болезнью, сердечной недостаточностью, имеющим миомы, мастопатии, аденомы. Женщинам после 40 лет не рекомендуется даже при отсутствии перечисленных заболеваний	...или сауна с применением правил русской бани — естественный фактор очищения капилляров тела от продуктов катаболизма. При правильном применении не является противопоказанием при таких заболеваниях, как: — хронические неспецифические заболевания легких, включая бронхиальную астму; — хронические ревматические заболевания вне обострения; — нарушения периферического кровообращения, артериальная гипертония, гипотония; — варикозное расширение вен; — облитерирующий эндартериит; — нарушение функции яичников;



продолжение

ТАК ТРАКТУЮТ ОРТОДОКСЫ	ТАК ТРАКТУЮТ КИНЕЗИТЕРАПЕВТЫ
	<p>— хронические заболевания внутренних половых органов;</p> <p>— беременность вплоть до родов;</p> <p>— псориаз.</p> <p>Саунотерапия применяется в кинезитерапии после специальной подготовки тела и заканчивается криовоздействием (погружением в холодную ванну с температурой воды до +6°C), что является несомненной пользой для тонуса сосудов и очищения организма</p>
Радиккулит	
<p>Часто встречающийся симптомокомплекс, явившийся результатом переохлаждения или физической перегрузки, а также сочетания этих двух факторов</p>	<p>Никогда не являлся следствием переохлаждения организма, хотя внешнее воздействие холодом может выявить зоны ишемии паравертебральных тканей, чаще всего находящиеся в зоне C5-C6-L4-L5-S1. Поэтому криотерапия (лечение дозированным воздействием холодом) является одним из лучших естественных факторов снятия боли в спине и суставах</p>
Разогревающие мази	
<p>Средство обезболивания</p>	<p>Средство ухудшения кровообращения, увеличения зоны воспаления и отека в пораженной дистрофическим процессом зоне ОДА. Имитация медикаментозного обезболивания, отвлекающая по форме и ухудшающая состояние здоровья — по содержанию</p>
Лечение	
<p>Устранение боли = устранение жалоб пациента</p>	<p>Лечебные процедуры, назначаемые врачом с целью восстановления трудоспособности пациента без ограничений в трудовой деятельности, но с правилами профилактики предотвращения обострений хронического заболевания</p>

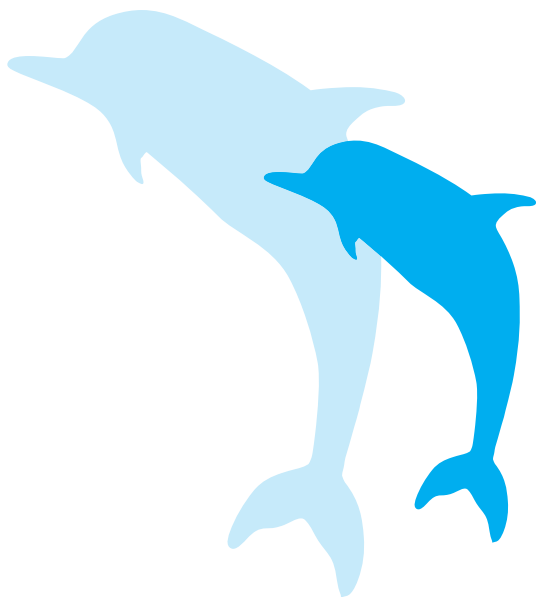


Окончание

ТАК ТРАКТУЮТ ОРТОДОКСЫ	ТАК ТРАКТУЮТ КИНЕЗИТЕРАПЕВТЫ
Обезболивание медикаментозное	
Основной вид и способ лечения	Назначается врачом для временного снятия боли с целью создания возможности выполнения пациентом лечебной программы для восстановления полной трудоспособности. Назначается в ситуациях, когда естественные способы обезболивания (криотерапия, гидротерапия, саунотерапия и др.) недостаточно эффективны. Медикаментозное обезболивание тормозит процесс естественного выздоровления и назначается только в крайних случаях

РАЗДЕЛ 3

ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ



ЧУДО И ПРОКЛЯТИЕ ЭНДОПРОТЕЗА СУСТАВА: за и против

Я осмотрел очередную пациентку 63 лет, приковылявшую ко мне с палкой в руке и жалующуюся на «боли в спине, остеохондроз, грыжи дисков, смещение позвонков, сужение канала, ущемление седалищного нерва» (все это она перечислила почти с порога) и серьезно воспринимающую все эти заклятые медицинские термины, которые представляли, в ее понимании, основных ее врагов.

И мне стало досадно (я не могу к этому привыкнуть до сих пор, занимаясь медициной более 30 лет), что она, эта женщина, входит в старость без здоровья только по одной простой причине — вовремя не выявленный коксартроз, который и принес все ее несчастья: от болей в спине до хромоты и малоподвижности. Коксартроз²⁰ намного тяжелее тех сопутствующих этой патологии диагнозов, относящихся к позвоночнику, которые эта пациентка мне перечислила.

Сколько же таких несчастных хромает по земле, таких, которым лечат позвоночник с грыжами, а то и заменяют позвонки и диски, вместо того чтобы вовремя выявить и вылечить болезни тазобедренного сустава (остеоартроз, остеоартрит, асептический некроз). Слишком позднее выявление коксартроза — это трагедия жизни. И дело не в том, что невозможно исправить данную ситуацию.



Вся проблема состоит в том, что эти люди оказываются неготовыми к активным действиям для выхода из болезни тазобедренного сустава (когда эта болезнь наконец-то обнаруживается). Не готовы ни морально, так как к этому моменту физически запущены, ни материально — все деньги ушли на лечение пресловутого остеохондроза позвоночника с грыжами дисков или без оных, но, как правило, всего лишь сопровождающего коксартроз.

Да! Выход есть! Правильно спланированное эндопротезирование!

Остеохондрозы, грыжи позвоночника и артрозы суставов — это «ржавчина» организма в местах плохо работающих суставов и позвоночника. И она постепенно «выедает до дыр» тело изнутри, в области крепления мышц и связок к суставам, оставляя снаружи лишь дряблую сморщенную оболочку!

Но у нас не учат профилактике здоровья. С утра до вечера во всех врачебных кабинетах при болях в суставах и спине выписывают обезболивающие и противовоспалительные таблетки, мази, компрессы. Включаешь телевизор, читаешь газету, и там все то же самое. К тому же каждый второй считает себя «белым и пушистым». Болит спина — мол, случайность. Скрипит сустав — не смертельно...

Все думается: завтра, потом. Вот подниму детей, сделаю все дела... И вдруг крах! А тебе всего лишь 60! Но ты уже не готов сражаться за свое здоровье. Воля погашена и отравлена лекарствами. По инерции продолжаешь верить в чудеса извне: в магов и экстрасенсов, в придуманные биоинженерами аппараты и массажные кушетки, но только не в свой организм. А тем временем все труднее подниматься по лестнице, надевать носки и даже ходить в аптеку. Какая уж здесь радость от старости? Что вы, доктор?!



Но надо жить! Надо уметь встретить старость и войти в этот самый долгожданный и, наверное, самый счастливый период жизни любого человека, уже прожившего огромную ее часть и познавшего ее, оставившего определенные результаты трудовой деятельности и выросших детей... Да! Все бы так, если бы... не коксартроз? Всего лишь один из 400 суставов, данных человеку на всю жизнь. Один сустав — и столько проблем.

**К старости надо готовить не столько
пенсию, сколько здоровье!
Большинство людей неготовы
к старости. Неготовы жить долго
и без болезней!**

Но для чего и зачем живет человек? Я думаю, что именно для старости. Копит деньги, строит дачу только для того, чтобы, выйдя на пенсию, наконец-то заняться своими грядками или выращиванием кроликов! И вдруг — БАЦ! И начинает осознавать: не могу!

К старости надо готовить не столько пенсию, сколько здоровье!

Большинство людей неготовы к старости. Неготовы жить долго и без болезней!

Не учили, не приучили! Все думалось, авось проскочу. Статистика продолжительности жизни в РФ удручающая. Кем-то отмечен срок ухода на пенсию — 60 лет. Дожить удастся. А что дальше? На каких ногах и с каким позвоночником? Есть к тому же еще и сердце — более слабый орган по сравнению с суставами. Вот вам и радость. Но я уверен: настоящая про-



дуктивность и осмысленность жизни начинаются после 60! Да простят меня ортодоксальные священнослужители! Рай и ад — это не жизнь после смерти! Это старость — как последний этап жизни. Да, он совпадает с возрастом 60 лет! Сумевших сохранить свое телесное и психическое здоровье ждет рай после 60! Не сумевших — ад!

В некрологах часто пишут: «После долгой и продолжительной болезни...» Вы хотите последние годы своей жизни долго и продолжительно болеть? Вопрос снимается, ибо ответ ясен. А духовность связана только с возможностью дарить окружающим свои знания, умения и опыт. **Сделать это может лишь сохранивший себя в себе!** Ответы на вопросы, как сохранить свое здоровье, вы найдете в этой книге.

Я расскажу вам свою историю, во многом горькую, во многом поучительную. Придумать такое невозможно!

ИСТОРИЯ МОЕЙ БОЛЕЗНИ: к счастью, уже история!

Я припарковал машину практически ко входу в здание. До своего кабинета оставалось 20 шагов, но до этого надо было еще выбраться из машины. Хорошо, что кресло в машине ортопедическое и я подогнал его под контуры своего тела. С левой ногой проблем нет, а вот с правой пришлось, как всегда, повозиться. Двумя руками я обхватил бедро и буквально выставил ногу наружу. Но и это еще не все. Крепко ухватившись за дверь машины, я вытащил тело и еще минут пять выпрямлял затекшую спину и скрученную правую ногу. Затем, сделав несколько первых мучительных шагов, я добрался до своего кабинета. Пот стекал по спине, но я радовался скорой встрече



с тренажерами, которые помогали мне снимать боли и возвращать уверенность. Ведь все эти годы были заполнены поиском панацеи от болей в спине и суставах.

* * *

Перед глазами стоял улыбающийся Джордж Кукер, мой пациент из Бостона (США). Однажды он пришел ко мне на прием в Центр кинезитерапии в Сокольниках. Я увидел здорового толстяка, переваливавшегося с боку на бок («характерная походка людей, страдающих заболеваниями суставов нижних конечностей»). Он пришел ко мне по совету друзей с жалобами на боли в спине, хотя достаточно долгое время проходил лечение в одной русско-американской клинике.

Принес огромный пакет снимков позвоночника (МРТ, Rg), на которых, естественно (ведь Джорджу было под 70 лет), ясно виден остеохондроз и грыжи поясничного отдела позвоночника, на которые и делали упор врачи, пытавшиеся его вылечить.

Но походка? Уже с порога, увидев его, я поставил диагноз, даже не осматривая Джорджа. Миофасциальная диагностика,²¹ которую я тут же провел, лишь подтвердила мой предварительный диагноз: двусторонний деформирующий коксартроз головок бедренных костей. Джордж, добродушный, улыбчивый человек, долго выслушивал мои объяснения (он хорошо говорил по-русски, хотя и с заметным американским акцентом) по поводу «новой» для него болезни и спустя некоторое время сделал рентгеновские снимки тазобедренных суставов в двух проекциях, как я ему и рекомендовал. Снимки также подтвердили мой диагноз, и Джордж тут же связался с госпиталем в Бостоне, по месту жительства, где и назначили операцию по тотальному эндопротезированию тазобедрен-



ных суставов (ТЭТС): февраль (а мы с ним общались в октябре 2002 года) — правого, а летом того же года — левого.

По моему совету он начал подготовку тела и ног к этой операции в нашем центре.

Надо сказать, что проблема с тазобедренным суставом, по сути, и привела меня в медицину.

Как все началось

Мне было 22 года, когда я получил ряд тяжелейших травм в автокатастрофе, проходя службу в армии. Травм было так много, и мое состояние после этой аварии было настолько тяжелым, что врачи просто не придали значения полному вывиху головки бедра (который тут же вправили) и без последующего вытяжения бедра занялись спасением моей жизни. Я находился в коме 12 суток (официально было объявлено о моей смерти. Мои сослуживцы даже успели выпить за упокой раба Божьего...). Я им благодарен за мою спасенную жизнь. Но когда я выкарабкался «оттуда» и стал осмысленно смотреть на мир, врачи про вправленный тазобедренный сустав позабыли, так как занимались реконструкцией остатков моей ноги. Было проведено три операции. Жизнь, слава богу, спасли, а далее живи сам, как хочешь, костыли тебе в руки — и полный вперед. Конечно, никто не проводил со мной беседы о возможных осложнениях этого самого «полного вывиха головки бедренной кости», и я понятия не имел о таком грозном для сустава заболевании, как коксартроз.

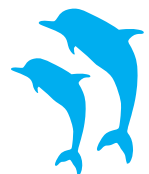
После возвращения домой уже инвалидом II группы я стал вести себя по отношению к собственному здоровью, вернее, опорно-двигательному аппарату абсолютно неправильно. И даже сейчас, когда я вспоминаю то, что вытворял со своим телом, будучи инвалидом, у меня мороз по коже!



Травм было так много, и мое состояние после этой аварии было настолько тяжелым, что врачи просто не придали значения полному вывиху головки бедра (который тут же вправили) и без последующего вытяжения бедра занялись спасением моей жизни.

Что же такое я делал? Занимался с тяжестями, культуризмом. Тогда еще не было тренажеров, поэтому гири, гантели, штанга — вот примерный арсенал моей доморощенной реабилитации. Играл в баскетбол! В футбол! Занимался даже карате! Почему я это делал? Хотелось жить! Специалистов по реабилитации не было. Да и сейчас их мало. Система таких не готовит. Сейчас я уже могу предложить современную кинезитерапию. Метод, который мне удалось разработать благодаря этим травмам. Тогда, не понимая физиологии боли, я чувствовал себя хорошо во время этих самых игр, потому что работающие мышцы снимали воспаление. Но так как нагрузки с сустава и позвоночника (три последних позвонка и межпозвонковых диска у меня были раздавлены, и позвонки срослись деформированными телами) я не снимал, а наоборот, многократно увеличивал, то после занятий, спустя 20—30 минут, не мог сделать и шага без боли.

При попытках передвижения пот струился по спине и телу так обильно, что мать спрашивала, не попал ли я под дождь. Родителей я жалел, о болях не рассказывал. Им и так досталось от меня. Дважды «хоронили». До армии у меня был еще один неприятный травматический эпизод, также с клинической смертью. Так вот. В метро я знал все точки на платформе, перед которыми раскрывались двери электричек. Лишь



в этом случае я имел возможность первым войти в вагон и занять сиденье.

Я считал ступеньки, метры, которые предстояло преодолеть в пути. После этих, с позволения сказать, «реабилитационных занятий».

Костыли я убрал из своего арсенала (тоже зря) и пользовался тростью. И постоянно искал разные способы для тренировки тела. Денег не было, но были друзья — тренеры, с которыми я когда-то учился на факультете физического воспитания, закончил его после армии на костылях. Друзья предоставляли мне бесплатно время в своих бассейнах и тренажерных залах и всячески поддерживали в те годы. Я хотел жить! Я полюбил жизнь после того, как выбрался «оттуда»! Но я не знал, как жить! Боль, боль и боль! С утра до вечера. Порой выпивал, чтобы расслабиться, но это не приносило радости.

А затем поймал взгляд одного своего приятеля. Ему были неприятны мои рассказы про боль. Я вообще терпеть не могу, когда меня жалеют. Но, как говорится, по пьянке язык развязывался, и я жаловался, хотя помощи не просил. Но этот взгляд моего друга... может быть, даже презрительный... И я задумался... Что же будет дальше, если я в свои 26 лет стал плакаться в жилетку?

И вот как-то, после очередной игры в баскетбол, выйдя из спортзала, я понял, что идти не могу... совсем. Вокруг никого. Я сел на край тротуара и... нет, не заплакал! Но был на грани! Спиваться или выкарабкиваться? Как Гамлет, но на костылях. Жить-то хотелось, и жить нормально! А врачи запретили все, даже иметь детей.

Надо было понять свою болезнь, но для этого необходимы знания! И я решил поступать в медицинский институт. Вот только как, если инвалидов не берут?



Это был мой вопрос, и я его решил! Одно высшее образование-то было, его я и использовал. Справки, которые позволили мне, инвалиду, учиться, сумел выпросить у своих лечащих врачей. Попутно мне сделали еще одну операцию на тазобедренном суставе (тогда я узнал про коксартроз) бесплатно, дело было в Советском Союзе. Сейчас тоже есть такие возможности, но очень сложно дождаться очереди! Да и качество такого лечения... Хотя при правильной тактике подготовки больного к операции можно прийти к позитивным результатам, даже если операция проведена из материала не самого высокого качества.

Об этом, как правило, не думают, иначе посылали бы перед любой плановой операцией (и не только с болезнями опорно-двигательного аппарата) в Центр кинезитерапии для предоперационной подготовки. Это дало бы возможность в том же Центре кинезитерапии, но уже после операции, быстрее и качественнее восстановиться. Моя более чем 30-летняя практика позволяет это утверждать достаточно категорично.

Но не всегда и сами пациенты готовы пройти предоперационную подготовку. Сколько им ни объясняй, человек ленив, и в этом я убеждаюсь ежедневно! СМИ вбили в головы людей чудо операций и рекламируют только хирургов. Но любая, даже самая распрекрасная операция нуждается в серьезном, профессиональном долечивании, так как создает множество других проблем, которых не было до операции (швы, атрофия мышц и прочее). И моя история — яркая иллюстрация тому. Лишь угроза для жизни является основанием для безотлагательной операции на любом органе или суставе.

Поступив на лечебный факультет 3-го Московского медицинского института, я начал набирать знания. Учиться было нелегко, голова-то разбитая, хотя интересовало все, может, кроме физики и химии, на первом курсе.



Став студентом мединститута, я не перестал искать все альтернативное, что помогло бы лично мне выкарабкаться из непонятной для меня ситуации. Тогда аббревиатура ЗОЖ было малопонятна большинству, и тех, кто увлекался здоровым образом жизни, называли белыми воронами. Сейчас это стало модным. Учеба в медицинском институте²² позволила мне пройти консультации у ведущих врачей Москвы, но они лишь скептически улыбались, когда я спрашивал о том, как мне помочь. Есть такая неприятная привычка у врачей — цинично улыбаться, если они не знают ответа на вопрос, задаваемый больным. Или ерничают, мол, куда больному что-то понять.

К концу 2-го курса я осознал: официальная медицина не изучает правил и законов здоровья. Она изучает болезни и способы манипуляции лекарствами с целью поддержания жизни человека, ведущего нездоровый образ жизни.

Поэтому я с еще большим упорством изучал все альтернативное, не разрешаемое медициной.

Официальная медицина не изучает правил и законов здоровья. Она изучает болезни и способы манипуляции лекарствами с целью поддержания жизни человека, ведущего нездоровый образ жизни.

Свои наработки я продолжал копить. Изучил все, что было на тот момент в подобной литературе: от голодания до урино-терапии, от йоги до системы Амосова и т.д. Что-то помогало, что-то не очень. Встретил много интересных людей, работающих в альтернативной медицине. К сожалению, профессионалов-врачей среди них практически не было. Это и мешало



достичь желаемого результата. Но в целом я окреп, стал понимать то, что со мной произошло. Убрал агрессивные воздействия и, естественно, выключил осевые нагрузки на суставы и позвоночник.

По разработанной системе похудел на 36 кг за три месяца (с тех пор отношусь к диетам безразлично) и стал буквально летать. То есть костыль уже жить не мешал. Я, студент 3-го курса лечебного факультета, разработал определенные методики и стал заниматься — да, да! — частной практикой. Ездил в деревни России, кишлаки Узбекистана, к своим друзьям. Да и в Москве у меня были пациенты. Работал в трех местах, получал пенсию, стипендию и кое-что от медпрактики (при этом не настаивал на оплате своих консультаций). В основном, естественно, работал с позвоночником и суставами.

Ко мне обращались, как к последней надежде, люди, выброшенные за борт большой медициной. Как правило, если они полностью мне доверяли, их надежды оправдывались! С тех пор так и повелось: ко мне обращаются в крайне тяжелом состоянии. Это ко многому обязывает! Всю ответственность приходится брать на себя. Но больному это и нужно — верить своему врачу! Главное, чтобы врач оправдал эту веру!

Я вспоминаю об этом отрезке своей жизни так подробно, потому что уверен: многие, прочитав мою историю болезни, задумаются и начнут свой путь — путь к избавлению. И мне в свое время помогали подобные истории. Но на тот момент официально я был своеобразным изгоем. Ведь такой профессии не было. Уже после института, когда в перестройку разрешили врачам работать так, как они считали нужным, я наконец-то получил свободу действий.

В то же время, уже создав полноценную систему современной кинезитерапии, я долго не хотел верить, что не обойдусь без операции на суставе. Да и статистика исходов после эндо-



протезирования меня смущала. Уж очень много брака! Сейчас я знаю, в чем дело!

Вернемся, однако, к Джорджу Кукеру, 69 лет, вес 135 кг, двустороннее поражение тазобедренных суставов. Однако при всем при этом неунывающий балагур.

Я начал работать с ним в октябре, зная, что операция по первому эндопротезированию (всего будет две) у него в феврале. Джордж оказался послушным пациентом. Все предлагаемые упражнения на тренажерах выполнял добросовестно. Вообще, надо сказать, что иностранцы (у меня достаточно большой опыт работы с ними) очень дисциплинированный народ в отличие от наших, российских больных. Наш придет к врачу с болезнью, с которой предыдущий врач не справился, и во время консультации будет ссылаться на мнение того, кто ему не помог. Или, еще больше, на мнение соседа по лестничной площадке. Русский парадокс! Всё знают о своих болезнях, только болеют постоянно.

В работе с Джорджем основной акцент мы сделали на мышцах — разгибателях бедра, на них мы все сидим, поэтому у большинства людей они плохо развиты, и мышцах — поясничного отдела. Напомню, что основная концепция современной кинезитерапии: в большинстве хронических заболеваний костно-мышечной системы (опорно-двигательного аппарата) виновна мышечная недостаточность тела, а то и атрофия отдельных мышечных групп.

Все шло хорошо. Время работало на Джорджа, и прозанимались мы с ним где-то 1,5 месяца. Он мне сообщил, что врач бостонского госпиталя передвинул операцию на начало декабря. Что ж, Джордж, вперед!

Он приехал через месяц после операции. Я осмотрел его, протестировал на тренажерах и был восхищен результатом. Ничего подобного мне еще не приходилось встречать в по-



добных случаях! Никаких мышечных контрактур, никаких ограничений в подвижности прооперированной ноги (что наблюдается практически у всех пациентов, не подготовивших ногу к операции). Сила ноги вполне приличная. И я, сопротивляющийся такой же операции на себе самом почти 27 лет, сказал: «Джордж, я согласен!»

И Джордж ответил: «Поедем со мной в Бостон летом. Мне будут делать операцию на втором суставе, а тебе на твоём!» На том и порешили.

Осталось набрать денег, договориться о сроках, сделать визу и вместе с Джорджем к хирургу.

Время пошло!

Я расскажу вам день за днем эту историю — историю моего окончательного выздоровления. 27 лет я сопротивлялся, сражался с коксартрозом. Это была профессиональная, а не любительская схватка. Но мне пришлось все-таки решиться на операцию. Все долгие годы я изучал эту болезнь, а заодно и другие поражения опорно-двигательного аппарата (больше люблю грамотное словосочетание: «костно-мышечная система»).

Итогом явилось создание нового направления в медицинской практике — современной кинезитерапии, которая разрушила все устоявшиеся стереотипы восстановительной терапии. Правда, пока в узколокальных точках России и ближнего зарубежья, в центрах, работающих по этому методу, официальная медицина стоит, как скала.

Современная кинезитерапия разрешила все, что запрещалось при реабилитации ранее, и не рекомендует использовать то, что разрешалось этой же консервативной медициной. Сейчас появилось новое название ЛФК-восстановительная медицина. Но принципиально ничего не изменилось в этом направлении. Открыты в кинезитерапии и законы лечения без операции многих заболеваний позвоночника и суставов (гры-



жи межпозвонковых дисков, плечелопаточный периартрит в стадии «замороженного плеча»). Но и это пока не заинтересовало консервативных медиков. Разве что до момента решения собственных проблем со здоровьем в области костно-мышечных расстройств.

* * *

«Все, хватит, — сказал я себе, — пора сдаваться».

Когда же наступит этот долгожданный день операции? Теперь я стал ждать ее с нетерпением, так как был уверен — операция вернет мне возможность передвигаться без боли. Надоело ежедневно считать шаги, с тоской смотреть на спешащих по своим делам прохожих.

Хорошо, что удалось найти способ снятия болей в спине и суставах без лекарств, иначе за 27 лет борьбы с этой болезнью мой организм стал бы дырявым от побочных действий обезболивающих препаратов.

Естественно, подавляющее число невропатологов не согласятся с моим объяснением причины болей в спине и суставах. Дело в том, что терапия хронических болей с помощью лекарственных средств стала настолько изощренной, что фармакологическая индустрия приняла в настоящее время облик монстра, якобы способного поглотить все болезни человека. Но рождаются новые болезни после использования лекарств. Об этом красноречиво свидетельствует телевизионная реклама, в которой лекарственные средства стоят на первой строчке.

И вместе с тем сам человек, его резервные возможности, система саморегуляции, не говоря о его, человека, божественном предназначении, ведь мы созданы по образу и подо-



бию Его, все меньше интересуют большую медицину, с моей точки зрения играющую прикладную функцию фармакологии. Но именно она поглощает в своих больницах и клиниках нездоровое население земли, способное еще платить за столь неразумное отношение к здоровью. И благодаря этому создавая новые армии больных, являющихся основной питательной средой этого чудовища — фармакологической медицины!

Лекарств много, очень много. И болезней все больше и больше. При чтении в «побочных действиях» аннотации к лекарственным, и прежде всего к обезболивающим, средствам меня берет оторопь! Что происходит с человечеством? Не лекарства ли приближают этот самый конец света?

Конечно, на здоровье, вернее, его потерю, влияет много факторов. И прежде всего, экологических. Солнце, воздух и вода все меньше оздоравливают нас и все больше создают проблем. Но если люди не будут следить за экологией, то есть за чистотой сосудов, подвижностью суставов, силой и эластичностью мышц, а все эти факторы зависят от движения, то им не поможет никто и ничто!

А лекарственные средства лишь отодвинут в очереди к моргу! Но не будем о грустном. Кто-то выбирает лекарственную жизнь, а кто-то здоровую! Я принадлежу к последним и, самое главное, с каждым днем нахожу все больше и больше соратников и последователей именно здорового образа жизни. И мы вместе делаем это профессионально. Честно говоря, малаховщина поднадоела! Поэтому я собираю факты, доводы и примеры в пользу безлекарственного выхода из любой болезни. И этих фактов очень и очень много. Надо просто быть повнимательней к окружающему миру.

Да, с тазобедренным суставом я сражался достойно! Но если бы вовремя получил в руки такой мощный инструмент, каким сейчас является современная кинезитерапия, то уже давно



бы вернул себе способность не только ходить, но и бегать на спортивных площадках.

Но кинезитерапии в том виде, который она приняла сейчас, в то время еще не было. Пришлось ее создавать!

Что такое коксартроз?

Существуют две основные формы поражения **тазобедренного сустава (ТС)**: коксартроз деформирующий и коксартроз диспластический.²³ Причины разные — клиника одна. Крайней степенью проявления этих форм заболеваний ТС является асептический некроз, за которым следует остеопороз шейки бедра и риск ее перелома при падении с высоты собственного роста.

Истинные причины идиопатического коксартроза

В подавляющем количестве материалов, посвященных изучению остеоартроза тазобедренного сустава, или коксартроза, отсутствует так называемый «золотой стандарт», то есть определение причины его возникновения.

Поэтому коксартроз при невыявленной причине называется идиопатическим. Но так ли это на самом деле?

В современной врачебной практике незаслуженно мало внимания уделяется клиническим критериям, ориентированным на состояние мышечной системы человека, вернее, взаимосвязи мышечных групп друг с другом при той или иной патологии КМС.²⁴ С одной стороны, заболевания, связанные с поражением позвоночника и крупных суставов, относятся по международной классификации болезней (МКБ-10) к группе костно-мышечной патологии, с другой стороны, при описании ОДА (опорно-двигательного аппарата) роль мышечной систе-



мы практически не отражена во врачебных заключениях, например при описании МРТ или рентгеновских снимков.

В большинстве эпидемиологических исследований, проводимых в США и странах Западной Европы, диагноз ОА (остеоартроз) основывается на типичных рентгенологических признаках и наиболее существенных клинических симптомах, то есть проявлениях уже развившейся патологии, например:

- ночная боль в суставах (разве что при засыпании или под утро. — **Б.С.**);
- боль при движении (при разыгравшейся болезни);
- боль, возникающая после состояния покоя или «стартовая боль» (в суставе (-ах). — **Б.С.**);
- непродолжительная утренняя скованность (возникает и при остеохондрозе. — **Б.С.**);
- деформация и костные разрастания в области пораженного сустава (рентгенологический признак. — **Б.С.**);
- ограничение амплитуды движений в суставе (очень важно, признак начавшегося и, как правило, уже необратимого процесса разрушения тазобедренного сустава. — **Б.С.**);
- хруст при движении (может возникать и у достаточно здоровых людей, например у спортсменов. — **Б.С.**);
- болезненность при пальпации в области сустава (необязательно при коксартрозе. — **Б.С.**);
- рентгенологические проявления (без комментариев — основной признак).

В РФ также предложено несколько перечней ведущих диагностических признаков остеоартроза, но они не имеют принципиальных отличий от зарубежных.

Хотелось бы обратить внимание на факторы риска остеоартроза, к которым относят возраст, пол, сопутствующие заболевания, прием медикаментов.



Вариантов объяснения причин появления деформирующего коксартроза очень много. Но при чем здесь возраст?

И хотя в подавляющем количестве специальной литературы пишут о 45—55-летнем возрасте (это на всякий случай, видимо), подразумевают все-таки более поздний. Старческий возраст не может служить основополагающей причиной деформирующего коксартроза, а только предрасполагает к этому заболеванию, как и всякий физиологический и эволюционный процесс может только предрасполагать к болезни. Но само по себе физиологическое явление не может стать патологическим. Старость не болезнь. И громадное количество стариков деформирующим артрозом не страдают. Другое дело, свойственный старческому возрасту атеросклероз сосудов, это в известном возрасте дело обычное, чего нельзя сказать про деформирующий артроз, в данном случае тазобедренного сустава. Можно страдать глубоким атеросклерозом и не страдать при этом заболеванием суставов. Половая принадлежность тем более не может сориентировать на профилактику именно болезней тазобедренного сустава.

Коксартроз, как правило, начинается незаметно, и больной не обращает особого внимания на первые симптомы — боли в ноге в конце дня, боли в нижней части спины или боли в области коленного сустава. Я встречал пациенток с тяжелой формой диспластического коксартроза в возрасте 40—45 лет, тем не менее большую (сознательную) часть жизни занимавшихся балетом или танцами.

Люди, занимающиеся спортом, также долго не обращают внимания на появившиеся боли в ноге во время или после движения и, вместо того чтобы обратиться к специалисту или сделать рентгеновский снимок тазобедренного сустава (что более разумно), увеличивают спортивные нагрузки. Делают они это потому, повторю, что сами нагрузки (бег, гимнастика, тренаже-

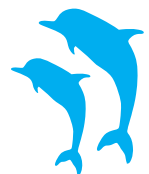


ры), как ни парадоксально, во время их выполнения снимают боли в ноге (с точки зрения физиологии воспаления это понятно). Мышцы при движении усиливают кровообращение, что на время устраняет отечность мягких тканей, но так как контакт головки бедра с вертлужной впадиной таза увеличивается, а в норме этого быть не должно, то после завершения спортивной нагрузки боли в суставе возвращаются с еще большей интенсивностью. Но отсутствие боли во время передвижения и дезориентирует людей со скрытым коксартрозом.

В то же время наличие коксартроза всегда сопровождается остеохондрозом нижней части спины, причем достаточно запущенным. Но что возникло раньше — коксартроз или остеохондроз? Как относиться к болям в нижней части спины при коксартрозе?

Проблемы в поясничном отделе позвоночника при столь популярном заболевании современности, как остеохондроз позвоночника, начинаются значительно раньше, чем проблемы с тазобедренным суставом. Остеохондроз в нижней части позвоночника (раньше называли радикулитом, ишиасом, люмбаго, люмбоишиалгией) протекает под прикрытием НПВС,²⁵ оказывающих токсическое действие на нервную проводимость. В связи с этим и нарастает постепенно ухудшение нервно-мышечной регуляции, так как все нервы, из которых для нижних конечностей главным является седалищный нерв (*ischiaclicus* — отсюда ишиас, то есть боль по ходу седалищного нерва), и сосуды, питающие тазобедренный сустав, «растут» из поясничного отдела позвоночника, что со временем оказывается решающим фактором болезни тазобедренного сустава.

Хотелось бы обратить внимание на то, что тазобедренный сустав иннервируется из сегмента LIII (третий поясничный позвонок). Остеохондроз позвоночника протекает на фоне длительного применения обезболивающих противовоспалитель-



тельных препаратов (НПВП). Это и подтверждает выводы о губительном действии обезболивающих препаратов, временно снимающих боли в спине, а следовательно, способствующих развитию коксартроза.

К факторам риска прогрессирования остеоартроза тазобедренных суставов относят и паспортный возраст. У женщин 40 лет и старше, у мужчин — 50.

Но потери в мышечной системе начинаются значительно раньше. К 35 годам у 66% людей, совсем не занимающихся спортом, они составляют от 22 до 29%. Одновременно снижается гибкость и силовая выносливость. Появляется избыточный вес, и отмечаются первые признаки атеросклероза сосудов. Опять же ухудшается питание (трофика) нижних конечностей благодаря снижению объема мышечной массы бедер, а вместе с этим — снижается площадь капиллярного кровообращения (микроциркуляции) — основного поставщика необходимых микроэлементов костно-хрящевой структуры. В первую очередь страдает хрящевая ткань головки бедра за счет снижения активности мышечного насоса. Каждая последующая эксплуатация суставов нижних конечностей (особенно бег и прыжки) при таких ослабленных мышцах ведет к ухудшению амортизационных свойств мышечно-связочного аппарата.

Но в организме человека ничего лишнего нет. Как в природе гибель комара ведет к гибели целых популяций птиц, так и в организме человека потеря качества какой-либо мышечной группы, например гипотрофия приводящих и отводящих мышц бедра, как это происходит при коксартрозе, ведет к потере большого участка сосудистой сети, питающей сустав. (Для справки: в одном мышечном волокне находится 3—4 капилляра.)

Таким образом, нет так называемой идиопатической формы коксартроза. Есть остеохондроз и НПВС при нем. Далее идет незаметное разрушение сосудистой сети. Поэтому сначала по-



является остеохондроз позвоночника, затем остеоартроз тазобедренного сустава (незаметно для человека), и значительно позже к этому присоединяется клиническое проявление болезни собственно тазобедренного сустава (если не было, как у меня, прямой травмы сустава). При чем здесь возраст, если человек обленился и перестал подтягиваться?

Людьми, не связанными с медициной, да и считающими себя в возрасте 35—40 лет еще достаточно молодыми и здоровыми, боли в спине воспринимаются как надоедливая муха — поскорее согнать. Врач, принимающий у себя такого пациента, хочет его поскорее вылечить, вернее, снять боль!

Кто чем руководствуется? Первый, понятно, — амбициями и самоуверенностью, наложенными на полную безграмотность в области физиологии.

А вот со вторым, то есть с врачом, посложнее.

Именно в мышцах поясничного отдела, где проходят нервные пути, ведущие к суставам нижних конечностей, происходит нарушение иннервации, которое и называется дистрофией, то есть голодом тканей. Первым на этом пути трофического голода, вызванного недостаточностью функций мышц поясничного отдела позвоночника, встречается тазобедренный сустав!

Это, в свою очередь, приводит к значительному ограничению движений в позвоночнике и, соответственно, к ограничению движений в тазобедренных суставах.

В отличие от большинства пациентов за долгие годы борьбы с болью я научился ею управлять. В американском госпитале врачи, изучая уровень боли, которую испытывает пациент после операции (есть специальная шкала от 0 до 10. 0 — это улыбающийся человек, 2 — нормальное лицо, и далее по шкале лицо человека становится все более и более грустным), удивлялись, когда я показывал цифру 2, да и то только затем, чтобы не оби-



жать их совсем. Как мне им нужно было объяснить, что боли я не чувствовал, как только вышел из наркоза! Был счастлив и постоянно улыбался. Я вдруг понял, что избавился от боли, преследовавшей меня долгие годы. Вдруг она исчезла! Да! Это счастье!

Подавляющее число прооперированных чувствуют шкалу — от 6 до 10 и постоянно глотают таблетки от боли даже после выписки.

Конечно, шов при моих реабилитационных упражнениях дня 2—3 давал знать о себе. Но я не глотал обезболивающих таблеток. Холодного (со льдом) компресса вполне хватало. Затем я открыл для себя пантопроцедуры.²⁶ И т.д. и т.п. Слушайте дальше! Больше вам об этом никто не расскажет!

ХРОНИКА ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ (из личного дневника)

13.07.2003

США, Бостон — Вестон, штат Массачусетс, имение Джорджа Кукера.

Первые впечатления.

Америка — великая страна! Все улыбаются. Все максимально доброжелательны. Даже в аэропорту Бостона за меня одну анкету заполнил местный «смотрящий» (полицейский). Показываю приглашение из клиники Бостона — пропускают без проблем. Пока ностальгии, как в первый приезд в США, нет. Со всеми поговорил по телефону — все о'кей! Побрился, помылся, постригся, позанимался своей гимнастикой. Едем в город!

14.07.2003

Новый Баптистский госпиталь.

Сдал поочередно анализы, поговорил об анамнезе истории болезни с анестезиологом. Сделали рентген в двух проекци-



ях. Переехали в другую клинику, где доктор проконсультировал Д.М. Громадное впечатление от эндопротеза. Показал Rg-снимки — две одинаковые ноги. На Rg-снимках в России видел железяку, вставленную в область таза (сейчас, конечно, подтянулись в этом вопросе).

От моего правого ТС ничего не осталось. Господи, как я еще ходил и работал? Это лишний раз доказывает правильную концепцию кинезитерапии, ориентированную на мышечную систему. Главное — питание и кровоток, за которые она отвечает.

Переехали в пригород Бостона. Прекрасно. Чистые дороги. Все едут достаточно быстро, комфортно, никто никому не мешает. Поэтому друг друга пропускают.

Едем по Америке. На всю громкость врубили Сашу Дедыка (солист Мариинки, тенор) и под русские романсы на «пятисотом» «Мерседесе» приближаемся к месту отдыха. Бунгало Джорджа в 50 метрах от океана. Песок, вода чистая, тишина.

Проснулся в 5.40. Чувствую, спать не хочется. Искупался, поплескался, позанимался. Почему все спят? Видимо, поэтому все американцы толстые. Да и есть не умеют, хотя все вроде бы делают правильно.

15.07.2003

Позанимались в местном тренажерном зале. Разбитые станки, но их хватает. Джордж жал ногами на тренажере около 120 кг, не понимая этого. Врач запретил ему приседать со штангой, а это движение почти идентично. И это спустя месяц после 2-го протезирования сделал 70-летний человек. Значит — можно!

16.07.2003

На веранде пьем чай. Джордж научил свою жену Риту русскому мату, звучит из ее уст забавно. Мне стало как-то спокойно, хотя я от души хохотал над ними.



17.07.2003

Вот и наступил мой «день освобождения». Теперь уже скрывать ни к чему, 27 лет страданий позади. Америка дала добро. И это не случайно. Сначала я помог ее гражданину Джорджу Кукеру, поставив правильный диагноз и подготовив его к первой и второй операциям по эндопротезированию. Теперь он помог мне, организовав весь этот процесс освобождения от болезни, страданий и ограничений. Неужели я снова смогу ходить без боли?

О большем даже страшно думать.

Мы снова в Вестоне (окраина Бостона). Приехала моя дочь Ира, изящная, красивая, стройная. У меня глаза отдыхают, глядя на нее. Бальными танцами она занимается с 8 лет.

Поел последний раз в 16.00 — блинчики с вареньем и голубику с клубникой. Перед сном проделал все необходимые очистительные процедуры. В Америке думают не только о человеке, но и об эстетике медико-гигиенических процедур. Вместо отвратительной кружки Эсмарха (клизма) предлагается милая упаковка с двумя флаконами слабительного.

Джордж сказал, что хватит и одного флакона. Но я подстраховался. Влил в себя оба, да еще воды в один добавил. Оччень приятно. Надо периодически проделывать. Затем помыл себя не менее приятным (хотя и обеззараживающим) жидким мылом (у нас бреют волосы паха (гм..?), и в прекрасном настроении, написав еще одну главу к будущей книге, лег спать. Сны, надо сказать, были малоприятные: войны и прочие. Но я в них выжил. Что дальше?

Я придумал выражение (собственно, так оно и есть): «Освобождение из тюрьмы собственного тела». Хотя кто-то, зная меня, может сказать: «Если уж у него тело тюрьма, то что же у других?» Тем не менее я был очень и очень ограничен в своих



действиях в первой половине жизни. Теперь начнется новый этап — более продуктивный и профессиональный. Без выкрутасов и экстримов. Хватит!

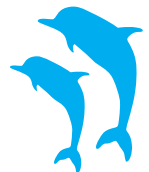
1-й день после операции

19.07.2003

Два дня кошмара позади. Очень грамотная работа в послеоперационном отделении. Пытка, как всегда, заключалась в нахождении в вынужденной позе. На спине. Шевелили только стопой вперед-назад, в сторону. На следующий день после операции (считается 1-й день) пришла врач-физиотерапевт (по-нашему, специалист ЛФК) и показала ряд упражнений. Нога чужая, кажется, никогда не смогу ею владеть. Постоянно сплю, подкалываю в вену специальной кнопкой морфин через капельницу. Кроме того, дают антибиотики, при этом объясняют, что они слабые, то есть нетоксичные. Каждые несколько минут кто-то заходит, меряет давление, пульс, температуру, заставляют дышать через специальный тренажер. Можно сказать, спать не дают. У нас о таком взаимодействии и внимании медперсонала даже в V.I.P. мечтать нельзя.

При повышении температуры заставляют дышать в тренажерный дыхательный аппарат более активно. На кровати специальные турники, можно подняться, подтянуться на растяжке, типа мини-МТБ — поднимаю и опускаю ногу. Очень интересными в первый день показались упражнения:

- 1) лежа на спине стараться нажать бедром на кровать (практически не получилось);
- 2) прямыми ногами поочередно двигать пяткой вперед, сдвигая поочередно таз (тот же эффект);
- 3) стараться сжать ягодичцы (тот же результат). Больно;



4) после дыхательной гимнастики (втягивать через трубочку воздух) покашлять.

При этом испытываешь сильнейшую болевую иррадиацию в тазобедренный сустав.

Вроде все простенько, а попробуй сделать. Можно себе представить мое настроение. Но на следующий день (то есть 19.07) все проделал несколько раз легко. Сумел встать, побриться. Посидел на высоком, извините, горшке. Забавная процедура. Высокий стул с отверстием. Но я, по старинке, опершись руками в стены, как в Российском военном госпитале, где не было никаких приспособлений. С меня сняли все катетеры. Поел бульон и кусочек мяса. Невкусно, но это первая, похожая на нормальную пища за трое суток. Забавно. Встал на весы, они показали 244,5 фунта, то есть 110 кг. А мне казалось, я похудел (вес эндопротеза меня утяжелил). И вот, наконец, в 14.00 по местному сижу и пишу. Коряво, но пишу. (Надо поскорее поставить мозги на место.) Прогулялся на четырехпорном костыле по коридору. Ноги не чувствую, хотя и ставлю на нее вес тела. Странное ощущение: с одной стороны, ноги одинаковой длины и стоять не больно, с другой — некоторое ощущение дисбаланса, когда я наступаю на правую ногу, но переместить вес тела без рук (опоры) не могу.

Пришла физиотерапевт. Мы с ней довольно бойко пробежались по коридору. Показала ряд новых упражнений сидя:

- 1) качание маятника (вправо-влево);
- 2) колени прижал кулаками и разводил колени в стороны (5 раз);
- 3) разгибание голени сидя (5 раз);
- 4) постучать по бедру (больному) и погладить его, наклоняясь вперед до носка;
- 5) сидя, взять бедро и поднимать его вверх.



Во время ходьбы при переносе веса тела с правой ноги (прооперированной) на левую (здоровую) слегка (!) руками опираюсь на опору.

Естественно, самостоятельно эти упражнения я повторяю.

Да, очень важно. Запреты в первые дни после операции:

- 1) не отводить прямую ногу в сторону (абдукция);
- 2) при приведении (аддукции) нельзя заводить крест-на-крест ноги;
- 3) нельзя сгибать бедро (поднимать прямую ногу) или садиться ниже 90° ;
- 4) нельзя лежа ротировать (поворачивать) стопу внутрь;
- 5) в первый день нельзя наклоняться вперед (во второй уже можно).

Эти запреты только на 6 недель.

Все четко, ясно, понятно. Никаких криков недовольства. В коридорах стоят открытые полки с разными мелочами (маникюрные ножницы, пластыри, перевязочный материал, бутылки с водой простой и сладкой). Все лежит. Никто не ворует. Если мне надо пластырь, я возьму, и никто глазом не поведет. Значит — надо.

Завтра на костылях уже побегу. Не дали на второй день, как я ни просил. Не положено — и все! А еще вчера все виделось неясно. Хорошо у них в Америке лечиться. Быстро и без лишних запретов. Чисто. Дороговато, конечно!

3-й день после операции

20.07.2003

Потрясающе разные состояния все три дня после операции.

1-й день — выход, туман.

2-й день — меланхолия по поводу психологического непонимания выхода из этой ситуации. «Неужели эту ногу можно



поднять?» Правда, к концу дня, когда влили мою собственную, взятую до операции, свежую кровь в вену, заметно оживился. Стал носиться по лестницам на костылях.

С костылями забавная история.

«Американский» специалист (у них он физиотерапевт) дает костыли под мой рост, то есть они аккуратненько упираются в подмышки. Я ему говорю: «Споткнусь, упаду, особенно при ходьбе по лестнице...» Он недоверчиво покачал головой, как это, мол, по лестнице? Я изменил высоту ручек. Резко укоротил. Теперь они упирались в верхние ребра. Он удивился. Я и... быстро пошел, почти побежал, особенно по ступенькам. Тогда и услышал: «Сумасшедший русский».

Хочу на волю, к тренажерам, к воздуху. Начался психоз нетерпения из-за пребывания в палате. Да еще Джордж, старый хрен, тянет. Все по правилам хочет. Чтобы пришел главный врач и отпустил меня. Ну придет, скажет о'кей! Для этого еще необходимо страдать одну ночь?

Вся медицинская братия здесь, конечно, в шоке от темпов моего выздоровления и поведения на костылях. Они же не знали, что я прошел российский госпиталь и последующее, связанное с этим.

Но я всегда был уверен именно в таком режиме реабилитации. Да, реабилитация первых двух дней после операции вопросов не вызывает. Но далее должна вступать кинезитерапия. Хотя бы для верхней части тела. Масса непонятных вроде бы запретов связана, видимо, с чьими-то непрофессиональными перегибами во время самовосстановления.

Как можно заявлять, что мышцы, находясь в покое, быстрее восстанавливаются?

Госпиталь — машина, отлаженная и хорошо работающая. Почти за каждой манипуляцией следит свой специалист. Спать, правда, без морфина трудно. Будят каждые полтора часа. Это



я остро почувствовал в предпоследнюю ночь, когда у меня отняли кнопку «морфина».

Что ж. Наступает пора выхода из операции. Буду предельно осторожен. Нога в некоторых позициях как бы заваливается. С мышцами обошлись, видимо, не слабо. И когда хожу на костылях, чувствую иногда какие-то провалы. Торопиться с движениями без костылей не надо.

4-й день после операции

21.07.2003

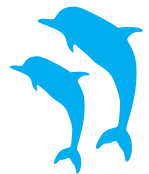
Пережил легкую ночную депрессию. Дочь Ира уехала, Джордж не забрал и в этот день, хотя обещал. Оставил на 4-й день. Все говорят, что здесь мне уже делать нечего. Ночь без сна, видимо, сказался отказ от обезболивающих и наркотиков снотворного действия. Опять больничная ломка. Ни одной медсестры за 12 часов в палате. Наверно, это уже не входило в прайс... Да и незнание языка всегда депрессия, когда остаешься один.

Ночь не спеша перешла в утро. Вновь закипела жизнь. Медсестры, врачи, даже меню на завтрак. Вроде я уже без оплаты. Но нет. Мило улыбаются. Хвалят. Что ж. Жду своего главного доктора. Все отлично. Дело за Джорджем.

Жизнь показывает, что любая депрессия — несостоятельна, так как исходит из неправильной трактовки событий, являющихся порой стечением обстоятельств. Нельзя в нее уходить — и нельзя на ее фоне принимать какие-то решения, о которых впоследствии будешь жалеть.

Наконец-то! Джордж приехал за мной. Бай-бай, госпиталь! Дальше я сам!

Все объяснимо в этой жизни. Только объяснять надо события с трезвой головой.



ДИНАМИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА. Новый взгляд

Прежде чем приступить к освещению этой темы, хочу опять обратить внимание на мышечную систему. Необходимо понять, что тазобедренный сустав плотным футляром страхуют 15 основных мышц таза, не считая связок, сухожилий и фасций, и 24 мышцы бедра. Неиспользование этих мышц, связанных в единую кинематическую цепочку, приводит к тем самым осложнениям после тотального эндопротезирования, которых и боится большинство больных. Да и врачи боятся, поэтому на всякий случай многое запрещают.

Правильное же использование мышц в лечебной, а в данном случае в реабилитационной программе могут разработать только специалисты центров современной кинезитерапии.

Мышцы таза, или «Причал» для мышц бедра

Мышцы таза (малого) окружают тазобедренный сустав со всех сторон. Все они начинаются на костях таза, поясничных позвонках и на крестце — своего рода «причале» для бедра.

Они подразделяются на две группы: внутреннюю и наружную.

К группе внутренних мышц относятся расположенные в полости таза мышцы:

- 1 — подвздошно-поясничная мышца;
- 2—3 — большие и малые поясничные;
- 4 — грушевидная;
- 5 — внутренняя запирательная;
- 6—7 — верхняя и нижняя близнецовые.



К наружным мышцам таза, расположенным по его боковой стороне и в ягодичной области, относятся:

- 8—9—10 — большая, средняя и малая ягодичные мышцы;
- 11 — квадратная мышца бедра;
- 12 — напрягатель широкой фасции;
- 13 — наружная запирательная мышца;
- 14—15 — верхние и нижние близнецовые.

Мышцы таза **начинаются на позвоночнике и тазовых костях** и располагаются в три слоя:

снаружи лежат большая ягодичная мышца и напрягатель широкой фасции бедра;

в среднем слое располагаются средняя ягодичная и квадратная мышца бедра;

глубокий слой составляют малая ягодичная мышца и наружная запирательная мышца.

Как правило, эти мышцы во врачебных рекомендациях не упоминаются вовсе. Между тем это именно те мышцы, которые «запускают» следующие за ними мышцы бедра.

Если понять, что все мышцы туловища представляют собой единую кинематическую цепь, когда одна мышечная группа переходит в другую без каких-либо интервалов и зона прикрепления мышц одной группы является зоной прикрепления другой группы, то возникает желание создать такое упражнение, которое смогло бы привести в действие все эти мышцы одновременно. Кто-то может спросить: «Для чего?» Я даже встречал таких людей, которые говорили мне: «Я не землекоп» или «Я не носильщик, чтобы заниматься специально мышцами». Такой вопрос может задать человек, не понимающий весь смысл движений, совершаемых им. Мало того, я иногда этот вопрос: «Зачем человеку мышцы?» — задаю врачам. И они удивленно отвечают: «Чтобы двигаться! Перемещаться в про-



странстве». Действительно, в слове «опорно-двигательный» заложено лишь две функции:

- опора, за которую отвечает скелет;
- движение, за которое отвечают мышцы.

Согласен. А почему тогда нервы, артерии, вены, проходящие внутри мышц таза, имеют одноименные с ними названия, например ягодичный нерв, ягодичная артерия, запираательный нерв, запираательная артерия и т.д.? Да потому, что отдельно друг от друга мышцы, нервы, сосуды рассматриваться не должны. Работает нерв — работает мышца — работает сосуд. Причем сосуды носят вторичный характер по отношению к нервно-мышечной регуляции. Если не работает мышца, мы можем заставить ее работать через нервы, идущие к этой мышце. Например, при некоторых травмах позвоночника возникает парез мышц, выключение их из работы, и мы можем вернуть их к работе через подключение соседних мышц. Но не путем миостимуляции, которая раздражает только отдельные участки мышцы через подключенные к ней электроды, что практикуется в косметологии, а только с помощью естественных движений, при которых работает мышца по всей длине. Лишь в этом случае она «прокладывает дорогу» нерву к плохо работающей мышце, заодно транспортируя к ней кровь по сосудам, проходящим в этой мышце. Но существует и обратная картина, когда мы заставляем денервированные мышцы, например после эндопротезирования, восстанавливать нервную проводимость к ним. Опять же через упражнения для этой мышцы. То есть мышцы нужны человеку не только для того, чтобы двигаться, но прежде всего для возможности транспортировки электричества (нервная проводимость) и питания организма (кровь, вода, лимфа). Причем самое интересное: только через мышцы осуществляется адресная до-



ставка к тканям, суставам и органам всего необходимого для их жизнедеятельности. В связи с этим я считаю, что такие медицинские специальности, как невропатолог (специалист по нервной системе), флеболог (специалист по сосудам), имеют достаточно ограниченные функции и отдельно друг от друга, да еще без специалиста по ЛФК (я имею в виду современную кинезитерапию), неспособны создать полноценную лечебную программу. Перечисляя мышцы таза, можно добавить, что через них проходят сосуды и нервы, общающиеся с органами малого таза. Поэтому мышцы таза являются ключевым звеном при лечении, например, хронического простатита.

По статистике, до 70% простатита, то есть воспаления в предстательной железе, связано с малоподвижным образом жизни, то есть относятся к небактериальной форме. 15% — бактериального происхождения, хотя, на мой взгляд, урологи склонны к завышению этой цифры. Остальные не знают, что такое простатит. Дело в том, что воспаление какого-либо органа является результатом нарушения микроциркуляции в этом органе, за которую чаще всего отвечает гладкая мускулатура органа. Хотелось бы подчеркнуть, что предстательная железа — непарный железисто-мышечный орган, то есть она состоит из железистой ткани, составляющей паренхиму (внутренняя структура простаты), и гладкой мышечной ткани, которая вместе с соединительной тканью образуют строму железы, то есть своего рода каркас, составляющей около половины всей массы простаты. Пучки гладких мышечных клеток образуют вместе с прослойками соединительной ткани толстые перегородки, отделяющие друг от друга простатические железы. Сама предстательная железа представляет собой комплекс железок, открывающихся в начальную часть мочеиспускательного канала. Основанием железа обращена вверх и прилежит к дну мочевого пузыря. Вершина ее лежит на мо-



чеполовой диафрагме таза, представляющей собой мышечно-фасциальный комплекс. В толще мочеполовой диафрагмы, кроме желез, располагаются также артерии и нервы, идущие к половому члену. Выше диафрагмы и спереди нее располагаются мышцы и связки промежности.

Если понять, что мышцы и связки, окружающие предстательную железу, самостоятельно не работают и являются своеобразным промежуточным пунктом между верхней и нижней частями туловища, то становится понятной и причина подавляющей части простатита небактериальной формы. Длительное сидение исключает возможность синхронной работы мышц промежности, брюшного пресса и поясницы. В этих группах, разделяющихся «пятой точкой», то есть тазом, и возникает застой — резкое снижение микроциркуляции именно в предстательной железе, главным образом, в венозном сплетении. Ну а когда кровь бежит вяло, медленно, она теряет свое качество и «засоряет» это венозное сплетение. Возникает ее накопление там, где его не должно быть. Это можно сравнить с набуханием, в результате чего возникают функциональные нарушения при мочеиспускании, боль в области промежности, учащение мочеиспускания и боль во время эякуляции. Последняя причина чаще всего и беспокоит мужчин молодого возраста, так как может привести к психологической импотенции. Тем не менее и эту форму простатита, связанную исключительно с образом жизни, а не с инфекцией, лечат противовоспалительными средствами и даже антибиотиками широкого спектра действия, не считая всевозможных физиотерапевтических процедур, как правило, прогреваний. Прогревание и воспаление, с моей точки зрения, вещи абсолютно несовместимые. Тем более когда простатит связывают с переохлаждением. Мужчин, у которых, кроме заболеваний суставов, есть простатит, спрашиваю: «Вы что, сидели долго без штанов на цемен-



тном полу? Или прикладывали лед к половым органам?» Но даже если бы возникали и такие моменты в жизни мужчины, пострадала бы не только простата, но и все, что с ней так или иначе связано, — мочевой пузырь, почки, поясница. Такого, как правило, не встречается, а физиотерапевтическое тепло к тазу тем не менее подводится. Выскажу свое мнение, что именно тепловые процедуры и применение противовоспалительных средств при простатите, не имеющем венерического происхождения, являются основными причинами, способствующими выращиванию аденомы простаты.

Поэтому отмечается прямая связь между лечением тазобедренного сустава с помощью специальных упражнений, о которых я упоминаю в этой книге, с избавлением от хронического простатита, так как именно приводящие мышцы бедра и задняя группа мышц бедра стимулируют кровообращение в малом тазе, устраняя застой в предстательной железе, причем достаточно быстро, уже через 5—6 сеансов. Приблизительно такая же реакция отмечается и у женщин, которые имеют в качестве сопутствующего заболевания не только воспаление придатков, но и миому матки, выращенную подобными методами тепловых или антибактериальных процедур, о которых я говорил выше.

Древние греки говорили: «Организм — единое целое, лечи больного, а не болезни». Но с тех пор, как появилась симптоматическая медицина, занимающаяся узколокальными проблемами организма, появились и сотни новых заболеваний, о которых в прежние времена и не подозревали. Пожалуй, единственным на сегодня методом лечения, который так или иначе объединяет своим воздействием все внутренние органы, является современная кинезитерапия, так как основным средством лечения, который она использует, является мышечная ткань. А известно, что практически нет заболеваний, в



которых одним из факторов болезни не являлась бы мышечная недостаточность. Поэтому при лечении костно-мышечной системы, или опорно-двигательного аппарата, как правило, приходится иметь дело не только с заболеваниями суставов, но и с сопутствующими сосудистыми заболеваниями, к которым, помимо простатита и воспаления придатков, относятся ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, варикозное расширение вен. Эти сопутствующие заболевания не являются противопоказанием к лечению на тренажерах, а лишь вынуждают вносить необходимые коррекции.

Основным упражнением для полноценной работы мышц таза являются жимы ногами на тренажере под углом 45 градусов, но это упражнение нельзя использовать при коксартрозе (любой формы) и асептическом некрозе головки бедра. Кроме того, наличие данных заболеваний не позволяет включить мышцы таза, и поэтому они атрофированы. Выпадение этих мышц влияет на гипертонус (повышенное напряжение) мышц поясничного отдела, в связи с чем стойкие, порой многолетние боли в спине принимаются за остеохондроз, связывая с ними переваливающуюся специфическую походку. Кроме того, невозможность выполнения этих упражнений проявляется на мышцах передней поверхности бедра — четырехглавой мышце, что трудно не заметить. Видимо, поэтому некоторые специалисты таким больным прописывают «велосипед». Да и сами больные с поражением тазобедренных суставов любят покрутить педали. Это ошибочная тактика, приводящая к ухудшению структуры не только головки бедренной кости, но и вертлужной впадины таза, в которой размещается тазобедренный сустав. Я и сам, было дело, любил покататься на велосипеде и так как ходить не мог без боли, то именно катание на велосипеде приносило мне удовольствие. Но временное. После подобных велосипедных прогулок я недели две стра-



дал. Тем не менее именно жимы ногами, езда на велосипеде, к этому можно добавить приседания, являются основными в реабилитационной программе эндопротезирования тазобедренных суставов, но после того, как эти нагрузки разрешит врач-кинезитерапевт. Таким образом, если не выполняются упражнения, в частности, для мышц таза, сохраняются поясничные боли и боли в области тазобедренного сустава. Более того, это является причиной короткого срока жизни (10—15 лет) эндопротеза. Естественно, без следующей мышечной группы мышц таза заставить работать невозможно.

Мышцы бедра, или Рычаги управления ногой

Мышцы бедра можно сравнить с кораблями, пришвартованными к причалу.

Эта группа мышц должна рассматриваться точно с такой же позиции, как и вышележащие мышцы таза. То есть между этими мышцами проходят те же нервно-сосудистые пути, имеющие одноименные названия.

Мышцы бедра, кроме непосредственного участия в передвижении тела, также помогают удерживать тело в вертикальном положении. Эта мышечная группа делится на три подгруппы: переднюю, заднюю и медиальную.

В переднюю подгруппу входят четырехглавая и портняжная мышцы, являющиеся сгибателями бедра и разгибателями голени. Для включения этих мышц необходимо выполнять упражнения, о которых будет рассказано ниже. Интересно отметить, что упражнение на разгибание голени необходимо выполнять при коксартрозе в целях устранения гипотрофии четырехглавой мышцы бедра, а упражнения типа жима ногами при коксартрозе, как указывалось выше, выполнять нельзя, но



после эндопротезирования выполнять необходимо. К задней подгруппе относятся полусухожильная, полуперепончатая и двуглавая мышцы (разгибатели бедра и сгибатели голени).

Эти мышцы также необходимо включать с помощью упражнений как на этапе коксартроза, так и после эндопротезирования. Но необходимо помнить, что после выполнения данных упражнений мышцы задней подгруппы бедра необходимо растягивать с помощью упражнений типа «складной нож».

Медиальную подгруппу образуют тонкая, гребенчатая, длинная, короткая и большая приводящие мышцы бедра.

Для включения этой мышечной подгруппы тоже используются специальные упражнения, но при выраженном коксартрозе выполнение этих упражнений может вызвать новые боли, поэтому в стадии коксартроза (асептического некроза) желательно выполнять упражнения только для передней и задней подгрупп мышц бедра.

Тем не менее функции этих двух мышечных групп — таза и бедра — значительно богаче, чем принято считать. Это необходимо знать для понимания их роли в реабилитации не только тазобедренного сустава, но и коленного.

Итак, к функциям этих мышц относятся:

- 1) сгибание бедра в тазобедренном суставе;
- 2) наклон таза вместе с туловищем вперед при фиксированной нижней конечности;
- 3) приведение бедра;
- 4) поворот (ротация) бедра наружу;
- 5) отведение бедра;
- 6) разгибание бедра в тазобедренном суставе;
- 7) разгибание туловища при укрепленной ноге;
- 8) поворот (ротация) бедра внутри.

Кроме этого, эти мышечные группы (таза и бедра) участвуют в укреплении коленного сустава:



- 1) в сгибании голени в коленном суставе;
- 2) в разгибании голени в коленном суставе;
- 3) в повороте голени наружу;
- 4) в повороте голени внутрь.

Я специально так подробно обозначаю эти функции мышц, чтобы акцентировать внимание читателя на необходимости их использования в реабилитационном периоде, так как их неиспользование резко ограничивает движения ноги.

Как можно недооценивать функции этих мышц при реабилитации и лечении двух самых крупных суставов — тазобедренного и коленного? Но тем не менее даже в, казалось бы, крупных и серьезных клиниках не увидишь тренажеры (серьезные) в реабилитационном отделении. Это и приводит к ригидности (жесткости, скованности) мышечно-связочных механизмов сустава, контрактурам бедра, гипотрофии мышц, что довольно часто порождает пессимизм. Ведь обещают лет 15 до следующей операции, и это печально. Я уверен в этом на 100%: хорошо поставленного эндопротеза должно хватить на всю оставшуюся жизнь, но только при условии грамотного использования перечисленных мышц. Это не ЛФК. Это — современная кинезитерапия. Страшно, если оперирующий хирург запрещает нагрузки. Для снятия неправомерных запретов и страхов я и публикую свой дневник. Да, я был первым в этом вопросе — вопросе необходимости силовых нагрузок в первые дни после операции. Но уже десятки моих пациентов повторили этот путь!

Взаимодействие мышц таза и бедра

Необходимо понимать, что отдельно эти мышечные подгруппы включить практически невозможно, поэтому они образуют единую кинематическую цепь. То есть состояние одних



мышц влияет на состояние других мышц. И это хорошо отслеживается при их взаимодействии.

Рассмотрим особенности мышц таза и бедра при движении тазобедренного сустава.

А) **В ротации бедра наружу**, то есть тазобедренного сустава, участвуют **девять мышц**:

- 1) внутренняя запирательная мышца;
- 2) грушевидная мышца;
- 3) большая ягодичная мышца;
- 4) задние пучки средней ягодичной мышцы;
- 5) квадратная мышца бедра;
- 6) наружная запирательная мышца;
- 7) напрягатель широкой фасции;
- 8) верхняя и нижняя близнецовые мышцы;
- 9) большая приводящая мышца.

Для выполнения этих функций и восстановления в этих группах мышц нервно-сосудистой системы и необходимо провести эндопротезирование, когда больной будет к нему готов. Из этого следует, что невыполнение упражнений (на боку, скручивание, лягушка) ведет не только к атрофии этих мышц, но и перелому шейки бедра. Всем своим пациентам, имеющим заболевания тазобедренных суставов, я напоминаю, что практически уйти от этого невозможно, если не заменить сустав.

Б) **В отведении (абдукции) бедра участвуют четыре мышцы**:

- 1) средняя ягодичная мышца;
- 2) малая ягодичная мышца;
- 3) напрягатель широкой фасции;
- 4) портняжная мышца.

Эти мышцы не работают у подавляющего числа людей с коксартрозом (асептическим некрозом) и также плохо работают у людей с эндопротезом в случае неподготовки ног к этой опе-



рации. Между тем именно эти мышцы защищают эндопротез от выпадения его элементов и являются одними из главных в реабилитации на первом после операции этапе. Упражнение относится к категории узколокальных и безопасных при выполнении их именно на тренажере. Необходимо отметить, что попытки выполнения этих упражнений без тренажеров после эндопротезирования могут привести к выпадению элементов эндопротеза!

В) **Сгибание бедра** в тазобедренном суставе осуществляют шесть мышц:

- 1) подвздошно-поясничная мышца;
- 2) напрягатель широкой фасции;
- 3) портняжная мышца;
- 4) гребенчатая мышца;
- 5) длинная приводящая мышца;
- 6) короткая приводящая мышца.

Упражнение «Тяга прямой ногой» на МТБ (см. ниже) необходимо для профилактики послеоперационных контрактур бедра, но выполняться должно достаточно осторожно, так как имеет свободную геометрию движения.

Г) **Приведение бедра** (аддукцию) осуществляют **пять** мышц:

- 1) тонкая мышца;
- 2) гребенчатая мышца;
- 3) длинная приводящая мышца;
- 4) короткая приводящая мышца;
- 5) большая приводящая мышца.

Упражнения активизируют эти мышцы.

Д) **Разгибание бедра** в тазобедренном суставе и **ротацию** его наружу осуществляют четыре мышцы:

- 1) большая ягодичная мышца (наружная);
- 2) двуглавая мышца бедра;



- 3) полусухожильная мышца;
- 4) полуперепончатая мышца.

Некоторые из этих мышц, естественно, участвуют и в других движениях тазобедренного сустава.

Например, подвздошно-поясничная мышца (*m. iliopsoas*) при фиксированной нижней конечности наклоняет таз вместе с туловищем вперед, ей помогает непостоянная малая поясничная мышца, берущая начало от боковых поверхностей XII грудного и I поясничного позвонков и их межпозвонкового диска (МПД). Большая ягодичная мышца при укрепленной ноге разгибает туловище. Передние пучки средней ягодичной мышцы поворачивают бедро внутрь.

Да! Слишком богатая функциональная картина мышц таза и бедра получается! Это надо понять и не грустить по поводу необходимости эндопротезирования. Все будет хорошо, и именно для полноценного включения этих мышц необходимо сделать эту операцию. Иначе остеопороз, и химический кальций не поможет!

Но это еще не все. Помимо мышц таза и бедра существует и мощнейший связочный аппарат пояса нижних конечностей. Перечитайте подчеркнутое! Не правда ли, мощно звучит! Аппарат... пояс. Например, в «Клинических рекомендациях» артрологов США, Европы и России об этом аппарате и поясе ни слова. Жаль мне больных, которых лечат по подобным рекомендациям. И что самое печальное — не придраться! Все официально. Но мы пойдем дальше. Рассмотрим функции этого связочного аппарата тазобедренного сустава, который укрепляет соединения костей, тормозит и направляет все движения ноги.

Связочный аппарат тазобедренного сустава состоит из четырех наружных (внесуставных) и двух внутренних (внутри-суставных) связок.



К внесуставным связкам, укрепляющим суставную капсулу, относятся подвздошно-бедренная, лобково-бедренная, седалищно-бедренная и круговая зоны.

Подвздошно-бедренная связка наиболее прочна не только среди связок тазобедренного сустава, но и среди связок всего организма. Она выдерживает нагрузку до 300 кг (всего одна связка!) и имеет V-образную форму. Волокна связки расходятся веерообразно, покрывая сустав спереди. Подвздошно-бедренная связка тормозит движения бедра наружу и сзади, а также препятствует смещению головки бедренной кости вперед. Например, ограничивая разгибание в тазобедренном суставе (отведение прямой ноги назад) не более чем на 7—13°. Медиально от ее края находятся слизистая сумка, которая в 10% случаев сообщается с полостью тазобедренного сустава.

Это одно из слабых мест суставной капсулы тазобедренного сустава (поэтому так важны для тазобедренного сустава упражнения, укрепляющие эту анатомическую зону сустава)!

Самым доступным из них является тяга бедром вперед, стоя на одном колене (МТБ «дракон»). Но это упражнение должно выполняться в количестве не менее 20 в одной серии. Лучше точку фиксации резинового амортизатора менять по высоте. Например, на тренажере МТБ это выполняется с верхнего и нижнего блоков. Для усиления эффекта воздействия этого упражнения на укрепление подвздошно-бедренной связки тягу с нижнего блока следует выполнять на колене со скамьи. Тем самым увеличивается амплитуда движения. А при выполнении любых упражнений максимальным эффектом обладают длинные амплитуды, благодаря которым мышцы максимально растягиваются и максимально сокращаются, усиливая тем самым связочный аппарат работающей зоны тела.

Лобково-бедренная связка ограничивает отведение бедра, особенно при разогнутом тазобедренном суставе. Главным



упражнением для ее укрепления является приведение бедра после максимального отведения в сторону сидя на полу с вытянутыми вперед ногами или лежа на спине. Но при наличии коксартроза я не рекомендую насильно, то есть через боль, отводить ногу в сторону, так как движение через боль в этой позиции усиливает воспаление суставной сумки тазобедренного сустава. В то же время приведение бедра из максимально возможной зоны отведения выполняет определенную трофическую функцию — функцию питания лобково-бедренной связки. Людям, не страдающим от коксартроза, это упражнение при достаточно большом количестве повторений (от 20 до 50 в одной серии) помогает избавиться от простатита у мужчин и воспаления придатков у женщин. Если эти заболевания не вызваны урогенитальными инфекциями. Но людям без болезней суставов это упражнение можно выполнять и в положении стоя на одной ноге, поочередно их меняя. В данном варианте тяга происходит с верхнего блока, если вопрос касается МТБ. С максимально высокой точки при использовании резинового амортизатора.

Седялищно-бедренная связка укрепляет заднюю поверхность суставной капсулы. Она **ограничивает движение бедра внутрь**.

Эта связка укрепляется противоположно направленным движением по отношению к предыдущему упражнению, то есть отведению, или абдукции, бедра. В варианте на МТБ это упражнение осуществляется, как правило, с нижнего блока, сидя или лежа боком к тренажеру (см. ниже). Оно также выполняет профилактическую функцию по отношению к заболеваниям малого таза, упоминаемым выше. Однако при коксартрозе это упражнение выполнить невозможно, даже стараться не надо.

Если перечисленные выше связки и имеют продольное направление волокон, то круговая зона характеризуется круго-



выми волокнами, располагающимися в толще суставной капсулы.

Круговые волокна кольцом охватывают середину шейки бедренной кости и прикрепляются к передней нижней линии подвздошной (тазовой) кости, а также прилегающим участкам тазовых костей с помощью лобково-бедренной и седалищно-бедренной связок.

К упражнениям, укрепляющим эти связки, относятся все ротационные (вращательные) упражнения. Например, «скручивание», «лягушка», «звезда». Последнее упражнение в домашних условиях выполнить невозможно, поэтому я упоминаю о нем для тех, кто посещает центр кинезитерапии, в котором все эти упражнения делаются на МТБ.

К внутрисуставным связкам относятся связки головки бедренной кости и поперечная связка вертлужной впадины.

Эти связки укрепляются всеми вышеперечисленными упражнениями. Но хотелось бы еще отметить одну деталь при выполнении упражнений. Я рекомендую выполнять все упражнения в таком количестве, которое буквально раскаляет связки. Я люблю выполнять эти упражнения до тех пор, пока не почувствую наполнение работающих мышц теплом.

О других деталях, нюансах упражнений упоминается в отдельной главе.

Ни мышцы, ни связки друг без друга не существуют. Одни качают кровь и воду, и все, что есть в этих жидких средах организма (кальций, фосфор, магний, железо и др.), другие скрепляют анатомические поверхности. Но и те и другие существуют и выполняют свои функции только в активном состоянии, а не в покое. Видимо, именно от наличия подобных систем организма человека появилось выражение: «Жизнь есть движение».

Устройство костно-мышечной системы человека, ее возможностей настолько интересно и таинственно, что разгадка



именно этих свойств даст неограниченные возможности в управлении здоровьем каждому, желающему заняться этим изучением, и что самое главное — у каждого будет только личный ключ к собственному организму. А для начала — терпение, труд, послушание. Это я говорю всем своим пациентам.

Продолжение дневника

5-й день после операции

22.07.2003

Проснулся. Ноги не чувствую. Странно. Сделал несколько движений ногами в стиле «лягушки» — все хорошо. Наконец-то холодный душ. Прогулка на костылях по песку. Мышцы бедра (правого), конечно, еще разбалансированы, сустав вихляется. Но главное не в этом. Я иду и не считаю шаги! Не думаю о том, сколько еще осталось. Нет боли! Это фантастика! Костыли — необходимость послеоперационной жизни. С 9.00 прошел около 300 метров. Посмотрел реакцию ноги...

В 12.00 — реакции нет. Нога и тело просят движения. Вышел из дома в 12.30, прошел весь частный пляж до пирса, по пути для младшей дочки Сашеньки собрал разные раковины (полные и пустые). Вернулся в 13.30. Чувствую, нагрузил ногу серьезно. Но она впервые поднялась из горизонтального положения на спине на 80 градусов. Также смог без поддержки здоровой ноги (как это было ранее) забросить ногу на кровать, но мышцы задней поверхности и спины мгновенно свела судорога. Но боль мышечная так же быстро и ушла, стоило растянуть эти мышцы (на выдохе). Лежу уже довольно спокойно на правом боку, правда, между ног плотная подушка. Лежу на животе. Что еще... При вставании со стула нет болей в

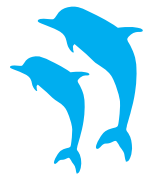


спине, что бывало всегда в последние до операции годы. Также исчезла иррадиация боли в колено. Джордж говорит, что у него боли в дистальной (нижней) части четырехглавой мышцы после операции держались более двух недель. Я, как только встал на костыли, забыл про них. Это был 3-й день, вернее, тогда мне разрешили встать на костыли, а так я готов был ими воспользоваться уже на 2-й день после операции. И уже после прогулки я эти боли в четырехглавой мышце перестал ощущать. Но сегодня пока еще чувствую напряженность мягких тканей в области шва и в верхней части бедра.

6-й день после операции

23.07.2003

Мне показалось вчера вечером, что я себя «кончил». Мы с Джорджем пошли в «Джим-клуб» (тренажерный зал), где после пяти дней перерыва, из которых четыре ушли на клинику и серьезнейшую операцию под общим наркозом, я сел на грудные тренажеры. Поставил прежние веса (ведь всего пять дней), и уже после одного круга, пройдя пять тренажеров, я понял: что-то не то. Уж больно я устал... Второй круг дался вроде бы так же, но я был выжат как лимон. Пульс 120, усталость невероятная. С трудом дождался Джорджа. Минут через 15—20 он пришел, приехав домой (еще и голоден был), я кое-как поел и пошел спать. Думал, провалюсь. Ан нет... Перегрузка стоила мне плохой ночи. С трудом заснул. Проснулся весь мокрый. Перестилал постель, ложился под разными углами. Но что самое интересное, уже спокойно, без подушек спал на животе. Просыпался в 12, в 4, в 6. А тело в порядке! Голова несвежая, а нога и сердце — в порядке! Да. Ногами на тренажерах после двух прогулок по песку я практически не работал, но не поповать тренажер для задней поверхности правой ноги не



мог. Конечно, пока слаба. Работал сначала с двумя пластинами (10 кг), затем с одной. Выполнил восемь движений. До операции тянул этими мышцами 40 кг.

РЕЗЮМЕ:

Мое тренированное тело так резко сникло после операции. А что же происходит с телами людей, не подготовленных физически к операции? Вот основной аргумент необходимости в силовой подготовке к операции.

Пока живу — не позволю телу просесть в таз.

8.45. Взял костыли, пошел по берегу океана. Сначала, как обычно, опираясь на два костыля при опоре на правую ногу. В обратный путь что-то дернуло меня, и я пошел, попеременно опираясь на костыли: правая нога + левый костыль, левая нога + правый костыль. Получился натуральный лыжный ход на костылях. С одной стороны, снялась нагрузка со здоровой ноги. Теперь все поровну. А то левое бедро (здоровое) раскачается — не догонишь. С другой стороны, при быстрой ходьбе нагрузка на правую вроде не увеличилась. Ну и, наконец, возросла скорость передвижения — критерий восстановления мышц нижних конечностей и способ сгонки лишнего веса.

Да. К пиву как-то стал равнодушен. Привык, видимо, оно очень хорошо снимало мои прежние нагрузки. Теперь в этом необходимости нет!

Повторил ходьбу в районе четырех часов. Такой марш-бросок до первого флага²⁷ и обратно (около 400 метров), но лыжным ходом. Устал, конечно, намного быстрее, чем при обычном переползании на костылях. Я все вспоминаю Бостонский госпиталь, в котором при выписке специальный социальный сотрудник подробно выспрашивает о количестве ступенек перед домом, надо ли подниматься на второй этаж, есть ли поручни. Обучают пользоваться специальной палкой с щип-



цами на конце, чтобы зацепить и надеть носок на специальный футляр, в который засовывается нога. Зачем? Чтобы не наклоняться в первые шесть недель. Ну в футляр моя правая четырехугольная пятка²⁸ просто не залезла. Носки я, конечно, надеть не мог, поэтому предпочел босиком и в тапочках. Тут у меня целая школа советского госпиталя, где ни о каких приспособлениях и помощи при надевании носков речи даже не шло. Как-то надо было ухитриться делать это с гипсом от таза. Но дело не в этом. Зачем я все это рассказываю? Еще раз обращаю внимание на то физическое состояние, в котором приходят люди оперироваться. Я никак не мог понять и постоянно задавал один и тот же вопрос: «Когда снимут все ограничения (наклоны, повороты и т.д.) и я смогу пойти самостоятельно без палки?» Мне говорят, что через шесть месяцев. Я: «А как же мышцы? Их же тоже надо восстанавливать какое-то время?»

Мне отвечали (и это приводило меня в шок) все, даже американские врачи: «Лежите. Мышцы нарастут сами. Чем лучше и правильнее будете лежать, тем лучше для ноги».

Спорить, конечно, не стал, а про себя подумал: «Вырасти-то они вырастут, только какого качества?»

Я был готов к подобному общению с врачами и просто ждал, когда меня выпустят из больничной «клетки», и тогда я наброшусь на свое тело, как изголодавшийся зверь на долгожданную жертву.

Итак, вечер. Тренажерный зал. Учитывая вчерашний силовой шок, решил вести себя поаккуратней. Начал с тренажера для выпрямления ноги из положения согнутого колена. Как бы удар пяткой с валиком на бедре. Поставил 40 фунтов, сделал 12 повторов затем снизил вес до 20 фунтов — сделал 15 повторов.²⁹ Трижды подходил к этому тренажеру. Очень понравилось движение. Затем поработал над сгибанием голени (начал с 30 фунтов, довел до 60 также по принципу пирамиды), поп-



робовал упражнения для разгибания голени сидя — катастрофа! Поставил 20 фунтов, не потянул, опустился на 10 (5 кг) и стал работать. Малоприятное стреляющее по ноге ощущение. Но в процессе занятия подходил еще дважды к этому тренажеру³⁰ и уже без проблем (мышца вспомнила) работал с пирамидой, снижая вес до 20 фунтов и до 10. На тренажере для бицепса бедра (не менее сложный) также поработал сверху вниз (20, потом 10 фунтов). Сегодня занимался мышцами спины. Не форсировал. Сделал три подхода к вертикальной тяге (на уровне 100 фунтов) и тягу гантели (очень удобно), сначала 70 фунтов, затем 75 фунтов каждой рукой поочередно.

Очень понравился тренажер для пресса (лежа на спине, ноги согнуты, держась за ручки у головы, сгибаешь тело вперед, к коленям с противовесом).

В первый день я поставил 30 фунтов и через 22 повторения «сдох» (два подхода). Сегодня те же два подхода, но уже по 30 повторений.

Дело в том, что до операции этот тренажер мне практически ничего не давал, так как я не мог согнуть спину до нужной нормы! Она не гнулась из-за ноги. Закончил я на турнике (колени поднимались много выше привычного уровня! В первый день мне вообще было трудно поднять ногу). Затем подтягивание (8—10 раз).

Остался доволен. Но так же устал. Пульс от 120. Еле поел. Душ и сон. Проснулся опять совершенно мокрым. Принял душ, закутался в широкое полотенце и снова уснул. Вчера вообще не мог спать. Ворочался.

7-й день после операции

24.07.2003

Проснулся в 5.30. Ничего не болит. Спросонья побежал в туалет и, только выходя оттуда, обратил внимание, что не взял



костыль! То есть я прошел, ни на что не опираясь, и не заметил этого (7-й день). Это радует.

Вчера, после 1-го тренажерного (после операции 6-й день) занятия ногами на локальных тренажерах, кроме жима ногами, сделал все по три подхода с максимально допустимыми весами, нога отекала утром в основном ближе к коленному суставу. Шов тянуло и рвало, внутри бедра что-то перемещалось и пугало меня. Прислушавшись, понял, что это не новый сустав бунтует из-за нагрузок, а мышцы радуются, освобождаясь от послеоперационных спаек. Утром, на 7-й день, как будто ничего не было. Стройная, я бы сказал, красивая нога. А вчера вечером в зеркале я увидел синюшно-багровую отечность по всему шву. Нет. Ничего. Белая, немного порезанная кожа внешней поверхности бедра с внешней стороны.

Утреннюю прогулку из-за проливного дождя перенес на 10 часов. Как раз позавтракал (макароны, колбаса) и вперед. Засек время и лыжным ходом на костылях, по мокрому тяжелому песку потащил свое стокилограммовое тело, работая руками и ногами попеременно. Накрапывал дождь.

Я поставил задачу пройти максимальное возможное расстояние за 20 минут, то есть ускорить темп ходьбы. И что самое поразительное — прошел!

А вчера смог пройти только 10 минут, да по сухому песку. Но дело не в этом. Я прошагал практически весь берег до пирса в 2 раза быстрее, чем 2 дня назад.

Великолепная аэробная летняя «лыжная» работа — по песку, на костылях! А я хотел их оставить в Америке. Нет. Уплачено — мое! Настроение — трудно передать.

Я уже выполнил все американские программы в 4 раза быстрее (имеется в виду ходьба без костылей). Функционально — аналогов просто нет!



Вечером решил резко снизить работу на силу, к тому же у Джорджа день рождения, ему сегодня 69 лет (тяга нижняя — 90 кг, жим ногами на тренажере — 140); качает все, крутит педали с двумя эндопротезами через 5 недель после второй операции — каково?

Качнул плечи. Надо сказать, плечевые тренажеры здесь слабые. Вечером выпил под лобстера четыре маленьких «Гиннеса» и граммов 200 вина светлого. Очень тянет шов. Я почему-то это связал с купанием в океане. Кстати, о купании. Со стороны американских врачей — полный запрет. Видимо, что-то печальное у них с этим связано. Я подумал и решил: навредить можно только брассом и баттерфляем, действительно вывихнуть сустав. Но я не собирался так плавать. Для меня главной сложностью было зайти в океан и выйти из него без костылей. Помог песок. Я подошел вплотную к воде, бросил костыли и аккуратно вполз в океан. Первая же волна покатила меня. Я впервые двигался без костылей, пусть и в воде. Ощущения — не передать! Наплававшись вволю, вышел. Вернее, выполз на четвереньках, волоча за собой свою ногу. Класс! Никаких проблем, вот только шов тянуло, как никогда. Джордж предложил таблетку. Я отказался.

8-й день после операции

25.07.2003

Ох и аукнулись эти четыре «Гиннеса» и 200 граммов вина. Вроде спал, как всегда. Проснулся опять мокрым, пропитано все одеяло. Написал что-то, выпил чаю и решил совершить марш-бросок. Но хватило на 10 минут. Тело волочилось, жалко смотреть. И все из-за пива? Нет, все это привычки больных людей, неспособных обойтись без допинга. Мне это уже ни к чему. Днем еще раз попробую реабилитироваться. В обед придумал новую забаву — ходьба в океане (по пояс).



Сначала кажется легко, а затем понял, что не очень. И главное — никаких костылей. Зашел в воду и вышел уже не на четвереньках! Более или менее нормально, но опасаясь наступать на ногу в полную силу — кандыбаю (и это 8-й день).

Вечер посвящен тренажерам. Наконец почувствовал тело. На груди практически вернулся к прежним весам. Главное, не чувствовал неприятной слабости. Утренняя недоработка высвободила потенциал ног, и практически везде я усилил на одно деление вес. По три подхода на те же тренажеры для ног. Самые сложные пока тренажеры для передней и задней поверхности бедра.

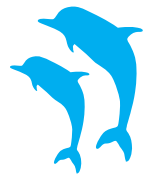
Шов тянуло нещадно. Кусочек льда несколько снижал это ощущение. Но спал неплохо.

9-й день после операции

26.07.2003

Проснулся рано. В 5.30. Чай зеленый, фрукты, еще поспал час. Написал (как-то сразу сложился) стих (это для проверки сосудов мозга, в юности я много писал, сейчас иногда поддерживаю) и — вперед, лыжный ход. Свою дистанцию прошел быстрее на две минуты. Запас еще есть. Тело наконец стало приходить в норму.

Да, забавный случай в тренажерном зале. У хозяина зала (молодой парень лет 36) болит правое плечо (как-то, когда он выполнял упражнения на тренажерах, что-то сделал неправильно, и с тех пор он плохо ворочает плечом), боль идет в шею, руку. Ему уже предложили операцию. Джордж порекомендовал меня. Я посмотрел его на кушетке — банальный перiarтрит плечелопаточный (с моей точки, конечно, зрения). Показал систему работы с больным плечом. Его помощник все записал. К концу консультации плечо человека, чуть не



согласившегося на операцию, крутилось во все стороны. Тут же ко мне подошли еще два качка (все это серьезные ребята, что лишний раз подтверждает: мышцы без мозга — нагрузка телу). У одного бедняги (лет 45—46, мощного телосложения) просто беда с плечами. Мне говорит, что у него артроз (это у плеча-то?). Руки действительно плохо работают при поднимании, левое плечо слегка укорочено и выдвинуто вперед. Я пропальпировал его и спрашиваю, какая у него была травма, потому что виден мышечный зажатый спазм глубоких мышц-ротаторов. Он сознался, что однажды поднял штангу и почувствовал боли в плече. Я дал ему такую же программу, как и первому, только слегка подкорректировал, учитывая резкие ограничения подвижности плечевого сустава.

Подошел третий качок со старой травмой большой грудной мышцы. Короче, спрашивают у Джорджа, не хотел бы он (то есть я) остаться здесь, из чего я сделал заключение, что кинезитерапевту работы хватает по всему шару.

Подарили футболку фирменную Gold's Gym.

Днем походил по дну океана. Потом спал. Очень тянуло шов. Взял пакет со льдом и долго растирал шов, пока пакет не растаял. Болезненность несколько стихла.³¹

Вечером опять пошел в тренажерный зал, Джордж отказался. Все-таки ноги у него болят. Ходит все так же, как и до операции, враскорячку. Видимо, втихаря принимает таблетки.

Все удивляется, что у меня ничего не болит (шов — это норма).

Качнул спину уже на 70%. Нога из-за утреннего кросса по пляжу не смогла выйти на вчерашний уровень. Джордж уехал, пока я занимался. И я прогуливался вдоль парковки машин, заодно изучая марки автомобилей. Фактически первый раз (9-й день после операции) я ходил долго (20—25 минут) с одним костылем в левой руке по асфальту! Как же это здорово — ходить без боли!



Нога, конечно, еще сырая. Сохраняется отечность в верхней (паховой) части бедра, и мышцы пока затянuty. Хотя даже по сравнению с состоянием до операции у меня новые амплитуды (отведение назад, которого не было совсем, и полная ротация внутрь с приведением колена, этого тоже не было). Сегодня дотянулся рукой до пальца правой ноги! Сустав уже не болтается. Сплю почти одинаково на обеих сторонах. Но пока предпочитаю на левой.

10-й день после операции

27.07.2003

Ночь прошла спокойно. Практически не потел.

Появились сновидения, временно куда-то исчезнувшие. Как всегда в эти дни, примерно в 6 утра поел фруктов. Выпил чай с медом (я заметил, что американцы к чаю равнодушны, все время колы со льдом, тоники, газированная минеральная вода).

Затем написал письмо. Почувствовал силы и пошел гулять. Заметил одну особенность. Если я даю хороший кросс, как говорится, на результат, то к вечеру нога на тренажерах никакая.

Поэтому проверю еще раз. Прошелся в среднем темпе, по пути подобрал несколько крупных ракушек. Холодный душ, дневник, факс.

Заметил, что появилась возможность опускаться на пятки сидя на коленях. Однажды проснулся от неудобной позы — нога была без подушки под ней, то есть стал спать во всех позах, но пока недолго.

Динамика интенсивно идет в плюс.

Весь день загорал. Стал шоколадным.

Вечером действительно позанимался лучше. Не скажу, что прибавил веса на тренажерах, но стал выполнять достигнутое



стабильно. Хотя на тренажере для жима одной ногой начал толкать (колени вперед) 100 фунтов, на тренажере для разгибания ног преодолел 20 повторений (добавил 2,5 фунта).

На бицепс бедра уже выполнял упражнение с 30 кг, хотя в первом подходе погорячился. Сразу с 30 начал. Вообще, на тренажерах 1-й подход должен быть на уровне 70% от максимума, не больше, тогда все последующие подходы будут выполняться полноценно!

Верх³² идет хорошо. Особо не рвусь, но в целом прежнюю форму обрел. Уделяю прессу больше внимания. Джордж отмечает, что я похудел. Надо бы взвеситься. Сплю пока неважно. Но уже потому, что один. Нога в отличном состоянии.

11-й день после операции

28.07.2003

Лег рано. Как всегда в эти дни, после тренажеров немного колотило (озноб). Помог горячий душ.

К сожалению, сауны нет, а это лучший способ миорелаксации. Здесь вообще нет культуры сауны по правилам русской бани. Так, сидят при температуре 60 градусов. Варят тело. потеют. А сердцебиение-то усиливается.

Проснулся в 3.30. Попил горячего черного чая с молоком и медом (хорошее слабительное и мочегонное средство). Если живот до сна и был раздут от еды, то после чая стал плоским.

Заснул до 6. В 7.30 пошел на кросс. Шел, как мне показалось, вяло. Песок был какой-то глубокий. Но минуту сбросил, пульс — 140 в минуту, почти предельный для этого способа передвижения. Через 5 минут опустился до 100. То есть все правильно. Холодный душ, и полный порядок. Болей в ноге нет. Вечером ногу нагружать не буду. Спазм в верхней части



бедро пока сохраняется, сохраняется в этой зоне и отечность. Вечером заниматься не стал, ждал Иру.

Думал, погуляю с ней по магазинам. Но она приехала очень поздно, и мы успели сходить только в ресторан. Утром я понял, что заниматься надо ежедневно! Нога как бы затягивается, и под утро тяжело спать на спине и на животе, вытянув ногу. Вот бы сейчас кстати мой тренажер МТБ-1.

Надо добавлять ежевечерне растягивающие упражнения, то есть я хочу сказать, что день без занятий на тренажерах казался хуже, чем перегрузка в зале. (Важное наблюдение. Особенно для тех, кто себя жалеет.)

После перегрузки только тянет шов, но мышцы под утро не спазмируются. Неприятное чувство.

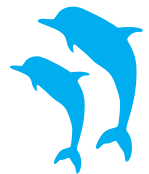
А перегрузка? Вопрос философский. Если до операции на мышцы задней поверхности бедра делал 40 кг, а сейчас 15, на квадрицепс 50, сейчас — 10. Как к этому отнестись? Правильно! Надо работать!

12-й день после операции; нагрузки растут

29.07.2003

Кросс по песку. Попробовал идти в воде. Не очень удобно. После кросса физическое самочувствие улучшилось. Поел фруктов. Выпил три чашки чая с молоком. (Пить надо много, особенно после занятий на тренажерах.)

В 12 поехал с Ирой в шоп-тур, думал к вечеру попасть на тренажеры. Ходили практически с 12.30 до 17.30 (я с одним костылем!), то есть 5 часов. В целом устали, но с ногой проблем не было! И шопинг не всегда доставляет удовольствие. Занятие решил отложить до 30.07. Утром все нормально, хорошо спал, но мало. Зачем-то перед сном выпил черный чай, а он всегда сбивает мне сон.



13-й день после операции

30.07.2003

Проснулся в норме. Пошел на длинный кросс. Прошел за 17 минут (на сегодня это предел, уж два раза показал этот результат). Пульс сразу 132 удара в минуту.

В 11.30 поехали в шоп, докупать. Бродили меньше, так как знали, что где. В 15.00 завершили (4 часа). Ходил с тростью. Достаточно легко, хотя ногу пока как бы волочил. Проводил дочь.

В 18.00 с Джорджем в тренажерном зале думал, что буду умирать. Отнюдь. Обновил все результаты и на тренажерах для ног.

Практически (кроме пока нелюбимого упражнения на разгибание голени) дошел до прежнего уровня. На спину результаты рекордные. Хорошо пробил пресс (начинал с 30 фунтов 20 раз, сейчас 50 фунтов 40 раз в трех подходах). Думаю, уже можно ходить. Подожду официального разрешения. Но такой нагрузки и удовольствия от нее не ожидал.

14-й день после операции

31.07.2003

Поймал себя на том, что уже три ночи не потею. Нога крепнет день за днем, но пока доверять ей без палки рано.

Длинный кросс — 17 мин. Пульс — 142. Половину пути ходьба (костыли уже использую как лыжные палки, то есть без опоры под мышкой), половину — что-то наподобие бега трусцой, только босиком и по песку! Вот и пульс поднял до нормы. Сегодня плавал дельфином (ноги вместе). По боковой и передней поверхности бедра еще мышечные провалы. Поэтому хромота остается. (Как я понял много позже, моя хромота связана с поврежденным, неработающим голеностопным суставом.)



Но исчезло падение корпуса вправо (то есть асимметричная походка)³³.

Вечером активно «работал с грудью». Ноги проработал на тренажерах, в которых исходное положение сидя и лежа на груди, показатели возросли. Все хорошо.

15-й день после операции

01.08.2003

Сегодня утром наконец-то почувствовал мышцы правого бедра. Что это значит?

Если в первый день после операции напрочь ягодичцы или бедро казалось немыслимым — боль страшная. Если еще вчера по боковой и передней поверхности бедра шли мышечные провалы (то есть пальцы нащупывали какие-то ямы с перемежающимися плотными мышечными тяжами), то сегодня я запустил пальцы в эти непонятные мышцы и стал разминать эти тяжи.³⁴

Если когда-нибудь вы пробовали пальцами мять кусок глины, то сначала это непонятная, упруго-твердая субстанция, которая под вашими пальцами начинает приобретать нужные вам формы. Так и здесь. Больно, конечно. Но боль — это прежде всего отношение к ней. Такая боль мне помогает понять свои мышцы.

Постепенно тяжи и провалы стали исчезать, и я почувствовал структуру мышц. Фасции стали отделяться от мышц, шов от фасций.

И вдруг все бедро стало прежним!³⁵ Причем единственное уплотнение — это старый кусок шва. Я его всегда чувствовал.³⁶ Размял бедро и ягодичцу, и даже пальцами шов найти не удалось.

Резюме: только адекватные, то есть максимально допустимые, индивидуально подбираемые на каждый день,



нагрузки необходимы при реабилитации после подобных операций.

Естественно, бедро надо готовить к операции. Тогда оно будет предметом зависти прооперированных без подобной подготовки и без специальной программы выхода из операции.

А не заняться ли мне глиной? Должно получиться. (Смеюсь.)

Широкий шаг — кросс 17 минут на пульсе 138. Вечером в тренажерный зал. Наконец-то появилось это новое для меня движение — стоя на четвереньках (колени — локти) правой ногой толкаю под углом 70° плиту вверх (бицепс + квадрицепс бедра) до полного разгибания ноги в коленном суставе! Попробовал это движение два дня назад — ничего не получалось. А до операции отведение ноги назад — не сделать вообще. Сделал три подхода (1,5—1—1,5) по 8—10 повторений. Усилил толкание бедром до 160 и отведение бедра назад (3 кг).

Остальное по плану: разгибание и сгибание (15 кг и 25 кг соответственно).

Плечи, руки в норме.

16-й день после операции

02.08.2003

Утренний кросс по песку. Костыли служат лыжными палками, причем с малой опорой!

После кросса плавал дельфином. Море освежает. И главное — никакого дискомфорта в ноге! Зашел в воду и вышел спокойно! А начинал с четверенек, как краб. Стал по дому ходить без опоры. Первые шаги без опоры.

Думаю, вечером попробовать жим ногами под углом 45 градусов. Что ж! Все получилось (50—80 фунтов — не знаю точно



вес пластины), упражнение на пресс сделал примерно 300 раз. Спина: нижняя тяга (первый раз) — отлично.

Пришел в зал без трости, но в конце дня почувствовал: рановато.

17-й день после операции

03.08.2003

Ночь прошла спокойно. 1-й этаж, очень влажно и душно. Утром (в 6.00) длинный кросс (костыли вместо лыжных палок). Что надо отметить? Время затратил столько же (17—18 минут), а пульс (сразу после) 129 (а был 142).³⁷

Так как могу ходить и без палок, то второй раз подряд вечером плавал (дельфин, кроль), потом холодный душ, чай. Это последний день на вилле Джорджа.

Вечером проверил ноги уже на всех тренажерах — все в порядке, только за счет новых движений (жим ногами лежа и толкание ногой плиты вверх) беспокоит шов, на этот раз на ягодице.

Сделали контрольный рентгеновский снимок. Норма. Рекомендовано четыре недели доходить с палкой (решил для себя, что только на улице).

Сегодня при последней встрече с доктором Маттингли узнал, что в реабилитационное отделение меня и брать-то не хотели, видя мои фокусы в кровати и тем более ходьбу на костылях. Другие больные спросили бы врача: «Вы что, лучше прооперировали этого русского?» А я рад был поскорее вырваться за пределы клиники.

Вообще-то меня угнетала все это время одна мысль. После операции я видел свои снимки. Видел имплант, вживленный в полость слабенькой, почти прозрачной и тонкостенной бедренной кости.



Имплант был рассчитан на мой общий вес где-то 110 кг. И я переживал, выдержит ли эта тоненькая бедренная кость с явными признаками остеопороза, развившегося в бедренной кости из-за неиспользования большей части мышц этого бедра до операции ввиду отсутствия подвижности в пораженном суставе. Но после операции такая возможность появилась в полной мере. И я полностью ее использовал, хотя первое время при выполнении некоторых упражнений, например жима ногами лежа под углом 45° , я слышал различные скрипы и перестуки в области импланта.

Это напрягало, но мой хирург сказал, что это норма. Со временем, спустя три-четыре года, они исчезли.

Но я все это время помнил рентгеновские снимки бедра. И вот, спустя три года, я вновь приехал в Бостон, сделал снимки на том же рентгеновском аппарате (в США при эндопротезировании суставов магнитно-резонансный томограф не используют).

Джордж тоже сделал. Он был со мной и все это время выполнял мои рекомендации после эндопротезирования. Каково же было мое удивление (да и хирурга тоже), когда я увидел на снимке бедра вместо тонкостенной, почти прозрачной бедренной кости мощную «шпалу», внутри которой жил своей жизнью имплант, вросший в нее и даже «пустивший корни». Он стал родным для бедренной кости и всего опорно-двигательного аппарата. У Джорджа (а ему было уже 72 года) была такая же картина с его «костями».

Я ради приличия спросил врача: «Доктор, могу ли я жать ногами вес больше 200 кг?» Он честно ответил, зная, что я тоже врач: «Делайте, что считаете нужным. У нас такого опыта нет». Эта реплика дала мне право называть российскую реабилитацию в программе кинезитерапии лучшей в мире! Дело в том, что журнал Forbes за январь 2007 года опубликовал статью «Запчасти для человека», в которой американская школа протезирования, а в частности Boston Scientific, признана ведущей



в мире. Около 160 000 американцев ходят с искусственными тазобедренными суставами из титана и пластика, 280 000 — с искусственными коленными суставами и прочими вживленными в тело конструкциями. И хотя не все так однозначно, я постарался изложить свою точку зрения на эту серьезнейшую проблему. Хирурги пока еще не придают серьезного значения до- и послеоперационной реабилитации при тотальном эндопротезировании суставов, их интерес понятен — они представляют интересы прежде всего фирм — производителей вживляемых устройств, получая за продвижение товара многие тысячи долларов в качестве грантов. Но нас, потребителей, должно беспокоить только собственное здоровье, и к его восстановлению необходимо подходить серьезно и не спеша.

**«Счастье — это когда ничего не болит»
(Бубновский С.М.).**

От коксартроза не умирают. Спешить не надо. Я предлагаю (конечно, с помощью хирургов) вернуть качество жизни людям с плохими суставами. Но для этого и необходимо тщательно готовить свое тело к операции по тотальному эндопротезированию. Операции кровавой, жесткой, но помогающей при правильной реабилитации вернуть понимание счастья.

«Счастье — это когда ничего не болит» (Бубновский С.М.).

***Заключение. Вернуть себе себя,
или Творческий отпуск вместо страданий***

03.08.2003

Что дало мне время, проведенное в Америке, помимо возвращения полноценности бытия физического?



Я очень хорошо теперь понимаю влияние физической ущемности на психоэнергетическое состояние человека.

Эти годы (27 лет) я не хотел деградировать ни физически, ни психологически.

Все эти годы жил за счет суперкомпенсации оставшегося нетронутым тела. Конечно, никто из окружающих и не представляет, чего мне это стоило. Это было моей главной победой и прежде всего над физическим недугом. Я доказал себе, что можно жить достаточно полноценно, даже не имея возможности свободного перемещения в пространстве.

Но суть не в этом. Что же мне дало восстановление своего физического статуса?

Я освободил колоссальное количество энергетики, уходившей на борьбу с болью. За это короткое время (чуть больше двух недель) я:

1. Написал книгу, достаточно объемную, правда, резкую. Но, я уверен, она после публикации найдет своего читателя.

2. Написал (и буду продолжать писать) дневник реабилитации по правилам кинезитерапии. Опубликую обязательно в сравнении с американскими рекомендациями (см. в конце главы).

Шел по этому пути вопреки запретам врачей, консультировавших меня. Были опасения, но каждое утро делало меня все увереннее и увереннее в правильности именно такого подхода в реабилитации после тяжелых операций, который я продумывал и просчитывал много лет. Теперь-то мне никто не сможет возразить. Для этого надо пережить хотя бы 10% того, что пережил я.

3. Открылся и лирический канал. Я думал, что меня хватит только на письма, но неожиданно разразился целой серией, с моей точки зрения, очень даже неплохих лирических стихотворений.



4. Написал и некоторые полемические очерки, которые еще доведу до кондиции.

Одним словом, эти две недели (без телевизора и чтения) получились неделями не страдания (как водится в обычной практике), а творчества, своего рода творческий отпуск.

Этому я обязан тем самым 27 годам самоконтроля и самоподготовки к экстремальным ситуациям, которые могут случиться в жизни каждого.

Подавляющее число людей живут, оберегая себя от, как они считают, насилия над собой, то есть не занимаются регулярно хотя бы гимнастикой. Но организм малодвигающихся и малонапрягающихся исподволь готовит их организмы к самому страшному испытанию — испытанию дряхлостью. Вот уж поистине ежедневный экстрим (подняться по лестнице, выйти из машины, войти в автобус, наклониться, поднять, принести). И этот экстрим длится с утра до вечера и даже ночью. И только таблетки продлевают такую жалкую, даже самому себе не нужную жизнь.

Так не лучше ли заранее предотвратить это «экстремальное» бытие, ежедневно выполняя хотя бы простенькую гимнастику на силовую выносливость (ходьба, приседания, пресс) с элементами растяжки (стретчинга) в конце. Каждый день 30 минут, и ты обеспечишь себе наполненную всеми радостями жизни полноценную старость.

Но посмотрите вокруг! После 50 люди уже не живут, а «доживают». Они считают, что самое интересное в их жизни осталось позади, и поэтому начинают деформироваться как физически, так и психологически, прикрываясь иллюзиями собственной полноценности (например, богатством, обеспеченностью). Но хуже, конечно, тем, у кого и этого нет.



При таком образе жизни появляются и другие заболевания (лишний вес, ИБС, гипертония и пр.), высасывающие ту самую энергетику творчества и любознательности к жизни, которую человек с годами должен только набирать. Остались одни иллюзии.

Болезней опорно-двигательного аппарата не избежит ни один человек, если не будет преодолевать ежедневно собственную лень, слабость и страх!

Таких не радует ни солнце, ни дождь, ни снег, ни слякоть, ни жара. Им плохо всегда, они закрываются от окружающего их мира, а значит, от жизни. Таких, к сожалению, большинство, и не только среди людей обеспеченных. Просто у людей с меньшим достатком и иллюзий нет. Жизнь и тех и других превращается в многолетнее страдание, в дырку от бублика. Все съедено в первые 50—60 лет жизни. Хочется жить, как прежде, а нечем! И это расплата за потерянное всеу здоровье, данное каждому на срок до 100 и больше лет.

У меня начинается новая жизнь. Я проголодался и отощал по ее полноценному потреблению. Кто будет прислушиваться хотя бы к некоторым моим рекомендациям, сможет спасти себя от бессмысленности существования. Ибо смысл жизни находится в пределах собственного полноценного физического и психического самоощущения и соответственно самоотдачи, на которую способен только Homo Sapiens, а не некто с глазами, полными безумия.

И еще.

В нашем теле все настолько взаимосвязанно, что понимаешь это лишь в случае восстановления, казалось бы, потерянной функции. Поражение даже одного сустава способно влиять на совершенно неожиданные для больного человека скрытые психические энергии. А если точнее — информационные центры головного мозга. «Что имеем — не храним, по-



терявши — плачем». После реконструкции и восстановления сустава я ощутил новые психоэнергетические возможности. Вернулась стихотворная и прозаическая память, исчезла пелена в мыслях, появилась ясность. Очень тонко стал чувствовать тело, знаю, что ему нужно и что ему вредит. Кто-то назвал бы это открытием третьего глаза. Я ловил себя на том, что, слушая американское телевидение и не зная языка, вдруг что-то понимал, как будто накладывается голос сурдо-переводчика.

Именно правильное выполнение упражнений гарантирует не только быстрое и качественное функциональное восстановление, но и освобождает от необходимости проведения повторной операции.

И что самое интересное, я понял, что на борьбу с болью у меня уходило не менее 75% всей жизненной энергии, которая в настоящее время переместилась на творчество в медицине, под общим названием — КИНЕЗИТЕРАПИЯ.

Хочу сразу предупредить: повторять мой пример реабилитации после ТЭТС никому не советую, так как физически я был очень хорошо подготовлен к ней. Но, несмотря на колоссальные для того периода моего физического состояния нагрузки, я выполнил главную задачу. Была создана система и принцип подбора силовых упражнений в послеоперационный период. Этого можно было добиться, только выполняя нагрузки на предельном уровне. Я не сорвался ни разу и достиг желаемого результата за очень короткий период времени — за три недели.



Эта методика была озвучена на конгрессе реабилитологов и подтверждена патентом. За эту работу я получил свидетельство Министерства здравоохранения РФ о признании ее одной из лучших в теме «Реабилитация».

Но тем не менее именно правильное выполнение упражнений гарантирует не только быстрое и качественное функциональное восстановление, но и освобождает от необходимости проведения повторной операции. Я уверен, что эндопротез, имплантированный в бедренную и тазовую кости, при правильной реабилитации должен служить всю оставшуюся жизнь. Хочу отметить и другой не менее важный фактор. Выполнение этих упражнений поднимает на невиданную высоту психоэмоциональный настрой и задает боевой ритм жизни в последующие после операции годы. Я каждый день после выполнения своей программы испытываю потрясающее удовольствие от занятия. Это позволяет мне не только выполнять практически любые физические нагрузки, но и сохранять работоспособность в течение всего рабочего дня, каким бы длинным и тяжелым он ни был. Когда-то я говорил, что жизнь у нормальных людей начинается только после 40. Сейчас я говорю, что жизнь начинается только после 50. А что будет после 60? Я уверен, новые позитивные открытия, которые у здоровых людей должны появляться каждые 10 лет. Честно! Но пусть не отчаиваются и те, кто в силу объективных причин в определенный период не мог уделять внимание здоровью. Я врач драматической медицины, то есть все пропускаю через себя, прежде чем рекомендовать какие-то методы лечения и реабилитации своим пациентам. Поэтому многие вещи, касаемые здоровья и нездоровья, мне понять проще. Рекомендую взять мои рецепты на вооружение и применять их день за днем. Никогда не поздно начать. Еще раз внимательно прочитайте эту книгу и начинайте!



СИСТЕМА 12 УПРАЖНЕНИЙ для тех, кто решил изменить свое отношение к здоровью

Несмотря на множество научных публикаций в специальной литературе, посвященных реабилитации больных после ТЭТС, остаются неясными и до конца не исследованными многие вопросы, касающиеся объема и форм допустимых физических нагрузок в послеоперационном периоде с целью восстановления двигательных функций прооперированного сустава.

Вопросы о **необходимости** проведения **дооперационной подготовки** к ТЭТС **не рассматриваются вовсе** или рассматриваются на уровне сбора анализов, хотя, с моей точки зрения, именно этот период имеет важнейшее значение для более быстрого (до 1 месяца) и качественного восстановления в послеоперационном периоде. Огромное количество запретов на какие-либо «несанкционированные» движения прооперированной конечности надолго выключают пациента из активной жизни и чаще всего не позволяют в дальнейшем полноценно использовать опорно-двигательный аппарат. Отдельные удачные случаи возвращения пациентов после ТЭТС к активной жизни лишь подчеркивают весь трагизм сложившейся ситуации. А общеизвестные сроки реабилитации после ТЭТС в 6 месяцев и больше — слишком велики для восстановления мышечной и сосудистой систем нижней конечности, пострадавшей от болезни и операции. Хотя в подавляющем числе случаев после замены пораженного тазобедренного сустава на имплант функция ноги, как показывает практика, восстановиться полностью неспособна.

Официальная статистика неумолима: 70% пациентов после ТЭТС нуждаются в повторной операции в первый год.



Почему такое происходит? Постараюсь ответить на этот вопрос тезисно и подсказать специалистам пути решения данной проблемы.

К сожалению, большинство ныне применяемых реабилитационных методик связаны с назначением в послеоперационном режиме упражнений из ЛФК³⁸ и исключают использование тренажеров силового ряда. Если и применяются устройства, называемые кем-то тренажерами, то качественная биомеханическая составляющая этих приспособлений слишком ограничена и примитивна, что не позволяет активно использовать мышечные насосы скелетной мускулатуры при восстановлении нервно-сосудистых путей, частично нарушенных в ходе операции. То есть неиспользование силовых упражнений для мышц прооперированной ноги в послеоперационном режиме или не рекомендуется, или запрещено.

Поэтому в основном применяются простейшие блочные устройства (и то не всегда и не везде), на которых пациент с помощью обычных веревочных тросов поднимает и опускает прооперированную ногу на кровати в послеоперационном периоде. При этом не учитывается так называемая геометрия движений поднимаемой и опускаемой в плоскости кровати прооперированной ноги, то есть выше или ниже, больше вправо или влево. О контроле нагрузок речь и вовсе не идет. Так, на глазок. Сделать 5 или 10 повторений в одном упражнении, и хватит. То есть движения совершаются ради движения.

Достаточно упорно отстаивается мысль, что силовое воздействие может сместить имплант. Но в том-то и дело, что в современной кинезитерапии используются тренажеры, на которых создается возможность контролировать местоположение прооперированной ноги, не давая возможности сместиться без команды ни по горизонтальной, ни по вертикальной оси. То есть бедро всегда фиксировано к креслу тренажера,



и о его несанкционированном смещении не может быть и речи.

Я редко вижу врачей, занимающихся в тренажерных залах. Самое любопытное, что специалисты по ЛФК не интересуются новыми тренажерными машинами. Видимо, у них перед глазами стоят перекачанные бодибилдеры, пугающие неспортивных людей размерами своих мускулов. Или тяжелоатлеты, поднимающие штанги с выпученными глазами и раздутыми венами на шее. Это действительно пугает. Но я повторяю: тренажер, который используется в реабилитации, помогает восстановить работу мышц, забывших свои функции. Например, мышцы спины даны человеку для того, чтобы он смог подтянуться и выбраться из ямы. Мышцы ног — для того, чтобы убежать в случае опасности, перепрыгивая при этом через препятствия. Но все подобные экстремальные упражнения можно увидеть только в триллерах, приключенческих фильмах, но не в жизни. Видимо, поэтому в последние годы стали появляться различные экстремальные виды спорта. Человек скупает по адреналину. Он сел в машину, за компьютер, в кресло офиса. Он неспособен подтянуться, отжаться, наклониться без боли в спине. У него постепенно атрофируются мышцы, возникают коксартрозы, разрушаются суставы. Ему имплантируют искусственный сустав. При этом окончательно денервируют мышцы, то есть лишают их управления центральной нервной системой. И начинают обучать ходьбе. Для этого специалисты ЛФК дают упражнения по передвижению прооперированной ноги в пространстве, пусть и на полу. Но мышцы забыли, как это делать, и могут так двинуть ногой, что искусственный сустав вылетает из чашки (искусственной вертлужной впадины). А если учесть возраст и нарушения координации движений, связанные с возрастной энцефалопатией (вариант слабоумия), то становится понятным, откуда берется эта цифра — 70%



осложнений после ТЭТС. Чтобы этого не происходило, необходимо использовать тренажеры узколокального действия с возможностями, описанными выше.

В центрах современной кинезитерапии на первом этапе послеоперационной реабилитации используются тренажеры силового ряда со строго заданной геометрией движений. Эти свойства тренажеров обеспечивают безопасность и позволяют не только осуществлять контроль каждого выполняемого движения, но и тонко разделять необходимую силовую нагрузку каждому пациенту.

Перед составлением реабилитационной программы должны учитываться индивидуальные психосоматические характеристики пациента. Для этого он проходит миофасциальное тестирование, во время которого определяется функциональность опорно-двигательного аппарата, то есть тестируется сила отдельных групп мышц, возможность движений в суставах как прооперированной ноги, так и непрооперированной, а также состояние мышц пояса верхних конечностей и спины. Кроме того, определяется двигательная реакция мышц, то есть время, затрачиваемое на возможность выполнения очередного упражнения, обучаемость технике движений и диафрагмального дыхания, которое необходимо для снижения внутрибрюшного давления при выполнении силовых упражнений, сосудистая реакция при выполнении упражнений (контроль пульса и давления), особенно при наличии сопутствующих заболеваний (ишемическая болезнь сердца, хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет II типа), и период восстановления сердечно-сосудистой системы после выполнения упражнений.

В целях достижения нужного больному эффекта — возможности передвижения без дополнительной опоры — специалисты современной кинезитерапии считают необходимым проведение двух основных этапов реабилитации при ТЭТС.



Первый — дооперационный, проводимый в центре кинезотерапии с использованием только тех тренажеров, которые позволяют активизировать еще функционирующие мышечные группы пораженного сустава и усилить тем самым их трофические (питающие, транспортные) функции. Этот этап помогает скорейшей адаптации прооперированной ноги и резко снижает риск осложнений в послеоперационном периоде.

Все упражнения этого этапа описаны в главе «Динамическая анатомия».

К сожалению, столь необходимой физической коррекции пациентов с пораженными суставами в подавляющем случае внимания не уделяется, хотя сама операция по ТЭТС не требует немедленного проведения, даже в случаях переломов шейки бедренной кости. Причем чем более несостоятелен физически пациент, тем более длительным должен быть этап дооперационной физической реабилитации. Реабилитация в данном случае звучит как восстановление атрофированных мышц. Назвать эти упражнения лечебной физкультурой, с моей точки зрения, абсолютно неправильно. Речь идет именно о реабилитации утратенных мышц.

Второй этап делится на три подэтапа:

а) постельно-палатный, то есть упражнения в постели и обучение вертикальной ходьбе на ходунках, а затем на костылях (1—3 дня). Этот этап очень хорошо иллюстрирован в рекомендациях хирурга американского госпиталя (см. Приложения № 4). Придумать что-нибудь новое на этом этапе сложно. В американских рекомендациях эти упражнения идут в разделах «Упражнения в постели» (лежа на спине или на животе), «Упражнения в положении сидя», «Упражнения в положении стоя». Единственное добавление — это количество их повторов. Так как я был физически подготовлен, то каждое упражнение выполнял не по 5 раз, а по 50, и не 3 раза в день, а



каждые 2—3 часа в промежутках между сном. После выполнения этих упражнений спать хотелось постоянно. Этот постельно-палатный этап должен составлять не более трех дней. Из дальнейших рекомендаций американского хирурга после выхода из больницы я использовал только одну — подкладывал подушку между коленями во время сна. Запрет на плавание в течение 15 недель был мною забыт через несколько дней. Из лекарственных препаратов в течение четырех недель после операции принимал только антикоагулянты (препараты против свертывания крови). Ни антибиотиков, ни обезболивающих средств не принимал. Но ослабленным пациентам рекомендую слушать врача в этом вопросе, так как прием препаратов, препятствующих образованию тромбов, появлению воспалительной реакции в тканях, не является противопоказанием для тренажерной реабилитации. В разделе «Техника безопасности при эндопротезе тазобедренного сустава» все пункты после восьмого вызывают у меня естественный протест, особенно пункт 10, который говорит о запрете использования отягощений. Как следует из моего дневника, оперирующий меня американский хирург признал мою правоту.

б) занятия в реабилитационном отделении до двух недель. Необходимо передвигаться на костылях, затем с тростью (от 1 до 3 месяцев в зависимости от состояния).

В этот период послеоперационной реабилитации все упражнения на тренажерах опять же необходимо разделить на три этапа:

I ЭТАП (ОТ 4 ДО 6 ДНЕЙ)

Он необходим для избавления от мышечной амнезии, также помогает мышцам вспомнить их функции. Выполняется до момента ощущения этих мышц. Для проверки завершенности этого



этапа можно в положении сидя поднимать и опускать, приводить и отводить прооперированную ногу. Когда исчезнет тремор мышц при выполнении данных тестовых движений, можно перейти к следующему этапу. Поэтому срок 4—6 дней ориентирован на людей, прошедших предоперационную подготовку.

Упражнение № 1 (см. фото 50 а, б)

И. П.: бедро лежит на горизонтальной скамье. Тяга с нижнего блока (10—20 повт.) (сгибание голени).

Упражнение № 2 (см. фото 51 а, б)

И. П.: то же. Тяга голенью с верхнего блока (разгибание голени 10—20 повт.).



Фото 50 а





Фото 50 б

**Упражнение № 3 (см. фото 52 а, б;
использование бинта — см. фото 65—67)**

И. П.: сидя на полу. Нога перпендикулярна тросу, приведение прямой ноги к другой (10—20 повт.). Не рекомендуется выполнять при III—IV степени коксартроза.

Упражнение № 4 (см. фото 53 а, б)

И. П.: то же. Отведение ноги в сторону с тягой с нижнего блока (10—20 повт.). Не рекомендуется выполнять при III—IV степени коксартроза.

Упражнение № 5 (см. фото 54 а, б)

И. П.: стоя лицом к блоку. Отведение прямой ноги назад, стоя другой на возвышенности с тягой блока (10—20 повт.).





Фото 51 а



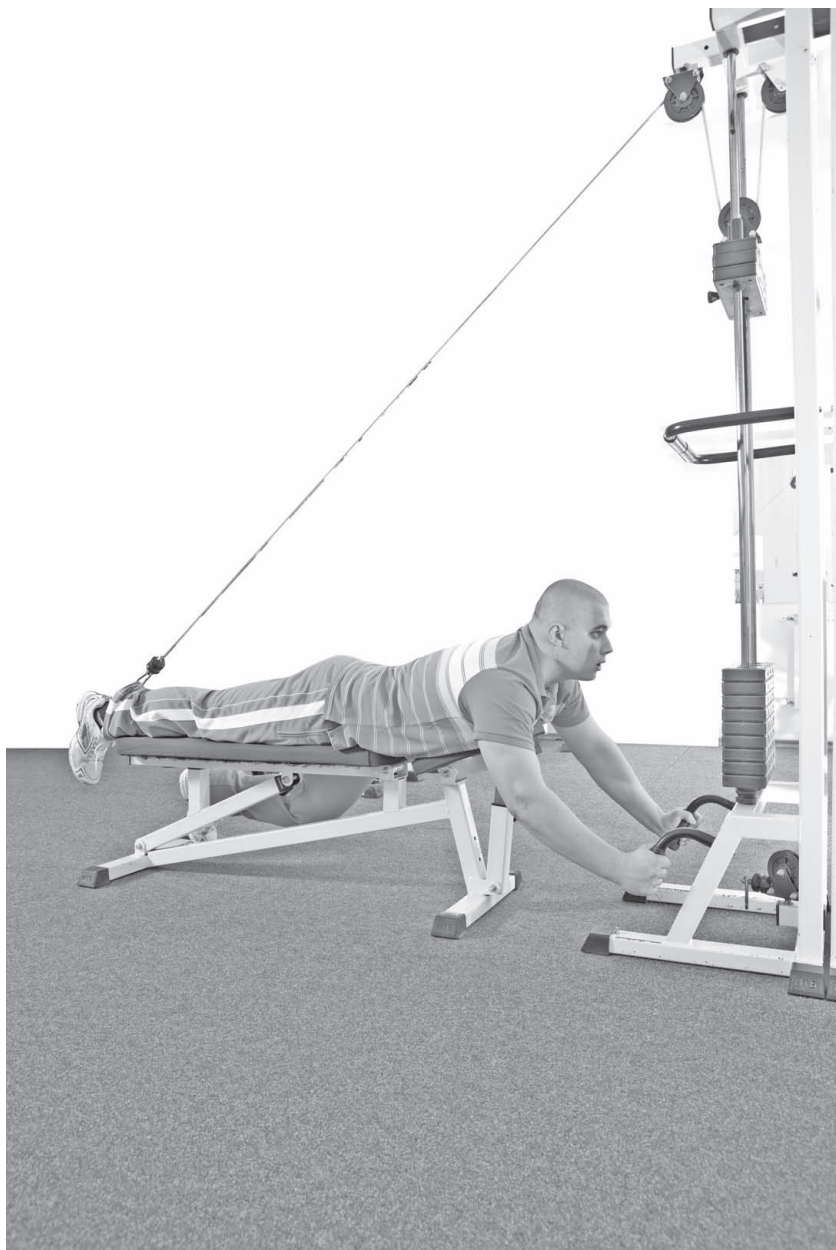


Фото 51 6





Фото 52 а



Фото 52 б



Фото 53 а





Фото 53 б



Фото 54 а





Фото 54 б

Упражнение № 6 (см. фото 55 а, б)

И. П.: то же. Сгибание ноги в коленном суставе с тягой блока (10—20 повт.).

Комментарий: во всех движениях вес отягощения подбирается с учетом возможности выполнения 10—20 повторов, постепенно увеличивая либо килограммы, либо число повторов. Упражнения для верхней части туловища подбираются произвольно для восстановления общего тонуса. Примерный перечень этих упражнений приведен в дневнике.



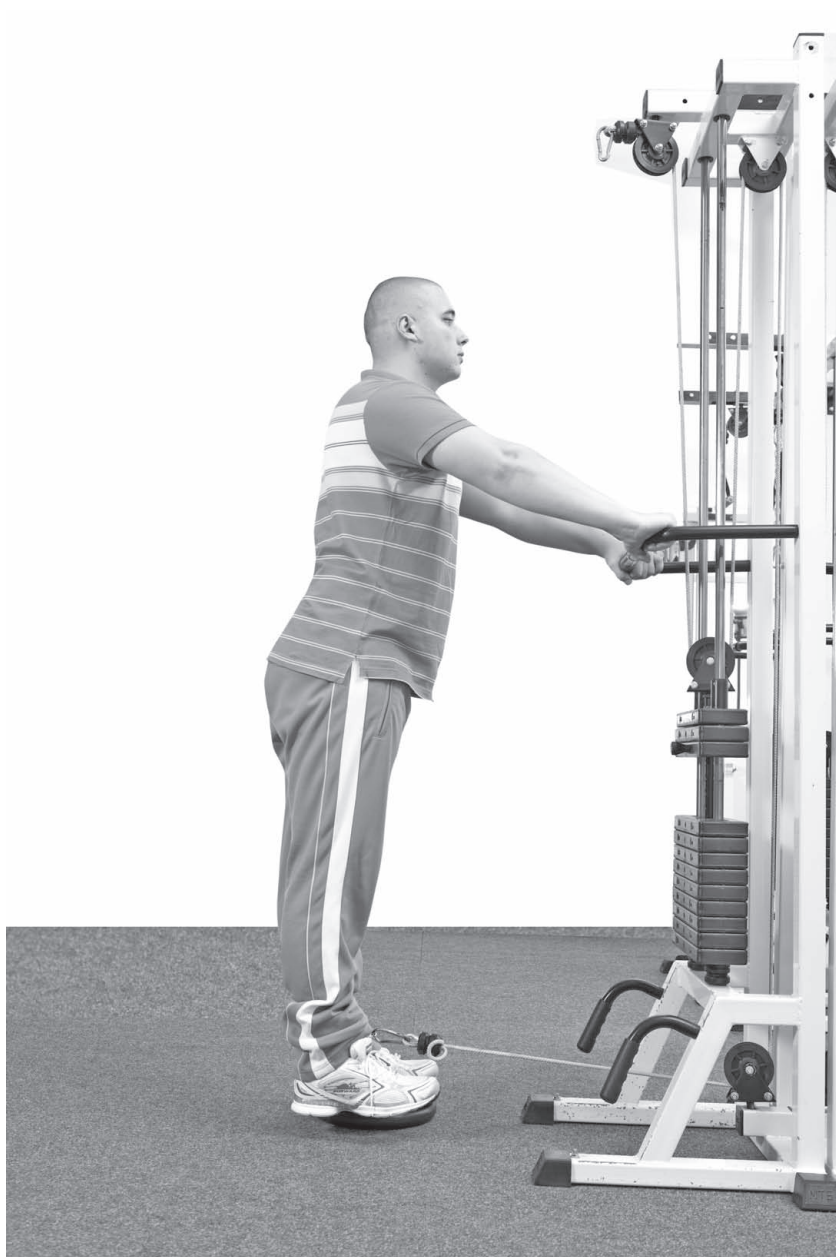


Фото 55 а





Фото 55 6



II ЭТАП (7—12-Й ДЕНЬ)

Добавляются упражнения в свободной траектории на МТБ, но по оси ноги, то есть пока никаких скручиваний и резких отведений в сторону и вверх.

Упражнение № 7 (см. фото 46 а, б)

«Тяга колена к животу» с верхнего блока, стоя на другом колене.

Упражнение № 8 (см. фото 44 а, б)

«Тяга прямой ногой» с верхнего блока из исходного положения лежа на спине головой к стойке.

Упражнение № 9 (см. фото 47 а, б)

«Тяга коленей к животу» с верхнего блока из положения лежа на спине ногами к тренажеру.

Упражнение № 10 (см. фото 48 а, б, в)

«Березка», или тяга двумя ногами с верхнего блока, из исходного положения лежа на спине головой к тренажеру до касания пола спиной и пятками.

Тренажерный блок можно заменить резиновым амортизатором.

Упражнение № 11 (см. фото 56 а, б)

«Жим ногами вверх» (45°). Ноги вместе. Амплитуду движения постепенно увеличивать. Это упражнение выполняется до нагрузки, соотносимой с весом своего тела, плюс 20 процентов.





Фото 56 а



Фото 56 б



III ЭТАП

Ключевым упражнением этого этапа является жим ногами. Ноги поставлены на ширине плиты (см. фото 57 а, б). И все свободные по траектории движения на МТБ.



Фото 57 а



Фото 57 б



Упражнение № 12 (см. фото 45 а, б)

«Тяга приводящими мышцами» с верхнего блока из исходного положения лежа на боку головой к стойке.

Упражнение можно выполнять после того, как закреплены достаточные нагрузки при выполнении предыдущих упражнений.

Примечание. Число килограммов и повторов не ограничено.

Естественно, прибавление килограммов происходит постепенно.

Общий вес на плите равен 200 кг (см. фото 58 а, б).

в) постепенная адаптация к ходьбе без вспомогательной опоры и увеличение числа упражнений (до 6 месяцев).

* * *

Этап подготовки ноги к ТЭТС в дооперационном периоде помогает:

во-первых, частично устранить гипотрофию больной ноги и тем самым повысить шансы пациента на быструю, а значит, эффективную реабилитацию после ТЭТС; а во-вторых, подготовить пациента соматически и психологически к этой тяжелой операции с большой потерей крови. Поэтому и необходимо укрепить не только больную ногу, но и мышцы туловища (спина, пресс) и верхних конечностей, на которые ляжет вся нагрузка после ТЭТС, так как ходить придется на костылях. А это тоже силовой тренажер.

Ни в коем случае нельзя сбрасывать со счета фактор общей мышечной недостаточности пациентов. В то же время больным, отказывающимся от подобной операции, необходимо рассказать об огромном риске перелома шейки бедра, что является признаком генерализованного остеопороза. И не





Фото 58 а



Фото 58 б



всякая клиника возьмет такого пациента на ТЭТС ввиду того, что слишком велик риск осложнений в послеоперационном периоде.

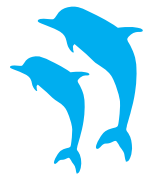
Поэтому специалисты современной кинезитерапии ставят задачу восстановления полноценной двигательной активности после ТЭТС даже физически и соматически ослабленным больным, но только в случае прохождения этих двух этапов.

1. Для успешного восстановления функций прооперированной ноги после ТЭТС необходимо назначать дооперационный режим физической и соматической реабилитации по методу современной кинезитерапии.

2. В целях усиления безопасности при выполнении необходимых реабилитационных упражнений и для более эффективной реабилитации в послеоперационный период необходимо использовать тренажеры силового ряда узколокального и локального действия, имеющие строго заданную геометрию движений, а также многофункциональные тренажеры на базе МТБ 1—4 на всех этапах реабилитации.

3. Неиспользование тренажеров рекомендуемых типов действия повышает риск развития осложнений в послеоперационном периоде и сроки адаптации костно-хрящевых тканей к вживленному импланту.

4. Возможность применения силовых тренажеров рекомендуемого действия позволяет улучшить не только функциональное состояние прооперированной ноги, но и наполнить пациента уверенностью в правильности проведенной операции, что немаловажно для улучшения психоэмоционального состояния каждого больного.



Рекомендации для тех, кто в силу объективных причин не может обратиться за помощью в центр кинезитерапии или осуществить ТЭТС

Активность

1. При наличии остеоартроза тазобедренного сустава — коксартроза — передвижение осуществлять с помощью ортопедической (телескопической) трости в противоположной от пораженного сустава руке (правый сустав — левая рука).

В случае поражения обоих суставов — трости в обеих руках.

2. Высота трости подбирается так, чтобы опорная рука только слегка сгибалась в локтевом суставе.

3. Если есть возможность, то меньше ходить, лучше передвигаться на велосипеде без рамы, стараясь при этом не сильно нажимать на педали.

Ограничения

1. Не стоять. Желательно не носить тяжелые сумки, лучше пользоваться сумкой на колесиках.

2. Отказаться от курения, так как страдают прежде всего сосуды нижних конечностей.

3. Не греть область сустава согревающими мазями. Не сидеть в ванне с горячей водой, даже если в ней растворены травяные экстракты или соли.

4. Не пользоваться физиотерапевтическими приборами (форез, токи, УВЧ, магнит, массажные тепловые кушетки), то есть всеми приборами, включаемыми в электрическую сеть для прогревания, облучения, вибрации.

5. Не пользоваться грязевыми аппликациями и электрофорезом.³⁹

6. Не употреблять алкоголь, так как он разрушает нервную систему, перегружая сердечную мышцу.



Лечебно-паллиативные действия (временные меры)

1. Болевой синдром снимает погружение в ванну с холодной водой (+4—8 градусов) на 5—10 секунд, при этом делается массаж в области бедра. Выполнять эту процедуру желательно утром, после сна, и вечером, перед сном, а также в случае острого болевого синдрома. После выхода из ванны сделать тщательное растирание туловища жестким полотенцем, сделать гимнастику, выпить горячий чай.

Воспалительные заболевания органов тазового дна, почек, бронхов, а также высокая температура тела противопоказанием для применения ванны с холодной водой на 5—10 секунд не являются.

В случае ОРВИ, гриппа, сопровождающихся лихорадкой, после приема ванны с холодной водой лечь под толстое одеяло (повторить эту процедуру еще 2—3 раза до нормализации температуры тела).

2. Выполнение упражнений на полу:

а) «плуг» или «полуплуг» (см. фото 59 а, б);

б) тяга одной ногой эспандера, прикрепленного одним концом к стене (см. фото 60 а, б).

По 15—20 повторов больной ногой. Серии можно выполнять по 2—3 раза;

в) растяжка мышц задней поверхности бедра и нижней части спины (несколько раз в день по 5—10 секунд каждое упражнение):

— стоя (см. фото 61; 62 а, б);

— на полу (см. фото 63 а, б; 64 а, б).

3. При возможности посещать тренажерный зал упражнения на четырехглавую и двухглавую мышцы бедра.

При этом запрещены все жимы ногами, вращения и отведения суставов и упражнения стоя на больной ноге (до ТЭТС, то есть до операции).



4. Необходимо обильное потребление жидкости (вода, чай, соки) до 10—12 стаканов в день.

5. Посещение бани или сауны с обязательным погружением в ванну с холодной водой (купель, душ, бассейн) до и после термокамеры (парилки). Допускается каждый раз после занятий на тренажерах, но не менее 1 раза в неделю (1—2 захода)! Обильное питье.

6. После пробуждения гимнастика в постели (растяжка позвоночника и суставов).



Фото 59 а

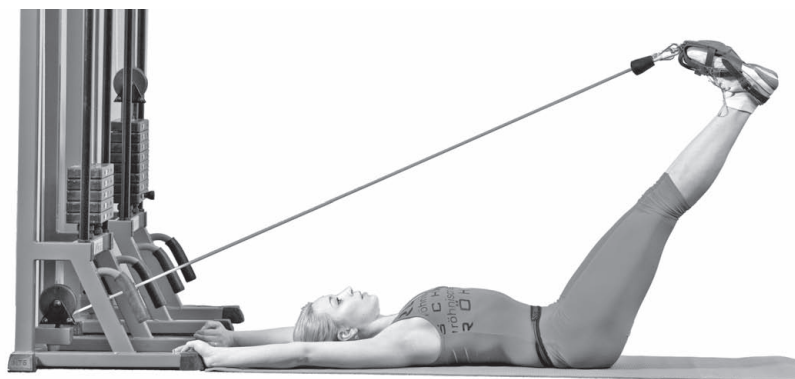


Фото 59 б





Фото 60 а



Фото 60 б



Принципы эффективного питания

1. Избегать консервированной, жаренной на сковороде и рафинированной пищи, соленостей и маринадов.
2. Больше белковой пищи (творог, рыба, каши, белое мясо).
3. Больше овощей.
4. Соль заменить на соевый соус, сахар — на мед.
5. Не ложиться спать после еды.



Фото 61 а



Фото 62 а





Фото 62 б



Фото 63 а



Фото 63 б



*Фото 64 а**Фото 64 б*

ЧАСТЬ 2

Непридуманные истории

Комментируя письма от людей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, которые я получаю в большом количестве, хочу предупредить, что ориентируюсь только на письма. Это само по себе неправильно без анализа рентгеновских или компьютерных снимков, осмотра больного и без проведения миофасциальной диагностики, которая заканчивается функциональным тестированием. Миофасциальная диагностика — это мануальное обследование мышечной системы всего тела для определения спазмированных, гипотрофированных мышц, зон повышенного напряжения (гипертонусов мышц), определения проявляемых в виде нарушенной подвижности суставов, болезненности при вращении суставов, нарушений соотношений в эластичности сухожильно-связочной системы пояса верхних конечностей с этой же системой пояса нижних конечностей. Заканчивается миофасциальная диагностика функциональным тестированием на тренажере МТБ-1 для определения степени мышечной недостаточности и возможности проведения лечения. Для этого существуют специально разработанные стандарты и нормативы, дающие объективную характеристику костно-мышечной системы больного.

Тем не менее я подобрал только те письма, в которых, с моей точки зрения, достаточно объективно рассказывается история болезни. И на вопросы, которые задают авторы этих писем, мне довольно часто приходится отвечать во время практической лечебной деятельности.



«Я против эндопротезирования»



ПИСЬМО

Здравствуйте, Сергей Михайлович! Меня зовут Малахов Олег, мне 38 лет, я живу в России, в городе Курган.

Медицинским учреждением «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика Г.А. Илизарова» в городе Курган мне поставлен диагноз: двусторонний асептический некроз головок бедренных костей. Двусторонний коксартроз, 1—2-й степени. Исследования проводились компьютерным томографом Toshiba Aquilion 64. Первый раз 24.02.2010 года, второй раз 29.04.2010 года. Имеются снимки и запись последнего исследования на CD-диске.

Далее опишу, как и когда начиналось указанное выше заболевание. Первые признаки появились в конце июля 2009 года. С правой стороны сбоку, в районе бедра стала побаливать мышца, и боль усиливалась, если я делал более длинный шаг во время ходьбы.

Никакого лечения не проводил. Делал только обезболивающие уколы. В декабре 2009 года боли стали очень сильными, симптомы заболевания стали проявляться и с левой стороны. Только тогда я обратился к врачу. И в феврале 2010 года мне был поставлен диагноз: двусторонний асептический некроз головок бедренных костей. Двусторонний коксартроз, 1—2-й степени.

В настоящее время я передвигаюсь с помощью костылей, при ходьбе у меня возникают боли, а также когда сижу на стуле, тазобедренные суставы начинает ломить. Грею тазобед-



ренные суставы в ванне при температуре 40—50 градусов, делаю приседания и еще несколько разминочных упражнений. После этого чувствую облегчение, боль становится намного меньше.

Прочитал о вашем центре, методике лечения и решил обратиться за помощью. Что мне нужно делать, чтобы вернуться к полноценной жизни? Эндопротезирование я исключаю полностью! Какой комплекс гимнастических упражнений или что-то еще мне необходимо? Приехать в Москву я не могу, очень сложно и больно передвигаться. Как у вас можно получить консультацию по всем вышеперечисленным вопросам?

Заранее благодарен. Малахов Олег.

КОММЕНТАРИЙ С. БУБНОВСКОГО

Все вопросы Олега я бы хотел объединить в один.

Итак, Олег, чтобы вам вернуться к полноценной жизни, для начала надо убрать неправильные, с моей точки зрения, процедуры, которые вы, как я понял, выполняете уже давно, так как такие температурные режимы может выдерживать только очень тренированный человек. Это одна из основных причин резкого ухудшения вашего здоровья меньше чем за год.

Если в 2009 году у вас был диагноз «коксартроз I—II степени» и вы ходили или старались ходить быстро и, видимо, много (а это при таком диагнозе является второй стратегической ошибкой), то 2010 году, меньше чем через год, вы уже передвигаетесь с помощью костылей, причем при ходьбе возникают боли. Это говорит о переходе коксартроза в третью степень. После ванны вы делаете приседания, и хотя после этого чувствуете облегчение, это ваша третья стратегическая



ошибка, ибо само по себе движение не лечит, лечит только правильное движение. Я прекрасно понимаю ваше состояние и желание во что бы то ни стало двигаться, это естественно для любого нормального человека.

Асептический некроз — одна из стадий коксартроза, хотя в вашем медицинском заключении, которое вы мне прислали, эти два диагноза стоят рядом. Бывает. Коксартроз относится к группе дистрофических заболеваний с постоянными воспалительными реакциями в мягких тканях сустава. О воспалении я постоянно рассказываю в своих книгах и объясняю, что это не переохлаждение, а отечность мягких тканей, возникающая в результате нарушения микроциркуляции, то есть кровообращения. Вместо того чтобы снимать воспаление, то есть отечность, которую, вы, конечно, не можете видеть, так как она находится в глубине сустава, холодowymi воздействиями (ванна, душ, компресс), вы это воспаление подогреваете, то есть тушите пожар бензином.

В связи с этим после тепловых процедур мышцы суставов теряют тонус, то есть становятся слабыми, а вы вдруг начинаете приседать. Естественно, приседания активизируют кровообращение, и вы какое-то время чувствуете облегчение.

После таких воздействий, как правило, болевые атаки усиливают свою интенсивность. И вы опять повторяете процедуры, ухудшающие структуру сустава, что и подтверждается вашим физическим состоянием.

Всем своим больным, имеющим такой диагноз, я настоятельно рекомендую принимать холодные ванны с максимально низкой температурой воды. Для справки: самая низкая температура воды + 4 градуса — в проруби. Температура водопроводной воды ниже + 8 градусов не опускается. Температура тела +36 градусов, в области воспаленного сустава +37,6—37,8 градуса. То есть сустав «кипит». А вы его греете!



Так вот, холодную ванну принимать сразу после сна, при возвращении с работы и перед сном. Это является лучшей естественной противовоспалительной обезболивающей процедурой.

Это является также отличной профилактикой болей в спине и суставах.

Погружение в ванну длится 5 секунд. Для менее поворотливых и подвижных 8—10 секунд. Но не надо путать эту процедуру с закаливанием и моржеванием. Для избавления от гиподинамии при коксартрозе рекомендую людям с больными суставами выполнять систему 12 упражнений, описанную в книге по коленному суставу, с большим количеством повторений — 50—100 в одной серии. Естественно, с минимальным отягощением. То есть ходьбу, приседания, езду на велосипеде и даже плавание я в любой стадии коксартроза не рекомендую, так как при выполнении этих, казалось бы, суставных упражнений отсутствует декомпрессия суставных поверхностей и происходит их механическое стирание. После выполнения подобных занятий возникают новые болевые атаки. Я полжизни «прожил» в бассейне и поэтому знаю, о чем говорю. Хотя подавляющее число артрологов при коксартрозе назначают плавание. Для пояса верхних конечностей при коксартрозе рекомендую упражнения, подробно описанные в книге «Остеохондроз — не приговор».

И самое главное. Ко мне очень часто за консультацией обращаются люди с коксартрозом, категорично настроенные против тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, желающие получить от меня чудодейственное упражнение, выполняя которое человек снова начнет бегать и прыгать. Конечно, я понимаю, что подобный настрой связан с получением этими людьми информации о большом количестве осложнений после подобной операции. Для устранения этой негативной информации и написана эта книга. Основные



выводы. Первый: операции не избежать, но надо основательно к ней готовиться (читай книгу с начала). Второй: чудо действительно может произойти, если вы возьмете на вооружение мои рекомендации и полноценно используете их до и после хорошо сделанной операции. Уберите гордыню, спуститесь на землю. И на этой Земле вы не найдете ни одного случая выздоровления без операции.

Думаю, что на основные ваши вопросы я ответил, поэтому перехожу ко второй истории.

Корригирующая остеотомия или тотальное эндопротезирование, что лучше?

(Заранее прошу прощения за неполную публикацию письма, оно очень длинное, и многие незначительные для объяснения болезни фразы я опустил, хотя, что там говорить, они имеют очень высокий эмоциональный фон.)



письмо

Уважаемый Сергей Михайлович, добрый день!

Меня зовут Виктория. Мне 24 года.

Очень прошу вас прочитать мое письмо до конца!

12 лет занималась художественной гимнастикой, мастер спорта, закончила тренироваться летом 2003 года. Жила на



тот момент в Новосибирске. Поступила в университет, начала заниматься танцами (практически та же гимнастика, только еще и на каблуках). Осенью 2003 года (училась на 1-м курсе) начались боли в правом тазобедренном суставе, сначала практически не чувствовались, просто стало сложно садиться на шпагат, как будто кость мешала. Не придавая этому обстоятельству особого значения, продолжала тренироваться до весны. В апреле 2004-го сделала первый обзорный рентген таза. Разрушался тазобедренный сустав. Сказали, дисплазия, скорее всего врожденная, но толком никто не мог диагностировать, потому что 12 лет спорта тоже могли наложить отпечаток. Скорее всего, просто усугубили проблему. В первую очередь пошли с родителями в наше знаменитое НИИТО, где сразу же порекомендовали эндопротезирование (мне еще даже 18 лет тогда не исполнилось). Мы даже согласились. Но пока было время, начали ходить по всем врачам города, в конце концов мне доказали, что это чуть ли не преступление — делать эндопротезирование в таком возрасте. Нашли хирурга, который посоветовал корригирующую остеотомию, чтобы разгрузить стертую часть кости, немного повернув головку. Мы тут же отказались от протеза и согласились на остеотомию. Операцию провели 26 мая 2004 года. Больная нога стала длиннее, но мне сказали, что это нормально. Не посоветовали даже ходить хотя бы со стелькой или чем-то вроде этого, не сказали, что на костылях нужно не прыгать, держа больную ногу на весу, а имитировать шаги, ставя ногу на пол и опираясь на костыли. В результате железный шуруп, упирающийся в саму головку, постоянно давил и причинял боль (но на тот момент я не задумывалась об этом). Проходила на костылях до ноября (почти 6 месяцев), потом с тростью. 12 января 2005 года все железо вытащили. Ходить вроде стало



полегче. Нога немного развернулась стопой наружу, и появилась сильная контрактура, не могла даже ровно сидеть на стуле, чтобы нога была в суставе под углом в 90 градусов. Соответственно начала кривиться спина (сколиоз, конечно, был уже давно, из-за спорта, но не такой сильный). Так как боль в суставе уменьшилась, я не особо переживала из-за всего остального. После этого периодически делала снимки, мне объяснили, что все идет как надо, но никто не говорил о появлении большого количества кист в головке, шейке, самой кости ниже шейки и на тазовой кости. Хотя я напрямую спрашивала насчет светлых пятен в костях, не кисты ли это, мне говорили, что нет!

В 2006 году ездила на консультацию в Санкт-Петербург в НИИТО им. Вредена. Сделали снимки, оказалось, куча кист. Диагноз: фиброзная дисплазия правого тазобедренного сустава, состояние сустава тоже начало понемногу ухудшаться.

Летом 2008 года после окончания университета я переехала жить в Санкт-Петербург. Осенью начались дожди, нога стала болеть просто дико с самого утра, на работу еле добиралась. Начались боли по ночам, стала просыпаться, когда поворачивалась. Решила, что все это обычная реакция на погоду этого региона. Когда выпал снег, стало немного легче, ушли острые боли, но они, как и раньше, были постоянными, и по ночам тоже.

15 января 2009 года пришла во Вредена. Снова рентген, сказали, что кисты увеличились как в размерах, так и по количеству. Меня перевели к хирургу-онкологу (изначально консультировалась у хирурга, занимающегося только тазобедренными протезами). Онколог подтвердил фиброзную дисплазию проксимального отдела правой бедренной кости, вторичный деформирующий артроз правого тазобедренного сустава и угрозу потенциального перелома бедренной



кости (киста, которая была ниже шейки, выросла в длину до 10 см, а в ширину кость совсем истончилась). Мне порекомендовали ходить с тростью (на улице гололед), а также проверить щитовидную железу (кисты могли появляться, оказывается, если с ней неполадки). Сдала анализ на гормон, проверилась, все в норме. Начала периодически делать рентген и наблюдаться. Онколог сказал, что кисты имеют свойство по несколько лет не двигаться в росте. Будем ждать. Сделала также МРТ поясничного отдела позвоночника. Диагноз: остеохондроз поясничного отдела, снижена высота дисков, артроз дугоотросчатых суставов, сколиоз влево, правосторонняя парамедиальная грыжа диска L5/S1 — 3 мм с компрессией дурального мешка и касанием экстрадурального сегмента корешка. Думали поделаться массаж у мануалиста (хирург сказал, что, если разгрузить спину, боль в суставе уменьшится, вдруг часть ее идет от позвоночника), но тогда совсем не было возможности. И боль у меня была четко, как написано у вас в книге, в спине, бедре, колене. На КТ сустава увидели еще и некроз (и коксартроз был тоже, его ставили еще в Новосибирске). 26 марта 2009 года сделали трепанбиопсию. Опухолевой ткани не обнаружили, просто кисты. Хирурги все-таки советовали делать пластику, убрать все кисты (кроме той, которая в тазовой кости, ее можно убрать только при эндопротезировании, потому что нужно вскрывать тазовую кость снизу). Но опять же не говорили, что срочно нужна операция. Говорили, нужно принять решение мне самой. Так я проходила до июня 2009 года, постоянно то готовясь к операции, то снова откладывая. В июне все-таки легла на пластику, но ее отменили из-за того, что я простыла. Потом отпуск у хирургов, опять отсрочка. Но я уже уволилась с работы, боли в самом суставе стали такие, что даже с тростью уже было тяжело ездить



на работу. В итоге решились сразу на одну операцию — эндопротезирование и пластика.

25 февраля 2010 года мне поставили эндопротез с удлиненной ножкой, убрали кисты в головке (просто отпилив ее), в шейке и большую кисту ниже. Не стали делать пластику, потому что вроде протез встал плотно, решили лишнее инородное тело не вталкивать. Я сама так до сих пор и не поняла, что с кистой в тазовой кости. На рентгене она четко видна, как и раньше. Хирург сказал, что шурупы, закрепляющие сустав, вошли туда плотно, и они решили не трогать кисту. До начала июня ходила на костылях, потом с тростью, сейчас уже стараюсь ходить без опоры, но боль присутствует постоянно. Также после операции стали очень болеть спина, колено и голень. Понимаю, что началась перестройка всей системы, сустав ведь поставили в соответствии с анатомическим строением человека. Я снова могу ровно сидеть на стуле, позвонки встают на своем месте, но теперь болит не только поясница, а еще и грудной отдел в некоторых местах, и шея тоже. Пока не делала никаких снимков, может, появились еще грыжи. Колено болит, видимо, из-за нагрузки: все-таки нога накачивается очень медленно, вес пока держат исключительно кости, а не мышцы. Голени болят, иногда обе, что-то с венами. Проверила, сказали есть небольшие отклонения в кровообращении. И больная нога вся мраморная, пятнами, после солнца еще сильнее. В общем, пока очень тяжело, сидеть больше часа не могу, ходить больно. Я понимаю, что места, пораженные кистами, не могут сразу перестать болеть, но надежда, которая была такой большой сразу после операции, сейчас становится все меньше. Я планировала к осени уже искать новую работу, а сейчас понимаю, что моя нога пока еще не готова, да и спина.



Недавно поехала в санаторий ради бассейна и массажа. Мне отказали и в том, и в другом. В моей выписке фраза «исключение тяжелых физических нагрузок и физиопроцедур» подчеркнута жирной чертой. Массаж не разрешили сразу — это прогревание. И бассейн тоже! Оказалось, что он у них наполовину с минеральной водой, что противопоказано онкологическим больным, так как стимулирует кровообращение и повышает температуру тела. Сказали, что у меня сложный случай, лечить надо, но как? Для спины нужен массаж, который мне нельзя, а для ноги бассейн (но я, конечно, буду ходить, просто выберу без минеральной воды).

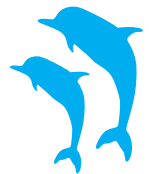
Теперь вот нашла информацию про ваш центр и очень хочу попасть на консультацию к вам лично. Просмотрела некоторые упражнения из ваших книг, но, конечно, из-за протеза и кисты, которую оставили, возникают большие проблемы с рядом упражнений, да и просто страшно делать что-то на свое усмотрение. Хотелось бы услышать ваш совет, можно ли мне как-то помочь? На данный момент я проживаю во Ржеве и в августе могла бы приехать в Москву на консультацию. Прошу вашей помощи!

Безмерно благодарна за то, что вы уделили мне внимание!
Очень жду ответа.

С уважением, **Виктория.**

КОММЕНТАРИЙ С. БУБНОВСКОГО

Начну с конца этой истории. В настоящее время Виктория успешно проходит реабилитацию в нашем центре. И уже после пятого сеанса кинезитерапевтических процедур (программа на специальных тренажерах МТБ, пантотерапия, криогид-



ротермотерапия, диафрагмальная дыхательная гимнастика) впервые за семь лет болезни выпалась. Настрой отличный. Приходится даже сдерживать. Ну да ладно.

Я хочу обратить внимание на эту историю не с точки зрения анализа медицинских действий, каждый врач лечит, как может и как считает нужным. Я сам в свое время перенес ненужную в таких случаях операцию по остеотомии, хотя в моем случае подобная операция прошла более благополучно, и хватило меня после нее на полгода. Затем все вернулось на круги своя. Меня привлек в этом письме диагноз «диспластический коксартроз». До сих пор мы с вами обсуждали деформирующий, то есть приобретенный коксартроз, или заболевание тазобедренного сустава.

Диспластический коксартроз

Большинство ортопедов и артрологов под дисплазией тазобедренного сустава подразумевают его врожденную неполноценность, которая обусловлена недоразвитием вертлужной впадины таза и порой самой головки бедра. Диагностически эта проблема тазобедренного сустава должна выявляться особенно ярко в возрасте 2—4 месяцев, и при ее доказанности ортопеды используют различные ортопедические приспособления: стремена Павлика, широкое пеленание, вправление вывиха и лечение кокситной повязкой. Но это тема для другой книги, касаемой ранней детской патологии, в которой различают три основные формы дисплазии тазобедренного сустава:



дисплазия вертлужной впадины — ацетабулярная дисплазия, то есть недоразвитие вертлужной впадины, являющееся так называемой крышей тазобедренного сустава;

дисплазия проксимального отдела бедренной кости, то есть неправильное развитие самой головки и шейки бедренной кости;

ротационная дисплазия, при которой нарушены движения в тазобедренном суставе.

В этой связи существует классификация патологий тазобедренного сустава, основанная на клинико-рентгенологических показателях:

- а) норма;
- в) предвывих;
- г) подвывих;
- д) врожденный вывих.

Тем не менее целесообразно различать понятия «нарушение развития сустава» (это, собственно, и есть дисплазия) и «замедление развития» (незрелый сустав — пограничное состояние, группа риска). Развитие тазобедренного сустава происходит в процессе тесного контакта взаимодействия головки бедра и вертлужной впадины. Распределение нагрузки на костные структуры определяет ускорение или замедление костного роста и в конечном результате форму и головки бедра, и вертлужной впадины, а также геометрию сустава в целом. Если учесть, что тазобедренный сустав удерживается в суставной впадине за счет напряжения суставной капсулы и собственной связки (круглой связки тазобедренного сустава), то огромное значение для правильного развития тазобедренного сустава имеет нагрузка на эти соединительнотканые образования. В книге, посвященной детской теме, или теме рационального физического развития ребенка, я



описал целую группу упражнений, которые необходимо делать с новорожденным ребенком с первых дней жизни. Эти упражнения позволяют ускорять развитие костного роста и правильно распределять нагрузки на костную структуру таза и нижних конечностей, что в конце концов и является определяющим фактором для правильного формирования головки бедра и вертлужной впадины. Любопытно, что некоторые клинические тесты, которые могут указывать на дисплазию тазобедренного сустава у детей первого года жизни, например асимметрия кожных складок, наблюдаются у половины новорожденных детей. Сам по себе этот тест диагностического значения не имеет, так же как так называемый «золотой стандарт» ранней диагностики дисплазии тазобедренного сустава, которым является симптом Маркса — Ортолани (симптом щелчка, или симптом соскальзывания), обнаруживаемый у детей первых двух недель жизни. Он вовсе не свидетельствует о заболевании тазобедренного сустава. Этот симптом может встречаться и у совершенно здоровых новорожденных. Поэтому на дисплазию тазобедренного сустава можно как бы не обратить внимания, даже пропустить ее в случае, если биомеханическое нарушение в результате дисплазии не превышает критического уровня (стадия подвывиха или вывиха тазобедренных суставов). Напротив, замечено, что люди с ацетобулярной дисплазией, то есть недоразвитием вертлужной впадины — крыши тазобедренного сустава, имеют высокую потребность в двигательной активности, хорошую моторику, они чаще занимаются спортом, танцами, нередко очень успешно. Этому способствует врожденная гипермобильность суставов, высокая эластичность связок и конституционный тип физического развития.

Возвращаясь к истории Виктории, можно заметить, что она являлась мастером спорта по художественной гимнастике,



занималась танцами, и конечно, для нее шоком был диагноз «диспластический коксартроз» — довольно частая причина взрослых коксартрозов.

Напоминаю, существует две основные патологии тазобедренного сустава: деформирующая и диспластическая. Так как причиной деформирующего коксартроза является неправильный образ жизни, приводящий к нарушению обмена веществ соединительной ткани нижних конечностей и напрямую связанный с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника или прямой травмой тазобедренного сустава, как это было в моем случае. Диспластический же коксартроз, по сути, является врожденной патологией, связанной с недоразвитием костно-хрящевых структур тазобедренного сустава. Поэтому дети с выявленной дисплазией тазобедренного сустава или двусторонней дисплазией нуждаются в течение жизни в профилактике коксартроза, которая заключается в выполнении обязательных силовых упражнений декомпрессионного типа, прежде всего для мышц таза и бедра, укрепляющих мышечно-связочную структуру сустава. В реальной жизни такие профилактические программы подросткам не назначаются, и получается феномен ножниц. С одной стороны, подростки (как правило, девочки) занимаются гимнастикой, танцами, что само по себе хорошо, но, с другой стороны, и танцы, и художественная гимнастика дают гигантские нагрузки на тазобедренный сустав, которые должны сниматься альтернативными силовыми нагрузками, при которых мышцы выполняют силовые упражнения. Однако при этих упражнениях сустав не упирается в вертлужную впадину. И что самое интересное, подобные нагрузки должны быть большими, чем у тех, кто не занимается спортом. Поэтому я их и называю силовыми декомпрессионными упражнениями, и, пожалуй, основными на сегодняш-



ний момент являются те, что выполняются на тренажере МТБ-1-4.

Если же специалисты выявили в подростковом периоде недоразвитие сустава, но ребенок стал заниматься в возрасте 7—8 лет гимнастикой и танцами, врачи должны контролировать состояние сустава, периодически проводя рентгенологические или ультразвуковые исследования тазобедренных суставов, хотя эти методы диагностики все же являются вторичными по отношению к клиническому состоянию. То есть сочетая два вида физических нагрузок, к которым можно отнести специальную, то есть художественную гимнастику или балльные танцы, и базовую общефизическую подготовку — на тренажерах МТБ, при которых не увеличивается масса тела (что очень важно для гимнастики и танцев), можно не обращать внимания на запреты специалистов-ортопедов по отношению к этим видам спортивной деятельности.

В нашем случае с Викторией пришлось метод современной кинезитерапии, основу которого составляют декомпрессионные силовые упражнения, применить, к сожалению, на этапе реабилитации после развившегося в результате пропущенной дисплазии тазобедренного сустава диспластического коксартроза.

У детей более раннего возраста (до 4 лет) отсутствие адекватной гимнастики, в которой основу должны составлять упражнения по укреплению мышц спины и нижних конечностей, дисплазия тазобедренных суставов может привести к тяжелому заболеванию — болезни Пертеса, приводящей к асептическому некрозу (разрушению) головки бедренной кости. Но, как показывает моя практика, оперативные действия типа остеотомии при подобных заболеваниях тазобедренного сустава не только не приносят нужного эффекта, но



и в дальнейшем усугубляют положение, способствуя, в частности, образованию кист, то есть пустот в костях, мешающих провести операцию по эндопротезированию. Поэтому в случае постановки диагноза «диспластический коксартроз» и необходимости проведения остеотомии рекомендую обратиться в центр кинезитерапии, работающий по методу Бубновского.

Болезнь Пертеса



ПИСЬМО

С.М., здравствуйте! Я хочу написать вам немного о своем сыне, ему 25 лет. В 8 лет у него заболело колено. Сделали снимок — все нормально, а оно болит. Время идет, сын начал хромать. Поставили диагноз: болезнь Пертеса. С 10.01.1990 года наш сыночек стал лежачим. Два месяца кололи, капали, ножка на вытяжке, два месяца дома, и так до сентября. А с 15 сентября сделали ему операцию. Поставили аппарат Илизарова на 9 спиц, весом 6 килограммов, а ребенок весом 26 килограммов. Отпилили 1,5—2 см здоровой кости.

Нога сгибалась только на 90 градусов, а в сторону отводилась совсем чуть-чуть. Стала короче на 3 см. Что мы только ни делали: и массаж, и разрабатывали ногу, но никаких улучшений не получили. Может, я не очень понятно все описала, потому что очень далека от этого всего. До операции и после был наш сын лежачим, потом костыли, потом стал ходить сам, но очень хромотал. Обучался на дому, пока не сняли костыли. Время шло. Иногда побаливала ножка. Года три-четыре



назад начало болеть колено. То таблетки, то мази. А в этом году вообще разболелось так, что нет терпения. Пошли к хирургу. За две недели прокололи пять уколов диклофенака и выписали. Сын выдержал две недели, и опять пошел к хирургу, а тот отправил его к неврологу, а этот своей болячки не нашел и отправил к терапевту. Два месяца болит так, что он аж бледный делается.

Что же нам делать, подскажите, пожалуйста! Помогите хотя бы советом!

С уважением, **Наталья.**

КОММЕНТАРИЙ С. БУБНОВСКОГО

Отдельно хотелось бы высказать свое мнение о болезни Пертеса. Не отрицаю наличие подобной патологии у детей, но хотел бы отметить участвовавшую гипердиагностику этого заболевания детскими ортопедами. Часто такой диагноз ставится в случаях отсутствия явлений асептического некроза, причем отсутствия болезненных явлений. Поэтому я категорически против лечения этой детской патологии вытяжениями манжетой или тутором, использованием глухих гипсовых повязок или кроваток, аппаратной физиотерапии и тем более против оперативных вмешательств.

Таким детям, во-первых, я рекомендую комплекс специальных детских декомпрессионных упражнений, направленных на восстановление и развитие мышц, прежде всего нижних конечностей и спины, так как у этих маленьких пациентов отмечается недоразвитие (гипотрофия) именно этих мышечных групп. Подобную программу физических упражнений с использованием МТБ разрабатывают специалисты центра кинезитерапии, учитывая индивидуальные особенности каждого



ребенка. А вот подвижные игры, бег, прыжки и велосипед необходимо исключить.

Во всяком случае, подобной тактики необходимо придерживаться как минимум до 18-летнего возраста — то есть периода полноценного формирования костно-мышечной системы.

И во-вторых, в случае необходимости проведения корригирующей операции сразу рассматривать вариант тотального эндопротезирования тазобедренного сустава с последующей реабилитацией в центре кинезитерапии.

«Немного позитива»



ПИСЬМО

Сергей Михайлович, добрый день!

У меня в июле день рождения, исполняется 70 лет. Жить бы и радоваться! Но складывается совсем по-другому. Сергей Михайлович, остеохондроз у меня приблизительно лет 10. Поликлиника лечила и не вылечила.

Теперь у меня грыжи в позвоночнике и коксартроз правого тазобедренного сустава.

Случайно узнала о центре кинезитерапии имени С.М. Бубновского, занимаюсь три месяца, мне очень нравится. Коллектив прекрасный — Евгений Иванович, Лена — мой инструктор стараются, чтобы я выздоровела, но болезнь сильно запущена. Хожу с клюшечкой, осторожно.



Читаю Вашу книгу «Оздоровление позвоночника и суставов», дома делаю зарядку по кассете.

Сергей Михайлович, можно уделить Ваше внимание моему заболеванию, так как в книге про коксартроз пишется очень мало?

Сопутствующие заболевания: отключенный желчный пузырь; ИБС; грыжа позвоночника; коксартроз тазобедренного сустава с правой стороны.

На улице хожу не спеша с клюшечкой, так как чувствую боль в тазобедренном суставе, и не очень уютно ночью, перевернуться с бока на бок сложновато.

На сегодняшний день не пользуюсь мазями, принимаю контрастный душ, прикладываю холодную грелку на 5 минут на больной сустав.

Сергей Михайлович, прошу Вашего внимания ко мне, хотя здесь, в Тольятти, меня не обходят вниманием.

Сергей Михайлович, я буду здоровой или сохранить то, что есть? За все прошу прощения.

14.05.10

С уважением **Прокурова Л.И.**

КОММЕНТАРИЙ С. БУБНОВСКОГО

Людмила Ивановна решила восстановить здоровье, воспользовавшись помощью центра современной кинезитерапии, работающего по методу Бубновского.

Ей, как и многим, долгое время лечили остеохондроз, хотя надо было своевременно поставить правильный диагноз и все внимание обратить на тазобедренный сустав. Постарайтесь увеличить силу своих ног, вам помогут сделать это в центре, и подкопить деньги для замены суставов, если в



этом будет необходимость (я не видел ваших рентгеновских снимков).

Вам 70 лет. Немало, но где гарантия, что не проживете еще лет 30?

Надо готовить себя к этому...

А вы сможете, я уверен!

«Что делать, если лечили, но не вылечили»



ПИСЬМО

Здравствуйте, многоуважаемый Сергей Михайлович!

С добрыми пожеланиями здоровья и благополучия к Вам обращается с просьбой Шинкаренко О.Я. Живу я в самой глухой глубинке, от города Волгограда 400 км, а районная больница очень старая и мало оборудованная, чтобы пройти хорошее обследование и лечение. Мне 67 лет. Дело в том, что последние два года мне стало очень трудно ходить. Сковала боль все суставы, а самое главное, очень болят тазобедренные суставы. Наш врач отправил в Волгоград на обследование. Обследовалась, поставили диагноз: деформирующий остеоартроз тазобедренных суставов 2-й степени. В городе не положили, отправили в район, назначили прогревание, физкабинет, массаж, ЛФК. Этого у нас нет в районе. Как лечить-ся, как жить дальше с такими болезнями? Сердце тоже бо-



лит: гипертония, ишемия, кардиосклероз. В общем, большой букет. Живу одна, дети далеко в городе. Пенсия мизерная с 40-летним стажем воспитателя детского сада. Мне надеяться не на кого. Очень вас прошу дать ответ и ваши советы, рекомендации, если еще что-то можно сделать, или это уже приговор в дальнейшем ждать инвалидную коляску? Чем я только не растираюсь и уколы диклофенака делаю, ничего не помогает, бесконечные компрессы, два года пила настойку сабельника, ничего пока не помогает. Говорят, ограничить нагрузку. Что — сесть, сидеть и ждать худшего? У меня есть огород и хозяйство — курочки да утки. Без этого мне вовсе не хватит денег. Сергей Михайлович, убедительно прошу, отзовитесь, распишите мне Ваши советы и, если можно, напишите комплекс упражнений. Как лечиться? Вы у меня сейчас одна надежда. Я просто в ужасе нахожусь. Может, мне и упражнения уже с таким диагнозом делать нельзя.

Очень надеюсь на Ваше доброе сердце и на то, что получу ответ.

До свидания. 14 мая 2010 г. Всего Вам доброго.

КОММЕНТАРИЙ С. БУБНОВСКОГО

Ольга Яковлевна! Может быть, это и хорошо, что вы находитесь далеко от города и в районе нет физиотерапевтических процедур, которые вам бы назначили, так как эти процедуры, а я в этом убежден, могут не только не принести облегчение, но, наоборот, усилят боли. Разве что массаж может помочь. Но я представляю уровень этого массажа в районной поликлинике. Да и что массировать, если мышцы ваших ног ослабли.



Еще раз хочу объяснить — греть больной сустав нельзя. Это усиливает воспаление его мягких тканей и ухудшает микроциркуляцию, то есть питание.

Да и другие физиотерапевтические средства — лазеры, фо-резы — я также не рекомендую. Так что не жалейте об этих процедурах.

Что можно еще подчеркнуть из этого письма? 67 лет — возраст, когда люди теряют более 50% мышц, а далее приобретают ишемическую болезнь сердца.

Живете в глубинке, а целебные свойства холодной (колодезной) воды не знаете. Конечно, нет уже сил (судя по письму) поднять ведро с водой и вылить на себя, но можно принять холодную ванну (5 секунд) или сделать компрессы с холодной водой (намоченное в холодной воде полотенце прикладывать к больным суставам в течение дня до высыхания, то есть до момента исчезновения холода. Или купание в утренней (до восхода солнца) росе. Лечь на траву, вытянуть руки за голову и катиться по траве с росой. Затем растереть все тело льняным или вафельным полотенцем.

Конечно, после этих процедур желательно делать гимнастику.

Если нет возможности, растягивать мышцы ног резиновым бинтом. Предлагаю лечь животом на пол, руки развести в стороны и согнуть в локтях. Ползти по-пластунски, выполняя поочередно сгибание ног в коленных суставах, стараясь достать (необязательно!) коленом локоть, поочередно.

Сначала по 10 повторов каждой ногой, затем 15, 20 и т.д. Можно довести количество движений ногами по 100 каждой. Это заменяет ходьбу, бег и приседания. Заодно тренируется сердечно-сосудистая система.

Каждое движение коленом вперед, к локтю, сопровождается выдохом.



Торопиться не надо. Зимой росу заменить снегом. Только не кататься, как по росе, а ложиться всем телом (нагим) на каждую сторону и вставать.

Вы, конечно, спросите про простуду? Не бойтесь. Попросите снег, росу или воду помочь вам, а затем поблагодарите!

Главное, после этих криопроцедур делать упражнения до обильного пота, а выдох при движениях снимет нагрузку с сердца и поможет ему!

Вас, Ольга Яковлевна, уже лечили, и довольно долго. Стало только хуже. Забудьте про все и не ругайте этих специалистов. Их так учили, другого они и не знают.

Начните, как говорится, от противоположного.

Тепло замените на холод, покой на движение. И отмечайте все хорошее, что с вами происходит.

Сначала все тело будет болеть — это болят мышцы. Со временем пройдет, а холодная вода поможет.

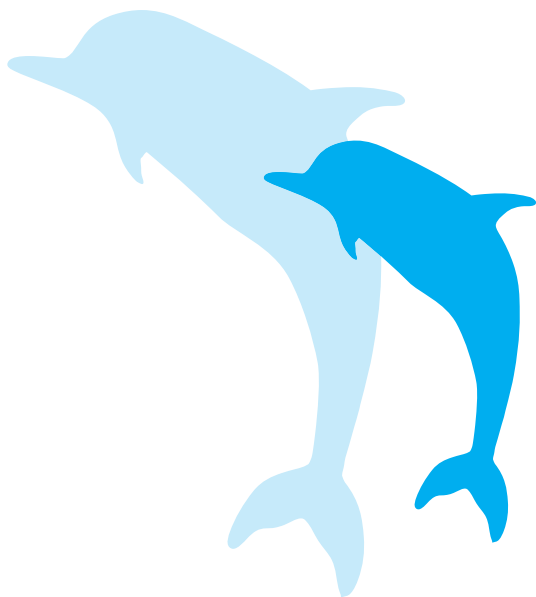
Глядишь, начнете выполнять и другие упражнения, описанные в этой книге.

Жизнь продолжается!

Есть еще заболевание, которое непосредственно связано с поражением суставов и о котором ни на секунду нельзя забывать, если у вас коксартроз. Я имею в виду тяжелую болезнь, выедающую человека изнутри, а именно, остеопороз. Но для более объективной беседы опять прибегну к письмам читателей.

РАЗДЕЛ 4

КОЛЕННЫЙ СУСТАВ



ЧАСТЬ 1

Человек невысокого роста вошел в кабинет, раскачиваясь, как селезень, из стороны в сторону. Ноги колесом⁴⁰, на лице недовольство и раздражение. Еще бы... Его буквально насильно привели в Центр современной кинезитерапии⁴¹, в котором запрещают носить наколенники, делать тепловые компрессы на суставы, так помогающие ему, хоть и ненадолго, и даже не рекомендуют использование хондропротекторов, на которые он уже потратил уйму денег.

«Здесь, видите ли, лечат упражнениями на каких-то тренажерах, и, что совсем ни в какие ворота не лезет, компрессами со льдом, которые накладывают на больные суставы».

Ему 64 года. Его не надо учить, как лечить себя. Он все знает о своих суставах лучше любого врача.

Так думал очередной пациент, переступивший порог моего кабинета. Ему сказали, что у него артроз коленных суставов и что, мол, это уже не лечится ничем, кроме эндопротезирования, то есть замены родного сустава на имплант. Может, смириться с болезнью и продолжать лечиться теми же методами и средствами, к которым он уже привык и заменять которые на что-то другое, пусть и современное, уже не хочется? Еще бы, ведь здесь и самые сильные лекарства для обезболивания, и лазер, и другие методики физиотерапии, и даже кортикостероиды — все, как уверяют врачи, самое что ни на есть современное.

Конечно, помогают они временно, ненадолго, но помогают же?! И хотя от применения некоторых из этих лекарств уже и лекарственная болезнь развилась, врачи называют ее ятроге-



нией, он готов и дальше бороться этими средствами с болями в коленях.

Но вот он пришел в Центр Бубновского, или как там еще — Центр кинезитерапии. «Знакомый лечился, рекомендовал и даже настаивал. Надоело его слушать. Вот и пришел. Что ж. Послушаем, что здесь расскажут о лечении суставов. Сказали же делать операцию?! А здесь против операции на моих коленях...»

Я прекрасно понимал эти сомнения. Пациенты с больными суставами бывают двух типов. Первые, как правило, не верят, что можно обойтись без операции по замене сустава, даже если сустав в этой операции действительно нуждается. Бьются до конца, ищут выход, обращаясь порой к самым экзотическим средствам, которыми располагает так называемая народная медицина.

Сразу могу сказать, что касается народной медицины — нет в ней таких способов, чтобы вылечить даже артрит. Отвлечь от боли, временно снять напряжение в теле средства есть. Но вылечить суставы без знаний анатомии и физиологии невозможно. И это не высокомерие врача. Я изучал где-то с 13—14 лет да и сейчас интересуюсь всеми альтернативными методами лечения костно-мышечной системы, в том числе и народными. Да! Не удивляйтесь. Помню, просил родителей, чтобы они выписали мне журнал «Физкультура и спорт», в котором была рубрика «7 страниц здоровья». Мне было тогда 14 лет — конец 60-х годов, я ничем не страдал, был здоровым спортивным парнем. Но вот тема нетрадиционной медицины, как сейчас говорят, меня привлекала. Почему? Не знаю... Чуть позже появилась страница «ЗОЖ» («Здоровый образ жизни») в газете «Советский спорт», трансформировавшаяся затем и в ныне существующую газету «ЗОЖ». Эти источники информации позволяли узнать о людях, занимающихся чем-



то необычным, но чрезвычайно привлекательным (для меня, во всяком случае) в области медицины. Такой информации в СССР было мало. Это мое, можно сказать, детское увлечение очень пригодились мне, когда я стал врачом. Ведь как бывает. Ведешь прием больных в поликлинике (студенческая практика). Выписываешь рецепты бабушкам, дедушкам, сидящим в очереди. И нет-нет да придет какой-нибудь чудак, который в ответ на твой рецепт спрашивает: «А вы знаете что-нибудь об уринотерапии или голодании? Вы знаете такого-то, такую-то, таких-то, которые лечат этим, другим и третьим?» Конечно, про таких людей профессора медицинских вузов никогда не рассказывали на лекциях, и думаю, любой врач, не знающий подобной альтернативной информации, будет отмахиваться от таких вопросов, называя все эти нетрадиционные методы лечения шарлатанством, бредом и т.д. Но я знал этих «других и третьих» и поэтому не отмахивался, а подробно разъяснял преимущества или заблуждения альтернативных методов лечения, так как многие из них действительно изучал и даже применял на себе. Да и сейчас, став врачом, я продолжаю интересоваться историей альтернативной медицины. Но тем не менее есть для меня адепты, развивающие медицину в научном направлении, их методы лечения до сих пор сохраняют свою теоретическую и практическую актуальность. Прежде всего это Гиппократ, отстаивающий методы естественной медицины, провозгласивший принцип: «Не навреди». Его клятву произносят все врачи при окончании медицинского вуза и забывают в первые же дни своей лечебной практики. Сейчас главенствует симптоматическая медицина, которая Гиппократа с его принципами относит скорее к нетрадиционной медицине, но я считал и считаю себя одним из продолжателей его дела и не собираюсь менять свои взгляды на лечение, не смотря на достаточно агрессивное медицинское окружение.



В конце концов, мы служим больным, так пусть они выбирают своих врачей. Я считаю, что принципы Гиппократовы на сто процентов соответствуют слову «здравоохранение», то есть охранение здоровья, а не болезни. А сохранить здоровье или восстановить его невозможно без создания для этого специальных условий. Основными являются солнце, воздух и вода, то есть экология земли, трансформировавшаяся, к сожалению, в отдельное направление «Экология». Почему «к сожалению»? Да потому, что врачи в своем большинстве условиям внешней среды большого значения не придают, сосредоточив внимание на химии, то есть на химических лекарственных препаратах. А чтобы солнце, воздух и вода не мозолили им глаза, они даже создали отдельное направление — санаторно-курортное. И в действительно великолепных с точки зрения экологии местах стоят больничные корпуса, обслуживаемые теми же одутловатыми медсестрами и курящими врачами, составляющими обычный штат любой больницы. Я практически не видел ни одного санатория или профилактория, в котором были бы специалисты по восстановлению здоровья. Мажут грязью, замачивают в ваннах, облучают кварцевыми лампами, делают примитивные массажи, а дорожки для терренкура с написанными на них цифрами расстояний пустуют. Отделений ЛФК с современными реабилитационными тренажерными устройствами я не видел даже за границей. Для инсультников изобрели какие-то механические устройства, которые выполняют за этих больных движения их конечностями, а ведь больные должны выполнять это сами. Вот, пожалуй, и все. Только здоровых людей все меньше и меньше. А что же действительно нужно для лечения суставов? Конечно, движение! Если сустав не работает, то мышцы, включающие его в режим работы, атрофируются. Это понятно даже школьнику. А вот какие движения? Как их делать? Сколько раз? С какой нагрузкой? С какой



частотой? Да еще необходимо учитывать сопутствующие заболевания, возраст, конституцию (анатомо-физиологическую) и даже образ жизни, **чтобы не навредить**. Это и есть задача врача. В этой книге мы будем говорить о восстановлении здоровья суставов.

Так вот, возвращаясь к здоровому образу жизни.

Как ни парадоксально, когда я сам стал писать очерки в газете «ЗОЖ», мне пришлось отражать атаки «керосинщиков» и «скипидарщиков», проникших в мой первый сборник «Библиотеки ЗОЖ». Так я называю тех, кто считает возможным лечить суставы не просто теплом, а буквально «сжигать» их различными растворами и мазями.

И что интересно. Эти народные целители настолько агрессивны в своих «учениях», что невольно заразили и официальную медицину, которая стала применять различные приборы и лекарства для нагревания суставов — фонофорезы, лазеры, апизартроны и карипазим. Кстати, это свидетельствует о том, что общепринятая медицина отошла от народа, разве что усложнила народные методы лечения. Только не надо убеждать, что тем самым они лечат суставы. Это паллиативная⁴² медицина. (Чувствую, как град камней летит в мою сторону не только от «керосинщиков», но и от артрологов и физиотерапевтов... Наклонюсь. Думаю, пролетят мимо.) Она имеет стойкое хождение лишь потому, что человек мало того что ленив, труслив и слаб (я об этом уже писал), но он еще не хочет думать о себе, о том, почему с ним приключилась эта болезнь. Он считает себя белым и пушистым.

Поэтому я все-таки решил поговорить о смысле лечения суставов с этим психологически тяжелым пациентом, все знающим и все отрицающим, кроме того, что кажется верным ему. Мы стали говорить об эндопротезировании, и я показал выписки из прессы (медицинской), свидетельствующей о том,



что 70% больных после замены суставов на импланты нуждаются в повторной операции. Это официальная статистика. А оставшиеся 30% еще долго пользуются дополнительной опорой в виде телескопических костылей. Кроме того, срок, отпускаемый хирургами на такую безболевою ходьбу, колеблется в районе 10—15 лет (обо всем этом я поговорю чуть позже, разбирая лечение коленных суставов).

70% больных после замены суставов на импланты нуждаются в повторной операции. Это официальная статистика. А оставшиеся 30% еще долго пользуются дополнительной опорой в виде телескопических костылей.

Моя личная практика знает и более тяжелый исход подобных операций. И несмотря на то что в ряде случаев я сам рекомендую пациентам пойти на замену сустава, даже настаиваю — спешить не надо. Необходимо готовить ногу к операции,⁴³ чтобы выйти из нее достойно. Впрочем, подобная рекомендация относится лишь к 10—15% пациентов с тяжелыми (запущенными) артрозами коленных суставов. Остальным я рекомендую побороться за их сохранение, несмотря на то что суставы находятся в аварийном состоянии, как и у этого пациента, назовем его условно Иваном Петровичем.

Столь удручающая статистика его неприятно поразила. Я продолжил: «Давайте, Иван Петрович, сделаем так. Я задам вам четыре достаточно простых, как вам может показаться, вопроса. И если вы ответите на них, мы можем разойтись. Без обиды.

В медицинских документах, которые вы мне предоставили, даны различные заключения врачей: где артрит, где артроз.



Написаны эти диагнозы приблизительно в одном временном промежутке. Но диагнозы «артрит» и «артроз» означают разные этапы болезни как с точки зрения физиологии, так и анатомии. И лечить их надо различными врачебными методами».

Итак. Мой **первый вопрос**:

«Вы понимаете смысл слов «артрит» и «артроз» и разницу между ними?»

Это очень принципиальный вопрос, так как от его решения зависит выбор тактики лечения. Мне чаще всего приходится слышать от больных при описании их болезни слово «артроз», хотя последующая диагностика и разбор болезни часто не подтверждают этот диагноз и позволяют настаивать на диагнозе «артрит». Кстати, и многие врачи не понимают разницы между этими словами, несмотря на то что это два разных диагноза.

Но ведь от правильности постановки диагноза, то есть врачебного заключения после всестороннего обследования больного, выбирается тактика и методы лечения.

Если диагноз неправильный, то соответственно и методы лечения могут быть выбраны неправильно... Можете ответить на этот вопрос чуть позже, а пока второй вопрос.

Второй вопрос:

«Является ли боль в коленном суставе, порой сопровождающаяся отеком сустава, проявлением болезни самого коленного сустава, а не симптомом какого-либо другого заболевания?»

Моя практика подтверждает необходимость исследования всего опорно-двигательного аппарата при болях в колене.

Часто встречаются пациенты, которым в течение многих лет лечили именно колени. Как потом выяснилось, боли в коленях были лишь побочным проявлением другой болезни, например артроза тазобедренного сустава или остеохондроза поясничного отдела позвоночника. Это означает, что и тактика лечения выбиралась неправильно, так как лечить надо не



следствие, а причину. И при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника, и при артрозе тазобедренного сустава боли в колене вторичны. Мало того, они исчезнут сами, если врач сумеет справиться с основным заболеванием.

Ответить и на этот вопрос, я думаю, вы, Иван Петрович, не сможете в связи с отсутствием знаний по анатомии и физиологии сустава. Но практика показывает, что случаев запущенности основных болезней из-за того, что акцент в лечении ставился на побочное явление, а не на основное заболевание, сколько угодно.

Пойдем дальше. Вот вы, Иван Петрович, вошли ко мне в кабинет довольно стремительно, хотя ваша походка свидетельствует именно о болезни коленных суставов. Вы вошли без палочки, и в ваших врачебных документах я часто встречаю рекомендацию к выполнению ЛФК на тренажере «велосипед» или недолгую (до 4 км) ходьбу.

В то же время врачи запрещают вам любые другие физические нагрузки.

Третий вопрос:

«Знаете ли вы, какая нагрузка для больных суставов является поистине разрушительной, а какая — лечебной?»

И этот вопрос, уважаемый Иван Петрович, является для вас неудобным, я бы сказал, неожиданным. И об этом мы поговорим чуть позже, а для затравки к разговору на эту тему я могу сказать, что подавляющее число артрологов вообще не понимают слово «нагрузка». Я постоянно читаю в их эпикризах⁴⁴ такие рекомендации: «Не выполнять нагрузок более 2,5 кг», или «Ограничить длительную ходьбу» и тут же «Выполнять упражнения на тренажере «велосипед» не более 20 минут» и т. д. и т. п.

И в то же время в «параллельном мире», то есть в спорте, мы часто слышим, как тот или иной спортсмен после травмы или операции вернулся в футбол, хоккей, большой теннис и т.д.



Почему одним физическая нагрузка запрещена, а другие благодаря ей возвращаются в большой спорт?

И наконец, **четвертый вопрос**:

«Почему повсеместно применяемые и рекомендуемые арт-рологами НПВС и хондропротекторы, которые назначают при лечении суставов, особенно коленных, не дают нужного лечебного эффекта?»

Привыкли верить врачам? Если назначают, надо принимать! Не всегда...

С моей точки зрения, лечение суставов лекарствами — самый примитивный подход при попытке решения этой проблемы! Что в таком случае получается? Больной приходит к специалисту (невропатологу, артрологу, вертебрологу, остеопату и пр.) с жалобами на боли в суставе (коленном, тазобедренном), в позвоночнике, в спине и др. Тот, постучав молоточком по разным частям тела и потыкав иголкой, направляет больного на рентген (МРТ, КТ, УЗИ), то есть в кабинет к специалисту-диагносту, не назначающему лечение и не изучающему историю болезни. Просто фотографирующему кости пациента с помощью различных диагностических приборов. Больной получает на руки снимки и заключение к ним, в котором рентгенолог⁴⁵ пишет свой вердикт — артроз, или остеохондроз, или грыжа МПД и пр. Но обращаю ваше внимание, снимки эти отражают лишь состояние костей и хрящей. И все. Но состояние мышц, связок, сухожилий, фасций, то есть мягкой соединительной ткани, рентгенолог не описывает. В то же время кости и мышцы — это всего лишь 10—12% информации об исследуемой анатомической области. Тем не менее в подавляющем числе случаев невропатолог (или артролог), к которому сначала обратился пациент, вполне удовлетворяется заключением рентгенолога и... выписывает рецепт для аптеки, иными словами — назначает лечение. Рецепт на эти самые НПВС и хондро-



протекторы. Ему кажется, что он сумел разобраться в болезни и дальше будет наблюдать за больным, периодически, так сказать, по необходимости, меняя лекарственные формы. Но что получается? Лечит-то больного не невропатолог, применяя свои методы, а фармаколог, который врачом не является. Спрашивается, зачем нужен врач, к которому первоначально обратился больной? В чем заключается его функция, если лечат и проводят диагностику другие специалисты?! Кто он? Дирижер? Менеджер? Да нет, скорее, посредник... Может, лучше сразу пойти в аптеку? Шутка, конечно, но горькая. Во всяком случае, грамотный провизор о лекарствах знает намного больше, чем невропатолог, выписывающий рецепты на эти средства.

Мне очень нравятся некоторые виды рекламы лекарственных средств. Например: «При употреблении такого-то лекарства посоветуйтесь со специалистом». Я всегда полагал, что специалистом называется человек, владеющий если не в совершенстве, то мастерски своим ремеслом. Шофер ведет машину, слесарь делает детали, хирург оперирует больного. При этом шофер должен знать свою машину, слесарь — свой станок; хирург, естественно, должен знать места разрезов и технику наложения швов. Трудно представить, что невропатологи перепробовали на себе все выписываемые ими лекарственные средства от различных заболеваний. Не проще ли в таком случае избавиться от лишнего звена — специалиста по суставам в поликлинике (название специалиста выберите сами, см. выше) и сразу после получения на руки рентгеновского (МРТ) снимка пойти в аптеку? Затем найти специалиста по физиотерапии, ЛФК и массажу? Все они будут ориентироваться на заключение рентгенолога и назначать свое лечение. Таким образом, можно сэкономить время и... деньги.

Ну а самые любопытные могут более внимательно прочитать еще и аннотацию к назначаемым лекарственным средс-



твам и от чего-то отказаться, так как там обязательно указаны побочные действия. Например, возьмем аннотацию к диклофенаку.

Диклофенак (НПВС — нестероидное противовоспалительное средство)

Противопоказания

- **эрозивно-язвенные поражения** желудочно-кишечного тракта в фазе обострения;
 - сведения о приступах бронхиальной астмы, крапивнице, остром рините, связанных с применением ацетилсалициловой кислоты или других НПВС;
 - повышенная чувствительность к диклофенаку или компонентам препарата;
 - нарушения кроветворения неясной этиологии;
 - III триместр беременности;
 - детский возраст до 6 лет.⁴⁶
- Следующий пункт тоже интересный.

Предостережения

С особой осторожностью назначают препарат пациентам с заболеваниями печени, почек и желудочно-кишечного тракта в анамнезе с бронхиальной астмой, аллергическим («сенным») насморком, полипами слизистой носа, диспептическими симптомами в момент назначения препарата, артериальной гипертензией, сердечной недостаточностью, сразу после серьезных оперативных вмешательств, в первом и втором триместрах беременности и в период лактации, а также лицам пожилого возраста. Из-за высокого содержания активного вещества таблетки ретарда по 100 мг не рекомендуется назначать детям до 18 лет.⁴⁷



Взаимодействие с другими лекарственными средствами

При одновременном применении диклофенака и:

- дигоксина, фенитоина или препаратов лития может повыситься уровень содержания в плазме этих лекарственных средств;
- диуретиков и гипотензивных средств может снизиться действие этих средств;
- калийсберегающих диуретиков может наблюдаться гиперкалиемия;
- других НПВС или глюкокортикоидов повышается риск возникновения побочных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта;
- ацетилсалициловой кислоты может наблюдаться понижение уровня концентрации диклофенака в сыворотке крови;
- циклоспорина может повыситься токсическое действие последнего на почки;
- противодиабетических средств можно вызвать гипо- или гипергликемию.

Применение метотрексата в течение 24 часов до или после приема диклофенака может привести к повышению концентрации метотрексата и к усилению его токсичности.

При одновременном применении противосвертывающих препаратов (антикоагулянтов) необходим регулярный контроль свертываемости крови.⁴⁸

Побочное действие⁴⁹

Со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота, рвота, диарея, диспепсия, метеоризм, анорексия, запор; в редких случаях замечено возникновение эрозивно-язвенных поражений, кровотечения и перфорации желудочно-кишечного тракта.

Со стороны нервной системы: иногда отмечаются головная



боль, головокружение, нарушения сна (бессонница или сонливость), возбуждение; в отдельных случаях отмечены нарушения чувствительности, дезориентация, нарушения памяти, зрения, слуха, вкусовых ощущений, шум в ушах, судороги, тремор, психические нарушения, депрессия, тревожность, асептический менингит.

Аллергические проявления: кожная сыпь, редко крапивница, отмечены отдельные случаи экземы, полиморфной эритемы, эритродермия, редко отмечались приступы бронхиальной астмы, системные анафилактические реакции, в отдельных случаях — васкулит, пневмонит.

Со стороны почек: редко отеки, в отдельных случаях острая почечная недостаточность, нефротический синдром гематурия, протеинурия.

Со стороны печени: транзиторное повышение активности трансаминаз в крови, редко гепатит, в отдельных случаях — фульминантный гепатит.

Со стороны системы кроветворения: описаны отдельные случаи развития тромбоцитопении, гемолитической анемии, апластической анемии.

Со стороны сердечно-сосудистой системы: отмечены единичные случаи возникновения тахикардии, артериальной гипертензии, застойной сердечной недостаточности.⁵⁰

Так почему больные так упорно приходят к одному и тому же врачу, который выписывает все новые и новые рецепты на препараты еще более сильного, а значит, все более токсического действия?

Сложный вопрос. Своего рода гипноз человека в белом халате. Вот и вы, Иван Петрович, попались в эти самые сети. А сейчас раздражены. Виной тому побочное действие лекарства или мои вопросы?

Я сам отвечаю на каждый из своих вопросов.



ЧЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ АРТРИТ ОТ АРТРОЗА, или Болезнь под названием артрит

Для поиска правильного ответа на этот вопрос пойдем традиционным путем и откроем справочник-энциклопедию.⁵¹ Первая строчка определения артрита звучит так: *«Артрит — воспаление одного или нескольких суставов; может быть самостоятельным заболеванием (посттравматический, инфекционный А.), так и симптомом других болезней».*

Мне, например, непонятно, какой смысл скрывается за этим определением?

Разберем пословно. Думаю, это небезынтересно всем.

Первое слово — АРТРИТ.

Articulatio (лат.) — сустав, таким образом корень слова «артрит» «артр» заимствован из латыни.

Вторая часть слова «ит» — является обозначением воспалительной реакции. Значит, слово «артрит» следует понимать как «сустав воспаленный».

В приведенном же определении говорится: «Артрит — воспаление одного или нескольких суставов». (В медицине принято воспаление нескольких суставов называть «полиартрит». — **Б.С.**) То есть это не определение болезни, а перевод с латинского слова «артрит», причина же болезни сустава не объясняется. Так вот. Если в формулировке сочетаются два слова «артрит — воспаление», это одно и то же, что масло масляное.

То есть в слове «артрит» уже заложено «воспаление». Если в суставе что-то испортилось, то он воспаляется.

Из словаря В. Даля⁵² — «...воспалять — жечь, зажигать, поджигать, воспламенять».

При болях в суставе действительно ощущается горение,



жжение, происходит отек, и слово «артрит» ассоциируется именно с такой реакцией организма. Но это лишь реакция в ответ на нарушение, проявление болезни, а не на причины нарушения, то есть следствие.

Избавиться от отека и сопровождающего его ограничения подвижности в суставе можно лишь одним способом — восстановить микроциркуляцию в суставе, то есть убрать застой в мягких тканях сустава: мышцах, связках.

Конечно, человека, не знающего физиологию болезни, легко обмануть. Чем и пользуются рекламодатели от медицины, утверждая, что их лекарство (мазь, таблетка) избавляет от причины болезни — воспаления. Подменяя при этом причину болезни на следствие. Ибо воспаление, то есть отек, жжение, — это следствие болезни. Но обыватель не понимает этого и покупает то, что ему навязывает реклама. Например, часто рекламируют мази с разогревающим компонентом — пчелиный яд (апизартрон, змеиный яд) и пр., действующие на воспаленный сустав, как бензин на костер при попытке его потушить. Хотя поначалу разогревание уже разогретого болезнью сустава отвлекает. Но если рассматривать **«воспаление» как физиологическую реакцию, то есть нарушение кровообращения и микроциркуляции в суставе**, при котором и возникает отек сустава, приводящий к ограничению его подвижности, то многое станет понятным. Избавиться от отека и сопровождающего его ограничения подвижности в суставе можно лишь одним способом — восстановить микроциркуляцию в суставе, то есть убрать застой в мягких тканях сустава: мышцах, связках.



Давайте договоримся, что в объяснении болезни сустава (или артрита) мы исключаем инфекционную (то есть доказанную лабораторными методами) природу заболевания (гонорея, туберкулез, сифилис и пр.) и травматическую, при которой произошло разрушение элементов сустава, например повреждение менисков, разрыв связок.

Поэтому будем рассматривать боли в суставе, возникшие от понятных и непонятных причин. Во врачебной практике существует такое понятие : «болезнь неясной этиологии».

Вернемся к артриту. Принято считать, и это отражено в подавляющем числе медицинских справочников, что артрит — это воспаление сустава. И вам захотелось наконец-то понять, что такое «воспаление»? Откуда оно взялось, если сустав цел, инфекции и травмы нет, а он болит и отекает? Для этого продолжим чтение вышеупомянутого справочника, в котором объясняется слово «артрит»:

«При воспалительных артритах первоначально страдает синовиальная оболочка сустава — тонкая пленка соединительной ткани, выстилающая сустав изнутри». Я бы назвал ее прокладкой между болтом и гайкой, например, в водопроводном кране. Когда кран протекает, сантехник должен ее заменить. А вот как заменить или отремонтировать эту «прокладку» в суставе человека? И что происходит, если не сменить вовремя прокладку? Читаем далее: «Длительное воспаление этой оболочки может привести к разрушению хряща». А это уже не артрит, это — артроз, то есть нарушение целостности сустава (см. ниже).

Что же получается? В официально принятом справочнике читаем определение артрита, а к концу чтения этого определения понимаем, что мы прочитали определение артроза. Далее идет описание клинических проявлений артрита:

«Характерными признаками артрита являются боли в суставе, ограничение подвижности, изменение внешнего вида



из-за **отечности и утолщения мягких тканей, окружающих сустав».**

Опять загадка! Сустав долго болит, а подвижность его ограничивается из-за (подчеркиваю) отечности и утолщения мягких тканей?!

Осталось понять, что такое «мягкие ткани»? Анатомы утверждают, что этими мягкими тканями суставов являются мышцы, связки и сухожилия. С этим трудно не согласиться.

К великому сожалению людей, страдающих от болей в суставах, в приводимых мной сведениях из руководств всех перечисленных выше медицинских ассоциаций (зарубежных и российских) мягкие ткани так и остаются безымянными и никакого значения в дальнейшем при лечении воспаления в суставах им, то есть мышцам, связкам и сухожилиям, не придается. Хотя именно из-за этих мягких тканей, как следует из определения официального источника медицинской информации (см. выше), и возникает отечность и ограничение подвижности в суставе. Но авторы приводимого определения артрита, приблизившись к истинной причине болезни, тут же испугались этого откровения и бросились за помощью к фармакологам, которые ничего другого, кроме НПВС и гормонов внутрь сустава (например, метотрексата), предложить не могут да и не собираются. Их товар — лекарства, а не здоровье!

Письмо для иллюстрации:



письмо

*Здравствуйте, уважаемый С.М.! (текст близок к оригиналу)
Очень вас прошу, прочитайте мое письмо. К вам обращает-
ся больная артрозом коленного сустава Галина Феодосьев-*



на Н. Я упала, ударилась о бордюр сильно, и у меня образовалась большая отечность. Пошла в больницу, меня положили и начали через день выкачивать эту жидкость. Потом начали промывать с двух сторон капельницей почти 10 часов. У меня все вымыли и остался голый сустав. Вот уже три года, как мне ничего не помогает. Ходить очень тяжело и больно, нога (коленка) совсем не разгибается и как булава упругая, все время скрипит (трение о голый сустав). С.М., большая к вам просьба! Посоветуйте, что теперь мне делать, что пить и что кушать, чтоб я не хромала. Когда сижу — подняться невозможно сразу и ходить тяжело, пока не расхожусь. Мне кажется, что уже поздно. Ну и возраст уже 69 лет. Надеюсь, вы меня не оставите без внимания.

Написано 03.09.2009.

С уважением к Вам, Г.Ф.

КОММЕНТАРИЙ С. БУБНОВСКОГО

Что и говорить? Тяжелое письмо. Таких много. Не на все можно ответить, и не потому, что нет времени. Трудно лечить заочно. Даже простые рекомендации могут быть неправильно поняты, не говоря уж об исполнении. Это ведь не таблетку назначить и не жидкость воспалительную откачать. Такие примитивные подходы к лечению суставов я отмечаю с порога. Хотя бы потому, что хронические болезни суставов имеют свою историю, то есть протяженность их развития во времени у каждого человека своя. Одинаковых не бывает.

Тем не менее постараюсь подсказать таким больным путь, по которому надо идти, если есть не только желание, но и терпение, необходимое для восстановления суставов.



Предлагаемый мною путь труден, но реален и проверен на практике. Как это ни смешно, но у подавляющего большинства взрослых людей есть свои рецепты лечения суставов и спины. Одна из популярных тем в кино и книгах — боль в спине, а любимое киношное лечебное средство — хирургия. Но если уж происходит путаница с понятиями «артроз» и «артрит» у врачей, то что говорить о человеке, не связанном с медициной. Поэтому такие больные верят всем встречающимся на их пути специалистам и неспециалистам, затем начинают думать. Как правило, поздно, упущено много времени и требуется менять сустав на имплант, а денег нет. Да и здоровья тоже.

На дворе 2011 год, а методы лечения суставов идут в подавляющем числе случаев из конца XIX века.

У меня в руках «Учение о болезнях суставов» академика Н.А. Вельяминова, написанное им в 1917—1918 гг.

Это его завершающий труд, обобщивший опыт многолетней клинической практики (т.е. с середины XIX века). Для своего времени он считался выдающимся хирургом и, по всей вероятности, серьезно повлиял на тактику лечения суставов, как то: давящие повязки, покой-иммобилизация, тепло («холод», правда, тоже упоминается в ряду методов, влияющих на кровообращение), прокол, промывание полости сустава, выскабливание...

Можно не продолжать. И хотя вместо ампутации ноги, имеющей место в ряде случаев в то время, сейчас появилась прогрессивная методика замены сустава (эндопротезирование), а вместо «выскабливания» активно применяется артроскопия сустава,⁵³ тем не менее в народе за неимением средств, страховки и часто условий для лечения продолжают применять эти варварские, я бы сказал пещерные, методы — промывание и дренирование воспалительной жидкости из больного



сустава и вкачивание затем в полость сустава гормональных средств.

Конечно, это не распространяется на инфекционные артриты (туберкулезные, сифилитические и пр.), которые часто встречались во времена лечебной практики Н.А. Вельяминова. Именно поэтому так необходимо выяснить разницу в понятиях артрит и артроз, или, как сейчас принято в специальной литературе, — остеоартрит и остеоартроз.

Я предлагаю другой путь при лечении суставов — современную кинезитерапию, где в качестве лечебного фактора используются глубокие мышцы сустава.

Так как я пишу для людей, как правило, не знакомых с медицинской терминологией, то в этой книге все артриты и артрозы я объединил под общим понятием — боль в колене (даже не в коленном суставе). И опять же, не усложняя текст, буду использовать наиболее часто встречающиеся на консультациях вопросы или выдержки из писем.

Я предлагаю другой путь при лечении суставов — современную кинезитерапию, где в качестве лечебного фактора используются глубокие мышцы сустава.

Конечно, лечение суставов, когда случаи трудные, может проводиться только в специализированном центре современной кинезитерапии с помощью специальных тренажеров МТБ 1-4.



РАЗБОР БОЛЕЗНИ, или Как не надо лечить колено

Давайте вместе разберем случай с Галиной Феодосьевной. Что произошло? Она шла по улице, подвернула ногу или оступилась, упала на колено, больно ударилась им о бордюр.

Ситуация первая

Упала на колено и ударилась им о бордюр! Что из этого? Колено является самым большим синовиальным суставом, то есть под надколенником находится полость, которую образуют сухожилия основных мышц бедра, главным из них является сухожилие квадрицепса, или четырехглавой мышцы бедра. Эти четыре головки стабилизируют колено при нагрузке. Кроме того, большое значение для стабилизации колена имеют приводящие, отводящие и мышцы-разгибатели бедра (полуперепончатая, полусухожильная, двуглавая). Так вот. Общая полость коленного сустава разбивается **сухожилиями мышц** на карманы, тоже полости, которые называют сумками.⁵⁴ Сумка, карман — эти названия говорят сами за себя, это емкости, в которых что-то можно накапливать. Эта общая полость коленного сустава соединяется с подколенной сумкой. Существуют также и другие сумки, не соединяющиеся с общей. Поэтому колено и является самым большим синовиальным суставом, содержащим самое большое количество суставной жидкости, необходимой для его эксплуатации.

Оба мениска и связки колена (медиальная, коллатеральная, крестообразная) повреждены не были, иначе Галину Феодосьевну направили бы напрямиком к хирургу. Боль, возникшая при падении, распространилась по его передней поверхности, то есть в области сухожилия квадрицепса бедра. Почему-то большинство врачей считают, что сухожилия — это своеобразные



веревки, прикрепляющие мышцу к костям для передвижения человека в пространстве. Поэтому появилось чисто бытовое название — опорно-двигательный аппарат (кстати, это определение — продукт русской медицинской «мысли»). Как его расшифровать? Есть скелет, на котором «висят» органы, как на елке, и есть мышцы, которые двигают этим скелетом. Собственно, дальше такого понимания медицинская «мысль» не ушла до сих пор. Хотя в международной классификации болезней есть отличный термин: «костно-мышечная система». Многие врачи используют термин «миофасциальный синдром», то есть боли в мышцах и связках. Это не относится к специалистам вышеуказанных ассоциаций, потому что во всем руководстве, кроме однократно упоминаемой четырехглавой мышцы бедра, другой информации об остальных мышцах я не обнаружил.

Между тем внутри сухожилие — это сеть тончайших капилляров, через которые кость и сустав получают питание (кальций, воду, белки и пр.). Этот процесс называется диффузией, то есть проникновением. Так вот, эти все микроэлементы, составляющие костную и хрящевую ткани, а также оболочки и сумки суставов получают все эти вещества через помповый (насосный) механизм мышц, то есть когда они находятся в движении. Герберт Шелтон в своей работе «Физиология и философия физических упражнений» назвал поступление микроэлементов в ткани законом «сокращения-расслабления». Этот закон един для всего организма, без него организм существовать не может. Таким образом, он сделал акцент на мышцы, связки, сухожилия как на основные структуры, обеспечивающие нормальное существование всех органов и тканей. Есть, конечно, примеры ненормального существования организма, я имею в виду людей, которые не делают гимнастики, не следят за формой тела и живут при этом достаточно долго. При



этом их кожа сморщенная, тело согнутое по оси, ноги с трудом передвигаются. Но ничего, живут!

Многие врачи называют это естественной старостью. Я называю это отсутствием физической культуры или физической неопрятностью. Ни в коей мере не осуждаю этих стариков. Другой вопрос, что если бы они пользовались законом Герберта Шелтона, то, может быть, прожили бы не дольше, но намного интереснее и качественнее. Для категоричной оценки я еще слишком молод.

Да и такое заболевание пожилых людей, как остеопороз, — это не просто снижение количества микроэлементов в кости (например, кальция), а прежде всего ухудшение качества сухожилий, через которые кальций и другие микроэлементы уже не могут поступить в костную ткань. И в связи с этим бесполезно кормить людей с остеопорозом препаратами кальция, если транспорт, то есть мышцы, связки, сухожилия, по которым микроэлементы поступают в кости, ослаблен и фактически не выполняет функцию насоса. Лучше таким «ослабленным в костях» людям заняться восстановлением мышц, а не поглощением бесчисленного количества препаратов кальция, которые при отсутствии мышечной работы откладываются где угодно, только не в костях. Я встречал пациентов, у которых под кожей был какой-то панцирь, когда я проводил по ней рукой. Это, конечно, крайний случай, но бывает и такое.

Вернемся к случаю с Галиной Феодосьевной.

Удар по сухожилию четырехглавой мышцы бедра вызвал сильнейшую боль (кстати, достаточно типичная травма).

Возник спазм в тех самых мягких тканях, о которых упоминается в определении артрита. Естественно, появился отек, то есть накопление жидкости в вышеупомянутых сумках колена, так как микроциркуляция в суставе нарушилась (цирку-



ляция — движение жидкости, микро — капилляры). Откуда возник отек колена, если новой дополнительной жидкости в него никто не вливал? Она просто скопилась в зоне нарушения циркуляции. То же самое получится, если открыть кран и закрыть отверстие в раковине. Надо либо закрыть кран (в нашем случае, отрезать ногу), либо открыть отверстие, чтобы выпустить воду.

Когда наша героиня пришла, обратите внимание — самостоятельно, в больницу, ей начали, с ее слов, «выкачивать жидкость и промывать сустав». Длилось это достаточно долго.

Жизнь Галины Феодосьевны с этих пор, так сказать, охромела, и заметьте, это после обычной бытовой травмы, без разрывов, переломов и кровотечений. А что можно было сделать в этот момент?

Сустав отек не из-за гнойной инфекции, попавшей в рану. Сустав воспалился. Это и есть реакция на спазм микрососудов. Возник затор движения крови и лимфы в суставе, как автомобильная пробка на дороге. Не взрывать же машины, стоящие в пробке! Просто требуется терпение и время, а также условия для нормального автомобильного движения, чтобы эта пробка рассосалась.

Прежде чем дать рецепт для снятия воспаления, хочу объяснить, что такое воспаление!

ТРИ ЭТАПА ВОСПАЛЕНИЯ

Физиологи объясняют, что воспаление мягких тканей проходит в три следующих друг за другом этапа.

1-й этап — **альтерация**, нарушение микроциркуляции, связанное с изменением (уменьшением) или повреждением структуры тканей. Уменьшение капилляров или капиллярной



сети, как правило, возникает в результате гипотрофии, то есть ослабления и уменьшения объема мышц.

Галине Феодосьевне 69 лет. Она далека от спорта. Работает изо дня в день, суетится. О себе некогда подумать, например, о гимнастике для мышц ног. «Что вы, — скажет она. — Какая там гимнастика? Весь день на ногах!» Но раньше упала бы, потеряла ногу, на худой конец приложила бы какой-нибудь капустный лист и завтра на работу. Не получилось. А слабые мышцы — это как слабые амортизаторы у машины. На ровной дороге еще держат. Но если яма или камень, «подвеска полетит». Так и случилось. За отсутствие профилактики здоровья надо рано или поздно платить болезнью.

Слабые мышцы — это как слабые амортизаторы у машины. На ровной дороге еще держат. Но если яма или камень, «подвеска полетит».

У молодой кровь обошла бы место ушиба по соседним капиллярам, и эта «пробка» самостоятельно рассосалась бы. А в 69 лет запасов в виде богатой капиллярной сети не оказалось. Мышц стало меньше и, соответственно, меньше стало капилляров.

Так вот. Те же физиологи объясняют. Альтерация, или первая стадия воспаления, если с ней сразу не справиться, переходит во вторую стадию — **экссудацию**, то есть отек. Эта стадия и создает боль. Ткани (мягкие) распирает от скопившейся жидкости, и они сигнализируют об этом.

О подобном повреждении мышцы сигнализируют своими рецепторами (ноцицепторами) через нервно-мышечное со-



единение, или синапс, соответствующему мотонейрону. Мотонейрон можно сравнить с узловой станцией на железной дороге, куда сходятся поезда с разных веток (в нормальной мышце взрослого человека несколько мышечных волокон имеют лишь одно нервно-мышечное соединение и иннервируются одним мотонейроном). Таким образом, боли в организме исходят из поврежденных мышц, а нервная система (ЦНС) через нервно-мышечную связь лишь получает информацию об этих мышечных повреждениях и регулирует ее интенсивность. В связи с этим информация, исходящая от врача, о том, что ущемился или застудился нерв и вообще все проблемы от «нервов», не совсем корректна. Все проблемы на самом деле от мышц. И о своих проблемах они кричат во весь голос. И если в этот момент вместо правильной причины интерпретации боли закачивать в организм обезболивающие препараты, как это происходит в подавляющем числе случаев, то рано или поздно нервно-мышечное соединение «разрывается», и мышца в результате не может передать информацию о своем повреждении мотонейрону. Это происходит в нескольких отделах одновременно. Заканчивается такое лечение печально — атрофией мышц и контрактурой сухожилий. А ведь любая боль — это защитная реакция организма, то есть друг, пусть и с отрицательным знаком. И задача центральной нервной системы вовремя его распознать и принять адекватные меры. Как говорится, избави бог меня от друзей, а с врагами я сам справлюсь! Противовоспалительные препараты (НПВС) обладают при передозировке страшным действием: они нарушают саморегуляцию организма, уничтожая сигналы о повреждениях со стороны периферии тела, и тем самым делают человека беззащитным перед любыми бытовыми травмами. Если же о повреждении сигнализирует сустав, естественно, болью, сам по себе не разрушенный и



видимых повреждений не имеющий, то надо проанализировать его функциональное состояние и создать условия, при которых он сможет работать, пусть и в несколько ограниченном варианте.

Далее должна поступать команда от центральной нервной системы для снятия появившейся боли, сначала рефлекторная. Например, человек упал на колено, встал, и первое, что сделал, потер ушибленное место рукой. Конечно, если в этот момент обложить ушибленное место льдом, то капилляры от «возмущения» сократились бы и протолкнули кровь и лимфу дальше. Но если и это не помогает, необходимо сделать специальные упражнения (об этом чуть позже).

Остается только гадать, что сделала в этот момент Галина Феодосьевна? Одно понятно. Колено отекло и стало болеть. И она обратилась в больницу, в которой ее и оставили. Там она оставила и свое здоровье. Почему? Медики стали «выкачивать жидкость» из отечного сустава и промывать его.

Видимо, они решили быстро перевести воспаление мягких тканей из стадии экссудации (отека) в стадию пролиферации.

Итак, третья стадия воспаления — **пролиферация**, то есть рассасывание отека. Рассасывание может происходить естественным путем, чего я и предлагаю добиться, выполняя для этого специально подобранные упражнения. Создается феномен естественного дренажа. В больнице искусственно помогают рассасыванию, выкачивая жидкость, накопленную в отеком суставе, с помощью специальных шприцов. Но у меня возникает ряд вопросов относительно этого метода лечения.

1. Какое количество жидкости надо откачивать (сколько шприцов)?



2. Та ли жидкость откачивается, которую необходимо откачать. Ведь существуют еще кровь, лимфа, внеклеточная жидкость, которые нужны суставу? Я понимаю, когда дренируют гнойное содержимое, но у Галины Феодосьевны гноя не было.

3. Что произойдет в суставе после того, как откачают часть скопившейся жидкости? Наладится капиллярная система? Восстановится подвижность колена? Будучи участником одного из телевизионных шоу на медицинскую тему, я задал вопрос моему врачу-оппоненту, на что он ответил: «А вдруг?..» То есть а вдруг произойдет нагноение, замыкание сустава или еще какое-нибудь «вдруг»... У Галины Феодосьевны никакого «вдруг» не было. Ей выкачивали жидкость и промывали сустав антибиотиками. Но стадия пролиферации так и не наступила, зато возникла контрактура мышц сустава, а Галина Феодосьевна в результате такого лечения обзавелась костылем.

Но медики решили вопрос радикально и стали «взрывать машины, стоящие в автомобильной пробке» — сустав. Мало того что появились новые травмы в мягких тканях колена из-за проколов, они откачали все, и лимфу в том числе. В результате: «...остался голый сустав. Вот уже три года ничего не помогает... Коленка все время скрипит...» Видимо, откачали не то, что надо.

А что можно было бы сделать?

Чтобы дренировать отек колена, можно было бы включить «запасные пути». Как это понимать? У человека работает 50% капилляров, и они находятся в мышцах. Их много. Приблизительно 100 км! Поэтому в таких случаях отечности сустава надо постараться заставить работать «помпы» или «насосы» колена, которыми являются мышцы задней поверхности бедра и голени. При выполнении тренирующих их упражнений



сустав (его бедренная и большеберцовые кости) растягивается и становится возможным заставить работать мышцы над и под коленом, то есть мышцы бедра и голени. Это и есть декомпрессионные, а в данном случае еще и дренажные упражнения.

Первые движения необходимо делать, пересиливая боль, и бояться этого не надо. Поэтому я рекомендую перед началом таких упражнений и сразу после их выполнения прикладывать компресс со льдом в виде наколенника на 10—20 секунд вокруг коленного сустава и продолжать выполнять эти упражнения, увеличивая количество вариантов и килограммы на стойке МТБ.

А что делать, если нет МТБ под рукой? Вспоминаю случай из жизни. Мне посчастливилось несколько раз побывать в качестве врача на знаменитом ралли по пустыне Сахара «Париж—Дакар» с великой командой «КамАЗ-Мастер» (на сегодня 16 побед над самыми сильными заводскими автомобильными командами мира). Во время ралли каждый участник команды почти незаменим, и его потеря, например, по болезни также болезненно может сказаться на результате гонки. Был такой случай.

Команда проходила перед гонкой технический осмотр. Все спокойно, никто еще никуда не спешил. Специальная техническая комиссия внимательно осматривала машины, чтобы чего-то нерегламентированного, улучшающего ход и скорость не проскользнуло мимо ее внимания. И вдруг один из наших механиков, Евгений, самый крупный и сильный, весил он 135 кг, спускаясь из кабины (1,5—1,8 м от земли), запнулся о протектор колеса и с высоты рухнул на землю. Упал на колено. Вскочил и снова упал. Вскочил и... упал. Я был рядом. Осмотрел колено. Гематомы не было, сустав сгибался, но болезненно. Стал отекать на глазах. Послал его на МРТ. Все на месте,



операции не потребовалось, но оказалось, что много лет назад у него была порвана крестообразная связка колена, которую ему так и не подшили. В футбол, хоккей не играл. Думал, обойдется. Но вот упал, и сустав перестал держать, при том что анатомически остался целым. У меня всегда в «аптечке» резиновый амортизатор. Поняв, что опорная функция не пострадала, я «выписал» ему упражнение — тяга резинового бинта, лежа на животе, тяга пяткой резинового бинта (см. фото 65 а, б). Преодолевая боль, на фоне холодного компресса. До гонки оставалось 3 дня. Мы успели справиться с отеком, и Евгений выполнил все возложенные на него обязанности. Команда не пострадала. После «Дакара» я посоветовал ему укрепить мышцы ног на МТБ, что он и сделал, благо на заводе «КамАЗ-Мастер» есть теперь центр кинезитерапии. Вот и все, что я хотел сказать о воспалении.

Что делать, или Как помочь Галине Феодосьевне?

Ей трудно. Три года нога практически не работала, и это, по всей видимости, привело к атрофии мышц и развитию контрактуры сустава.

Эндопротез? Возможно. Но нет гарантии, что приживется, так как мышцы атрофированы. Я все-таки считаю, что надо начать выполнять упражнения, которые будут приведены ниже, сначала в том объеме, в котором она может, а затем в рекомендуемом объеме.

Но это поможет только в случае, если на рентгеновском снимке ее коленного сустава просматривается, даже чуть заметно, суставная щель.



Кроме того, необходимо массировать мышцы бедра и голени в области их крепления к коленному суставу. Такой массаж болезнен, поэтому обязателен холодный компресс после массажа (на 10—20 секунд). Если колено начнет сгибаться, хотя бы на 90°, можно выполнять и более сложные упражнения. Но до этого нашей героине еще очень далеко.

Сколько времени на это понадобится, спросите вы. Дело не во времени, а в возможности и желании выполнять эти упражнения. Чем больше и дольше, тем лучше! Куда спешить?

А чего делать нельзя? Не рекомендую различные прогревающие сустав процедуры — будь то мази, форефы или лазеры. Ходить необходимо с тростью в противоположной руке или даже в двух руках. Хорошо, если это телескопические трости с упором в предплечья.

Надо укреплять и руки. Например — отжиманиями.

Теперь жаловаться и проливать слезы бесполезно. Есть много людей в гораздо более тяжелом положении. Надо постараться адаптироваться к этой жизни, поставив себе цель — ни от кого не зависеть! Да и обвинять кого-то смысла нет. Медики все делали по инструкции. Жаль только, что инструкция по своим понятиям уходит в начало XX века...

Что еще?

Надо выпивать большое количество чая: зеленого, травяного, с молоком (до 3 литров в день) и омыwać колени холодной водой. Допустим, сидя в ванне и направляя струю воды из крана на больное колено. До «замерзания». Затем тщательно вытереть ногу, помассировать и надеть сухое, хлопчатобумажное белье. Но греть сустав, использовать разогревающие мази и компрессы нельзя! Категорически! Еще раз напоминаю.



Тепло ухудшает циркуляцию крови и лимфы в области сустава и тем самым способствует развитию спаек и остеофитов внутри сустава, то есть его деформации.

Описание типичных ошибок при самостоятельном выполнении лечебных упражнений даны в книге «Остеохондроз — не приговор!».

Тепло ухудшает циркуляцию крови и лимфы в области сустава и тем самым способствует развитию спаек и остеофитов внутри сустава, то есть его деформации.

Таким образом, при артрите коленного сустава можно бороться за восстановление его функций и уж тем более за сохранение самого сустава, несмотря на боли.

Если же игнорировать роль мышц, связок и сухожилий в поддержке баланса внутрисуставной жидкости при болезни сустава (артрите) и всю лечебную деятельность направить на ограничение движений, поглощение НПВСов и других лекарственных средств, то воспаленный сустав медленно трансформируется в дегенеративный. И восстановить его терапевтически, используя даже специальные тренажеры МТБ, будет невозможно.

Вот в этом случае и возникает необходимость замены сустава на имплант, или эндопротез. Именно поэтому я так подробно остановился на разнице понятий «артрит» и «артроз», неразличение их приводит к тяжелым последствиям.

К сожалению, в приводимых мной клинических руководствах это неразличение прослеживается от первой страницы до последней.



Поэтому так важно правильно формулировать диагноз, ведь именно благодаря ему выбираются методы и тактика лечения.

Мое понимание артрита следующее:

Артрит — это нарушение функции сустава, возникающее в результате снижения трофической (транспортной) функции мышечной группы сустава в случае гипотрофии, атрофии или повреждения.

Проявлением артрита являются боли в суставе при выполнении привычных движений, наличие воспалительного экссудата (отека). Неадекватная тактика лечения приводит к деформации суставных поверхностей — **артрозу**.

Ответ на первый вопрос, я думаю, дан исчерпывающий.

Но для того чтобы перейти ко второму вопросу, надо разобратся в анатомии и физиологии коленного сустава.

Анатомо-физиологическое обоснование принципов лечения коленного сустава

К сожалению, так сложилось: люди считают, что если они много времени проводят на ногах или много ходят, а тем более бегают, то мышцы ног не нуждаются в дополнительной гимнастике. Разве что увлекающиеся оздоровлением организма делают в качестве профилактики упражнения, раскручивающие суставы.

Многие мои пациенты, например, говорят, что занимаются хатха-йогой.



Но и у спортивных людей, когда они обращаются по поводу болей в коленях, часто обнаруживаются параллельно проблемы с поясничным отделом позвоночника.

Надо понять: мышцы ног являются амортизаторами спины!

Вы не задумывались, почему ноги в два, а то и в три раза толще рук?

Если мы начнем перечислять крупные мышцы туловища, вернее, мышечные рычаги, то большая часть из них придется на ноги. Человек со слабыми ногами — это как машина на полупущенных колесах.

А после 60 лет у большинства эти колеса, к сожалению, спущены.

Люди сели на пятую точку! За компьютеры, за баранку автомобиля, в кресла офисов, в комнаты охраны и т.д. И что самое главное — вставать не хотят без нужды. Некоторые из них, правда, иногда посещают спортивные площадки. Но большинство из этих «околоспортивных» людей предпочитают развлекательный спорт — большой теннис, горные лыжи, беговые дорожки и т.п.

Это хорошо для общего состояния организма! Для ощущения своей причастности к категории здоровых людей! А если зайти в фитнес-клуб, то в тренажерном зале можно увидеть в основном молодых людей, качков, в то время как на беговых и прочих кардиотренажерах занимаются люди самых различных возрастов. Почему? Тренажеры, особенно силового ряда, — это тяжелый труд и постоянное преодоление собственной слабости.

Для многих это преодоление сопровождается психологическим дискомфортом. Занятия в общей группе аэробики в фитнес-центрах, как правило, проходят с инструктором, под музыкальное сопровождение. Программы, сочетающие силовые и стретчинговые упражнения, особым разнообра-



ем не отличаются. Допустим, степ-аэробика, развивающая квадрицепс и ягодицы. Да, конечно, ведь аэробная нагрузка тренирует сердце. Нагрузка, когда пульс достигает 140—160 ударов в минуту и позволяет сжигать жир. Но полноценного развития телу такие занятия не дают. В центре кинезитерапии занимаются партерной гимнастикой, заметно отличающейся от аэробики в фитнес-центрах наполненностью силовыми упражнениями.

Например, отжимания от пола во всех группах (здесь возраст не учитывают) составляют от 100 до 200 за занятие, упражнения на пресс — до 3000. А завершает программу стретчинг, или адаптированная хатха-йога.

В ней нет ритуальных медитаций, хотя каждое занятие завершается релаксацией мышц. К чему я все это рассказываю?

Ко мне очень часто обращаются люди с болями в спине и суставах, занимающиеся в подобных оздоровительных центрах.

Профессиональных специалистов, знающих динамическую анатомию, функциональную и возрастную физиологию, психорегуляцию, одновременно изучающих теорию и методику спортивных занятий, Министерство образования и Министерство здравоохранения не готовят. То есть профессионалов по восстановлению здоровья в оздоровительных или фитнес-центрах нет. Так, с бору по сосенке. Каждый что-то знает. Кто-то занимается йогой, кто-то пилатесом. Кто-то владеет техникой катания на горных лыжах или профессионал-теннисист. Но те, кто посещает эти занятия, рано или поздно приходят к врачу с болями в спине и суставах. И среднестатистический врач почему-то сразу запрещает именно спортивную деятельность, выписывая гору лекарств. А тренер ничего не может возразить — аргументов не хватает. Поэтому он ждет, когда его подопечный выздоровеет.



Вот круг и замкнулся! Хотели здоровья — получили болезнь. Поэтому все надо делать правильно.

Но вернемся к колену. Без коленного сустава нельзя бегать, прыгать, приседать. Люди начали бегать, прыгать, приседать — получили травмы колена.

Я расширю информацию об амортизационных свойствах мышц. На самом деле каждая мышечная группа нижних конечностей,⁵⁵ имеющая прикрепление в области того или иного сустава, является его амортизатором в своей точке.

Для того чтобы это понять, надо окунуться в анатомию. Постараюсь все объяснить в доступной форме.

Динамическая анатомия коленного сустава

Итак. Коленный сустав представляет собой сочетание блоковидного (по типу дверной петли) и эллипсовидного (вращающегося) суставов. Но основная динамическая часть — блок, сгибающийся до 40 градусов и разгибающийся до 180 градусов. Вращение голени возможно только при сгибании ноги в коленном суставе. Таким образом человек ходит, садится, встает благодаря блоковидной части колена. За эти движения сустава отвечают следующие мышцы:

1. За разгибание — четырехглавая мышца бедра, или квадрицепс. Эта мышца интересна тем, что у нее четыре головки, каждая из которых имеет свою точку крепления у колена по передней поверхности.

У спортивных людей эта мышца очень рельефна и украшает ногу.



У неспортивных квадрицепс у колена обычно атрофирован, и массаж этой мышцы в зоне колена вызывает резкую боль.

Женщины часто боятся «раскачать» ее, чтобы их ноги не походили на мужские. К этому ведут обычно приседания со штангой и все степы — то есть ходьба на ступеньке.

Я, правда, посоветую женщинам хорошо растягивать эту мышцу до и особенно после подобных занятий.

В центре современной кинезитерапии от избыточной мышечной массы квадрицепса есть упражнения на МТБ.

2. За сгибание — двуглавая, портняжная, тонкая, полуперепончатая, полусухожильная, подколенная, икроножная, подошвенная мышцы. Эта группа мышц располагается по задней поверхности ноги. Эти мышцы недооценены не только врачами-артрологами (они просто не понимают их функции), но и тренерами практически всех видов спорта, кроме гимнастики и ушу.

Ведь спорт воспринимается людьми как умение бегать и прыгать, иными словами, используется как четырехглавая мышца бедра, отвечающая за разгибание ноги в коленном суставе. Поэтому, обследуя многих спортсменов, например легкоатлетов, или участников бальных танцев, я обнаруживаю функциональное недоразвитие этой группы мышц.

В современной кинезитерапии этот феномен отставания или «забитости» мышц задней поверхности бедра называется ригидностью. То есть эти мышцы хотя и сильные, допустим, у спортсменов, но малоэластичные.

Приведу в пример обычный тест, который предлагается пациенту, обратившемуся к кинезитерапевту. Обычно эти пациенты, часто спортсмены, не могут, сидя с прямыми ногами и зафиксированными в этом положении коленями, достать руками пальцы ног. Причем, и это характерно при попытке через силу наклонить спину вперед, пациент испытывает



сильные болезненные ощущения. Где бы вы думали? Да-да! Под коленом! То есть в зоне крепления вышеперечисленных мышц задней поверхности бедра.⁵⁶ Поэтому надо следить не только за мышцами, «на которых мы ходим», но и за мышцами, «на которых мы сидим». Стоит спортсменам объяснить необходимость устранения дисбаланса в развитии мышц задней поверхности бедра, как они легко избавляются и от болей в спине. С неспортивными людьми сложнее. У них, как правило, недостаточно развита и передняя, и задняя группа мышц бедра.

И еще о динамической анатомии коленного сустава.

Остальные мышцы отвечают за ротацию, то есть вращение голени, но при сгибании ноги в коленном суставе. Как вы поняли, это его эллипсоидная часть. В случае с нашими основными героями, Иваном Петровичем и Галиной Феодосьевной, при объяснении им своих рецептов на этих мышцах я подробно останавливаться не буду. Хотя и они активно участвуют в питании коленного сустава. К таким мышцам относятся:

3. За вращение кнутри (вы сидите и носок ноги повернули к другой ноге) отвечают подколенная, полусухожильная, полуперепончатая, тонкая, портняжная и медиальная головка икроножной мышцы.

4. За вращение голени кнаружи (вы сидите, носок одной ноги направлен в сторону от другой) отвечают двуглавая мышца и латеральная головка икроножной мышцы.

Названия мышц можно не запоминать. Главное — понять, что они есть и без их участия невозможно нормальное функционирование сустава. Чуть позже я «привяжу» эти мышцы к лечебным упражнениям. Их общее количество — 21! Но я не назвал еще сухожилия и связки колена, которые выполняют сходную функцию. А в «Клинических рекомендациях»



упоминается только одна мышца — четырехглавая мышца бедра...

Вы понимаете разницу в подходе к лечению коленного сустава невропатологом и кинезитерапевтом?

Поэтому надо хорошо подумать, если специалист, к которому вы обратились при болях в суставе, выписывает рецепт на лекарства вместо комплекса лечебных упражнений.⁵⁷

Но вы можете задать встречный вопрос в ответ на мои выпадения в адрес невропатологов: «Хорошо. 21 мышца. Ну и что? При чем здесь артрит?»

Функциональная физиология коленного сустава

Тоже непростая тема, но если есть вопрос, я должен на него ответить.

Напоминаю, что любой здравомыслящий рентгенолог относит артрит (да и артроз тоже) к группе дистрофических заболеваний, о чем, как правило, упоминает в своем заключении при описании рентгеновского снимка.

Из прочитанного ранее материала книги о воспалении вы узнали, что нарушение питания сустава (дистрофия) происходит из-за резкого снижения микроциркуляции, то есть числа питающих сустав капилляров, количество которых, в свою очередь, зависит от количества мышц, через которые и проходят капилляры. А у наших героев-пациентов отмечается серьезная потеря мышечной массы.

Источниками кровоснабжения элементов коленного сустава служат бедренная, подколенная, передняя большеберцовая артерии и глубокая артерия бедра.



Таким образом, основные источники кровоснабжения коленного сустава проходят через основные крупные мышцы бедра и голени.

Мышечные нагрузки стимулируют образование новых капилляров, повышают адаптационные возможности мышечной ткани.

Таким образом, можно увидеть четкий функциональный алгоритм болезни суставов при наличии слабых мышц нижних конечностей:

слабые мышцы ног => слабый кровоток => слабое питание сустава => артрит => артроз => постоянная боль => эндопротезирование (если есть деньги) => инвалидность.

Но вы можете задать еще один вопрос: «А если я не бегаю и не прыгаю, зачем мне столько мышц?»

Ответ чуть сложнее.

Питание бессосудистого хряща осуществляется через капиллярную сеть. При движении под тяжестью веса тела суставной хрящ нижних конечностей сдавливается, как губка, а неиспользованная тканевая жидкость выдавливается из него. При разгрузке давление в хряще падает, и хрящ, аналогично губке, освободившись от давления, расширяясь, всасывает в себя свежую, богатую питательными веществами тканевую жидкость. Таким образом, при каждом шаге осуществляется питание хряща. Интенсивность обменных процессов в полости сустава зависит также от кровоснабжения периартикулярных (околосуставных) тканей — мышц и связок, а также от состояния капиллярного кровотока, зависящего от двигательной активности сустава. Отсюда понятным становится смысл фразы: «Движение для сустава — это жизнь». Конечно, в случае здорового сустава.



Но, как становится понятным, не каждое движение приносит пользу. Поэтому я и рекомендую перегруженные мышцы спортсменов разгружать другими упражнениями, то есть включая мышцы в противоположном двигательном режиме. А людям, далеким от спорта, советую стараться не терять силу мышц нижних конечностей, следить за их объемом и эластичностью, выполняя упражнения на растяжку этих мышц.

Подводя итоги анатомо-физиологического обоснования применения упражнений в качестве основного лечебного средства при артритах коленного сустава, можно сделать следующие выводы:

1. Питание коленного сустава и суставного хряща, его кровоснабжение и микроциркуляции напрямую зависят от работы мышц, связок и сухожилий данного сустава.

2. Это обеспечивает правильную, ровную на всем протяжении (конгруэнтность) суставную щель, которая, как показывает практика, может сохраняться и при артрите колена, то есть отеке и ограничении движения. При таком раскладе сустав можно сохранить.

3. О наличии нарушения нормальной суставной щели на рентгеновском снимке свидетельствует ее инконгруэнтность (неровность). Это ведет к неравномерному распределению нагрузки на хрящ и его дегенерации (разрушению) в наиболее нагружаемых отделах. Это уже четвертая стадия, или артроз, который ввиду неполноценности сгибания-разгибания коленного сустава приводит к атрофии питающих его мышц. И в таком случае только эндопротезирование способно вновь «включить» атрофированные мышцы и восстановить питание костных тканей ноги в зоне коленного сустава.

4. Мышцы ноги в течение всей жизни и, самое главное, после выхода человека на пенсию должны обладать необ-



ходимой силой для создания противотяги с целью физиологической разгрузки сустава. Именно потеря силы в мышцах ног происходит с возрастом, когда люди говорят себе: «И так проживу. Мне много не надо...» Пока не получают какую-нибудь бытовую травму.

5. Недостаточная работа мышц нижних конечностей влияет и на согласованность работы мышц всего тела. У неспортивных людей с годами развивается нарушение координации. Кстати, слабые ноги ведут и к плохому кровоснабжению сосудов головного мозга. Отсюда развивается болезнь Альцгеймера, или старческое слабоумие, паркинсонизм и другие старческие болезни. Я встречал в своей практике слабоумие уже в пятидесятилетнем возрасте. Но это отдельная тема новой книги. А пока кто-то пусть подумает и об этом.

Почему болят колени у пожилых людей?

И вот только теперь, когда мы разобрались в анатомии и физиологии коленного сустава, можно объяснить причины артрита и способы естественного выздоровления.

Разберем более подробно историю болезни первого нашего персонажа Ивана Петровича. Он принес снимки суставов, на которых просматривалась четкая суставная щель, хотя и меньшего, чем нужно, размера. Это уже радовало. Хрящи серьезно поизносились, а на периферии сустава даже образовались единичные остеофиты, то есть костные наросты в зоне крепления мышц. В народе этот феномен недостаточно работающего сустава называют отложением солей.



В связи с этими изменениями суставов ноги и вывернулись в стороны, создав косолапость походки. Травм и операций на суставах у Ивана Петровича не было, поэтому осталось протестировать его возможности суставов на предмет их подвижности и провести функциональную диагностику мышц, связок и сухожилий не только суставов, но и спины. Это необходимо для того, чтобы назначить соответствующие тренажеры для восстановления суставов и снятия отечности.

Для этой цели и используются специальные многофункциональные тренажеры (МТБ), на которых создается возможность поочередного включения мышц на фоне снятия осевой нагрузки суставов. Причем силовые упражнения, которые можно на них выполнить, настолько адекватны по своему действию, что могут выполняться как шести-семилетними детьми, так и очень пожилыми и далекими от спорта людьми. Это стало возможным при использовании сложной блочной системы, через которую проходит очень плотный трос, закрепленный одним концом к грузам, а другим концом — к специальным манжетам и ручкам, с помощью которых пациент имеет возможность перемещать эти грузы в пространстве тренажера. То есть больной человек ничего не поднимает, не опускает, используя ось позвоночника и поверхности суставов. Он их растягивает, в то же время преодолевая воздействие противовеса. Грузы дифференцируются очень точно, начиная с 2,5—5 килограммов, то есть это отягощения, соотносимые с весом руки, ноги. А если необходимо растянуть и позвоночник, то соответственно можно увеличивать и общий противовес до 60—80 килограммов. Все зависит от физических кондиций занимающегося. Специалист по кинезитерапии подбирает сначала те упражнения, которые больной может выполнить, постепенно расширяя спектр этих упражнений до нужного объема.



В домашних условиях при отсутствии подобного тренажера можно использовать резиновый амортизатор, как и показано в этой книге, хотя упражнения, выполняемые с ним, менее дифференцируемые в своей силовой части и менее амплитудны, что не позволяет по-настоящему растянуть ни позвоночник, ни крупные суставы, особенно находящиеся в стадии артроза. Тем не менее это намного эффективней, чем какие-то бы ни было лекарства.

В то же время упражнения без декомпрессионных воздействий, то есть просто гимнастика на полу, приседания и ходьба, велосипед и плавание, я не могу рекомендовать людям с больными суставами. Хотя многие эти упражнения они в принципе могут выполнить. Но расплата за это наступит мгновенно. Уже через пару часов. Вы не сможете ходить без боли, так как упражнения, которые вы выполнили, не «размыкали» коленные суставы, и все движения усиливали механическое трение суставных поверхностей, что вызывает реактивный синовит, то есть внутренний отек синовиальной оболочки сустава. Вот из-за этого феномена неправильно подобранных упражнений и появился основной принцип современной кинезитерапии: «Правильное движение лечит, а неправильное калечит».

Вы уже поняли, что кинезитерапевт выписывает рецепты на упражнения, а не на лекарство. У меня к аптечному лечению суставов своеобразная ментальная аллергия.

Представьте себе нашего пациента Ивана Петровича. Ему 64 года, он маленького роста (164 см), вес тела приблизился к отметке в 90 кг. Обследование мышц задней поверхности бедра, а вы уже знаете эти мышцы, отвечающих за сгибание голени (см. главу «Динамическая анатомия коленного сустава»), выявило их ригидность (жесткость). Иван Петрович не смог достать пальцев ног, сидя



с прямыми ногами, а функциональный тест на тренажерах для этой группы мышц выявил их гипотрофию (слабость). То есть при весе 90 кг мышцы задней поверхности ноги с трудом «тянули» на МТБ 10 кг! Это при норме 35—40 кг. Квадрицепс бедра едва справлялся с весом 15 кг, и это при норме 45—50 кг.

И такие ноги называют амортизаторами тела. Вы что же думаете? Если вам за 60, то можно себе позволить набрать вес и снизить при этом силу мышц?

Ну хотя бы ухаживайте за мышцами спины, рук. Так ведь наш Иван Петрович умудрился на жизненном пути растерять и этот «мужской» фактор. На тренажере «верхняя тяга», имитирующем подтягивания и тестирующем мышцы спины, он смог осилить всего 20 кг⁵⁸ при норме 65—70 кг.

То есть функциональное тестирование показало, что туловище у Ивана Петровича мышечно пустое и все фасции мышц (футляры) заполнены жировой клетчаткой. А ему прописали таблетки, чтобы вылечить колени.

Скажите, пожалуйста, неужели неясно, что из-за слабых мышц ног, потерявших свою амортизирующую функцию, 90-килограммовое тело раздавит суставы ног? Вот так примерно и произошло. Ноги от ужаса нависающего сверху тела и раскорячило в стороны. А эти специалисты из ассоциаций назначают таблетки!

Ну да ладно. Суставы худо-бедно, пусть и со скрипом работали у Ивана Петровича, и я сначала назначил ему упражнения, которые должны были разорвать болевой порочный круг, все звенья которого взаимосвязаны (боль — мышечный спазм — нарушение локальной микроциркуляции — усиление боли с ухудшением объема движения).

Так как болевой синдром при артрите повлек за собой формирование щадящего двигательного стереотипа и вы-



ключил из активной работы физиологическую **«насосную помпу»**, то есть мышцы бедра и голени, то и задача была поставлена восстановить эту **«помпу»** и тем самым наладить отток воспалительной жидкости из синовиальной сумки сустава. Кроме того, вновь заставив полноценно работать крупные мышцы бедра, мы сможем восстановить Ивану Петровичу основные источники кровоснабжения коленного сустава (см. главу «Функциональная физиология коленного сустава»).

Поэтому сначала были назначены декомпрессионные упражнения, позволяющие включить противотяги ноги — мышцы бедра и голени, которые, в свою очередь, сняли нагрузку с поверхностей колена, восстановив лимфодренаж его синовиальной сумки. Такие упражнения я дал и механику на ралли «Париж—Дакар».

Если бы нашей Галине Феодосьевне кто-то подсказал это простое, но очень эффективное упражнение после того, как она ударилась коленом о бордюр, не было бы от нее такого письма. Впрочем, и сейчас ей надо начать с такого упражнения, несмотря на боль в колене.

Итак, подведем некоторые итоги. Что надо знать перед началом выполнения программы для восстановления суставов по принципам современной кинезитерапии:

1. Необходимо начинать лечение колена, даже находящегося в стадии отека и даже при наличии острых болей при сгибании. Для этого на первом этапе выполняются декомпрессионные упражнения с целью восстановления лимфодренажа при работе мышцам бедра, а также кровообращения и микроциркуляции сустава для устранения гипоксии хряща.

2. Необходимо соблюдать принцип последовательности и постепенности. Для этого нужно терпение.



Также надо понять технику диафрагмального дыхания при выполнении упражнений для профилактики и снятия мышечных болей.

В двух словах. Выполняя даже простые упражнения для больной ноги после длительной гипокинезии,⁵⁹ вы обязательно, особенно в первые 4—6 дней, будете испытывать усиление боли в мышцах этой ноги. Вам даже может показаться, что стало хуже. Но хуже быть не может в принципе, так как колено уже после первых упражнений начнет хоть чуть-чуть, но сгибаться. Боли же в мышцах будут вызваны адаптацией, то есть привыканием к новому режиму своего существования. Чтобы этот адаптационный режим протекал мягче, рекомендую наложение компресса со льдом на колено после выполнения упражнения, а в случае увеличения отечности сустава и во время выполнения.

Почему же, спросите вы, при выполнении лимфодренажа и декомпрессионных упражнений отечность увеличивается?

Отвечаю. Чтобы убрать отек, надо сначала проложить дорогу или дорожку, на которой капилляры были заблокированы до начала выполнения упражнений как в зоне колена, так и выше — в мышцах бедра. И вот мышцы заработали, усилился кровоток, а прохода еще нет. Нужно какое-то время, день-два, и капилляры пробьют дорогу вверх по ноге, включая коллатерали и анастомозы, то есть создав обходные пути. Надо потерпеть.

Так и в автомобильной пробке. Пока хоть одна машина не начнет движение, пробка будет расти.

И еще: если начали выполнять лечебные упражнения под руководством специалиста по кинезитерапии, обращайтесь только к нему, если у вас возникли вопросы или какие-то сомнения в правильности применяемой методики. Любой другой



врач или специалист, не знакомый с принципами и методами современной кинезитерапии, первое, что порекомендует, прекратить выполнение всех упражнений.

Причем дадут такие ответы именно специалисты, которые долго лечили ваш сустав безрезультатно.

3. Принцип самоконтроля.

Ведите дневник выздоровления, где изо дня в день, от занятия к занятию, отмечайте статистику выполненной работы, то есть количество движений в упражнении, количество упражнений, все изменения нагрузок (в кг), если это тренажер, или количество резиновых амортизаторов. Измеряйте пульс и давление до и после выполнения упражнений.

Безопасный пульс, свидетельствующий о хорошей работе, равняется 140 ± 5 ударам в минуту сразу после выполнения упражнений. Но он должен снизиться через 5 минут после завершения упражнений приблизительно на 50 процентов.

Если и после 5 минут цифры не упали на 50 процентов (например, 120—125 ударов через 5 минут), значит, вы немного переусердствовали, сократите либо количество упражнений, либо уменьшите нагрузку (кг).

Но главное! Не надо бояться ни тахикардии, ни повышения систолического (верхнего) давления после упражнений. И не спешите с увеличением нагрузок! Бояться по-настоящему надо одного — невозможности выполнения упражнений!

Поэтому следите за нижними цифрами (диастолическими) при измерении давления. Они должны снижаться, так как работающие мышцы ног разгружают круг кровообращения и снимают нагрузку с сердечной мышцы.

И так день за днем. Главная задача — возвращение качества жизни, то есть избавление от зависимости от других людей.



Этого можно добиться практически в любом состоянии, если пользоваться данными принципами восстановления!

И это мой ответ Галине Феодосьевне.

А тактика в лечении одна: от простого к сложному, от малого к большому.

Так и получилось в истории с Иваном Петровичем. Сначала задача по восстановлению его коленей казалась невыполнимой, но он старательно выполнял все предписанное ему кинезитерапевтом.

И однажды я увидел бодро проскочившего мимо меня человека, кивком головы поздоровавшегося со мной. В нем я с трудом узнал Ивана Петровича — всезнайку и пессимиста при нашем первом знакомстве, а ныне друга и соратника. Он мне даже показался выше ростом, да и ноги уже были лишены привычного взгляду «колеса». Я посмотрел его «карту выздоровления». Силовые показатели заметно выросли — где-то на 150%. Ригидность мышц исчезла, и он легко доставал пальцы ног, сидя на кушетке с прямыми ногами. Да и вообще он был счастлив, как ребенок. Позади уже было 3 цикла лечебных сеансов (каждый по 12 дней), и он не собирался прекращать заниматься, но уже профилактически, взяв абонемент на год. Это означало, что в помощниках и инструкторах он уже не нуждался! К этому времени ему исполнилось 65 лет. Кстати, и вес заметно поубавился и стал уже около 80 кг.

Упорство в поглощении лекарств он заменил упорством в достижении своих физических показателей.

Что ж, с письмом моей читательницы и случаем из практики разобрались. А вот второй вопрос, который я задал своему пациенту, достаточно актуален, хотя ни к одному из этих двух случаев не относился.



Всегда ли боли в коленном суставе являются проявлением болезни самого колена, а не симптомом какого-либо другого заболевания?

В упоминаемых «Клинических рекомендациях» приводится достаточно широкий обзор заболеваний, которые сопровождаются болями в коленном суставе, но акцент делается на особенностях остеоартрита коленного и тазобедренного суставов. Дифференциальная диагностика действительно должна входить в обязательную практику врача и является анализом всех заболеваний, при которых встречается подобная жалоба, в данном случае боль в колене. На первое место среди других болезней в подобных случаях я ставлю артроз тазобедренного сустава.

Практика показывает, что к такой диагностической тактике прибегают далеко не все врачи даже в, казалось бы, серьезных учреждениях. Что уж говорить о поликлиниках или сельских больницах.

Боль в колене часто сопровождает остеоартроз тазобедренного сустава. Своевременная диагностика позволяет спасти от операции на тазобедренном суставе многих людей... Я в свое время сам пострадал от этих несостыковок в диагностической практике врачей, так как еще не был врачом. И хотя в моей жизни подобный недосмотр буквально заставил кардинально изменить образ жизни и послужил, как ни парадоксально, позитивным толчком, я остановлюсь как можно подробнее на вопросе своевременной дифференциальной диагностики остеоартроза тазобедренного сустава (кокстартоза) и остеоартроза коленного сустава (гонартроза).



Прежде чем приступить к анализу остеоартритов,⁶⁰ то есть артритов коленного и тазобедренного суставов, хотелось бы обратить ваше внимание на то, что в «Клинических рекомендациях», которыми руководствуются большинство клиницистов-артрологов, проводится некая параллель в лечении этих двух групп заболеваний, т.е. заболеваний коленного и тазобедренного суставов. А между тем это два принципиально различных заболевания. Единственное, что объединяет их, — боль в колене.

Поэтому второе, что надо обязательно сделать при боли в колене, после рентгеновского снимка этого колена сделать рентгеновский снимок тазобедренных суставов, и желательно обоих.

Поэтому второе, что надо обязательно сделать при боли в колене, после рентгеновского снимка этого колена сделать рентгеновский снимок тазобедренных суставов, и желательно обоих.

В костно-мышечной системе человека все одинарные крупные суставы имеют свою специфику, поэтому при их коррекции или лечении необходимо применять различные методики. Даже остеохондроз позвоночника с наличием грыж МПД намного проще лечить, как это ни парадоксально, чем любой из этих крупных одинарных суставов. В данном случае я говорю о тазобедренном и коленном суставах. Есть еще плечевой, локтевой, лучезапястный и голеностопный. Все они строго специфичны, в отличие от позвоночника, охраняющего на-



ходящийся внутри спинной мозг, и поэтому самой природой многократно продублированного соседними позвонками, или ПДС (позвоночно-двигательными сегментами), имеющими одинаковую структурную композицию.

На каждый такой ПДС приходится до 20 моторных динамических единиц (мышц и связок) одинакового строения. Поэтому повреждение одного позвонка или межпозвонкового диска многократно подстраховано самой природой соседними позвонками, имеющими одинаковую структуру с поврежденным позвонком.

А тазобедренный и коленный суставы различны по своей структуре. Но так как они являются соседями одной осевой кинематической цепочки, то есть это все — нижняя конечность, то их невольно и связывают «похожестью», пытаюсь соединить несоединимое. Вроде бы внешние проявления схожи — хромота, крепитация (треск) в суставах, боли, пожилой возраст и некоторые другие общие признаки. А в результате такого «анализа» (имею в виду те же «Клинические рекомендации») и лечение одинаковое — НПВС, гормоны, физиотерапия.

Но природа при создании одинарных суставов ОДА позаботилась также о своего рода подстраховке. Изменения при болезни в тазобедренном суставе имеют принципиальное отличие от таких же изменений в коленном. А, к примеру, в позвоночнике все изменения позвонков и дисков идентичны, что в шейном, что в грудном, что в поясничном отделе. Разве что поясничный отдел страдает больше грудного.

Тазобедренный сустав относится к группе шаровидных. И малейшие изменения, а тем более изменения суставной щели между головкой бедра и вертлужной впадиной таза, ведут уже к дегенерации, то есть к невозможности ее восстановить. Это и является прямым показанием к будущему



эндопротезированию — замене на имплант. Можно, конечно, терпеть, и долго, но при любом раскладе эндопротезирование при болезни тазобедренного сустава становится неизбежным. Коленный же сустав относится к блоковидным, и его суставная щель может в принципе иметь неровности. Но это, во-первых, компенсируется наличием менисков и, во-вторых, управляемостью этого сустава с помощью мышц, прикрепленных к нему с двух сторон.

То есть тазобедренный сустав — это бедро (подвижная часть) и таз (неподвижная часть). А коленный сустав — это две подвижные части — бедро и голень. И если таз растянуть невозможно, то бедро и голень растягиваются легко, снижая при этом осевую нагрузку с суставных поверхностей коленного сустава.

Понимая разницу в строении этих крупных суставов, можно подобрать адекватную тактику лечения без применения НПВС или других паллиативно-пассивных средств лечения. И моя практика подтверждает это.

Я дам несколько советов по этому вопросу.

Первый совет

Если у вас появились боли в коленном суставе, не нарастающие в своей интенсивности, но заставляющие незаметно для себя массировать колено, обязательно сделайте рентгеновский снимок обоих... тазобедренных суставов!

Дело в том, что проявление болезни тазобедренного сустава происходит далеко не сразу и значительно позже, чем появление болей в коленном суставе этой же ноги. Вinovата во всем биомеханика туловища, при которой первую нагрузку при поражении тазобедренного сустава берет на себя коленный сустав.



А почему делать снимок двух тазобедренных суставов (и даже в двух проекциях), спросите вы.

Объясняю. Дело в том, что все познается в сравнении! Первые признаки поражения тазобедренного сустава врач может не заметить даже при предъявлении ему рентгеновского снимка, так как основной рентгенологический признак остеоартроза тазобедренного сустава (коксартроза) — **снижение суставной щели, порой явно не выражен**. И только в случае сравнения с другим суставом эта разница может стать заметной.

Если выявить эти первые незначительные изменения в тазобедренном суставе и переключить внимание на лечение тазобедренного, а не коленного сустава, то тазобедренный сустав можно спасти. Я имею в виду от эндопротезирования.

Порой можно выявить латентное (скрытное) развитие асептического некроза головки бедренной кости при МРТ.⁶¹ Но в таких случаях, как правило, явно выражены боли и в области тазобедренного сустава. Если уж делаешь снимок одного сустава, то что стоит «сфотографировать» оба. Хлеба не просят, а выгода ощутимая.

К сожалению, не все врачи, к которым обращается пациент с болями в колене, дадут подобную рекомендацию...

Второй совет

Он относится прежде всего к людям, занимающимся какой-либо спортивно-оздоровительной деятельностью (футбол, бег, большой теннис). Они порой получают незаметные травмы тазобедренного сустава (удар мячом, падение, поднятие тяжестей и т.д.), но не обращают внимания на подобные вещи. И когда болезнь суставов начинает проявляться дискомфор-



том, особенно в конце дня или после бега, игры, не придают этому значения и даже усиливают тренировочный режим. Это ошибка!

Кроме того, чтобы отличить артрит коленного сустава от артроза тазобедренного, необходимо знать триаду симптомов, которая сопровождает поражение тазобедренного сустава. Это боли в колене, паху и пояснице.

Дополнительно надо проверить разницу в ротации (скручивании) обоих тазобедренных суставов. Обычно пораженный сустав скручивается хуже.

В случае наличия этой триады симптомов, причем выражены они по-разному (например, на боли в колене обращается внимание потому, что они ярко выражены, а паховые и поясничные боли не столь сильны), или снижения амплитуды вращения в одном из тазобедренных суставов забудьте про колено.

Третий совет

Следующее часто встречаемое заболевание, при котором может ярко проявляться боль в колене, назову остеохондроз позвоночника в поясничном отделе, часто с грыжами МПД (межпозвонковых дисков).

Вот один интересный случай из практики. Однажды знакомый привел на прием своего отца, жителя сельской местности, приехавшего к нему в гости. Сказал, что отец замучил жалобами на боли в колене и уже 20 лет занимается лечением колена разными народными средствами (перечислять не буду, их полно и, как правило, все ошибочны).

Почему-то я сразу подумал о поясничном отделе спины. 20 лет колено без серьезной динамики болеть не может. Так и оказалось. На прием пришел 70-летний сухой мужчина и



принес мне снимки, которые я заранее попросил сделать. Во время миофасциальной диагностики оба колена достаточно прилично себя вели, хотя «больной» сустав несколько припух из-за постоянных растирок и неснимаемого наколенника. Конечно, он слегка прихрамывал, и в связи с этим нога была немного тоньше. Сказывалась гипотрофия мышц из-за длительного оберегания от нагрузки. Ходит-то с палочкой.

Но для 70 лет вполне достаточная подвижность сустава. Хорошо прокручивались и тазобедренные суставы, а вот мышцы поясничного отдела спины и задней поверхности обеих ног были жесткими и ригидными. Мужчина не мог, сидя с прямыми ногами, достать пальцы ног и разогнуть согнутую в коленном суставе ногу, держа рукой стопу. «Во дает доктор, — скажет какой-нибудь более молодой, чем мой, пациент, читатель! — Я тоже не могу этого сделать!»

Это, конечно, ваши проблемы, и рано или поздно они скажутся болями в спине или суставах нижних конечностей. Но в данном случае шел «разбор полетов». Что лечить — колено или позвоночник? Я пришел к выводу о нездоровом позвоночнике. Этим мой пациент остался недоволен. Он привык лечить колено. Принцип Ивана Петровича. Все сам знает и пришел за какой-нибудь новой растиркой для колена.

Чтобы отличить боль в спине от боли в колене, надо постараться проанализировать эти боли. Обычно боль из спины (область L3 позвонка) часто начинается в области ягодиц, впоследствии спускаясь по передней поверхности бедра на колено. Врачи называют такую боль в колене отраженной. Она не всегда усиливается при ходьбе, но может усилиться при кашле. Я привел достаточно типичные случаи из практики, когда лечат колено, в то время когда надо заняться тазобедренным суставом или спиной.



Другие заболевания, в которых присутствует в качестве основного симптома боль в колене, редко встречаются (болезнь Бехтерева, ревматоидный артрит, подагра и др.), так как в клинике этих заболеваний ярко иллюстрируются симптомы поражения различных сегментов опорно-двигательного аппарата, кроме коленного сустава. Поэтому перейдем к третьему вопросу.

Какая нагрузка для больных суставов является поистине разрушительной, а какая — лечебной

В разделе об анатомическом строении коленного сустава я постарался обратить ваше внимание на количество мышц, через которые осуществляется питание (кровообращение и микроциркуляция) коленного сустава. К сожалению, в общепринятой артрологии эти мышцы не используются при лечении. Основная тактика — это обездвижение коленного сустава в стадии обострения (отека) и применение различных лекарственных препаратов, как перорально, так и внутрь сустава. К этому можно добавить и различные медицинские «примочки» в виде откачивания из сустава воспалительного экссудата (жидкости). Типичным случаем подобного подхода при лечении артрита коленного сустава и послужила история болезни Галины Феодосьевны.

Я постарался объяснить бессмысленность такого подхода к лечению коленного сустава в предыдущих главах. Костно-мышечная система — это система, отвечающая за передвижение человека в пространстве, так же как машина, перевозящая людей. Машина перемещается в пространстве не за счет того, что у нее красивый кузов и круглые колеса, а за счет того, что в этих колесах есть подшипники, благодаря которым колеса крутятся, а у человека есть суставы, благодаря которым он делает шаги. Поэтому если у машины заржавел



подшипник, то его надо смазать, а не ставить машину в гараж. Так и с человеком. Если сустав перестал работать, его тоже надо смазать, а не заковывать в наколенник или прокалывать иглами шприцов. Систему движения покоем вылечить невозможно! Невозможно даже улучшить состояние. Допустим, вы приняли эту концепцию и начали выполнять упражнения, у вас сразу же возникнет вопрос: «Сколько, в каком количестве, с какими отягощениями необходимо выполнять эти упражнения?» Одним словом, какая допустима нагрузка, если у вас гипертоническая болезнь сердца, ишемическая болезнь сердца и кардиолог запретил какие-либо нагрузки? Если вам просто трудно?

Другой вопрос. Как быть с болью при выполнении этих упражнений? И так далее и тому подобное.

Чтобы ответить на этот и множество других подобных вопросов, надо разобраться с понятием «нагрузка». Основным принципиальным позициям по нагрузке я уделил много внимания в разделе «Остеохондроз». В этой книге удар пришелся по кардиологам, запрещающим любые нагрузки и готовым посадить все человечество после 40 лет на кардиопротекторы.

Но как рассчитать нагрузку в килограммах или как относиться к боли при выполнении упражнений, которая ассоциируется прежде всего «с нагрузкой»? Надо ли следовать принципу: если больно — воздержись? Если вы поняли мою позицию относительно лечения больных суставов (в данной книге — коленных), которая заключается в том, что основным объектом лечения больных суставов являются мышцы, прикрепленные к этому суставу, то вы должны понять и то, что мышцы — это насосы. То есть они пропускают через себя кровоток и лимфоток и даже усиливают их, если выполняют именно силовую нагрузку.



Например, мышцы бедра — квадрицепс и бицепс — работают при приседаниях или при жимах ногами на тренажере. Работают попеременно. И когда они работают попеременно, работает феномен мышечного «насоса».

**Основным объектом лечения
больных суставов являются мышцы,
прикрепленные к этому суставу.**

Исходя из этого, ваш вопрос может звучать так: «Сколько делать приседаний или сколько жать килограммов ногами?» Ответ простой. Приседайте сколько угодно. Но желательно одинаковыми сериями с одинаковыми интервалами: например, 10 раз по 10 повторений через 20 секунд. Или если делаете на тренажере жим ногами, нагружайте столько килограммов, сколько сможете поднять в 15—20 повторениях. Это означает, что двадцать первое повторение сделать будет трудно. В дальнейшем необходимо добиться такого показателя выжимаемого вами веса, который бы соответствовал весу вашего тела с возможным увеличением на сто процентов.

Спортсменам в соответствии с видом спорта я увеличиваю эти стандарты не менее чем на 20%.

То есть вы можете начать выполнять упражнения с килограммами, заметно отстающими от вашей «нормы», то же касается числа повторений. Это нормально. Помните принцип последовательности и постепенности.

А то ведь как бывает. Жалуется мне пациентка: «Я уже давно посещаю ваши занятия, все выполняю, что вы говорите, а нога все болит». Иду с ней в реабилитационный зал



и смотрю на то, как она справляется с тренажерами. Проанализировав график выполняемых ею упражнений, я увидел, что эта пациентка выполняет упражнение для задней поверхности бедра с тем же весом, с которым и начинала лечебные сеансы, то есть на 50% ниже нормы. Я говорю ей об этом, а она в ответ, что, мол, не может больше. И действительно, человеку неспортивному психологически трудно преодолевать от сеанса к сеансу «новые вершины», даже если это необходимо.

В таком случае можно использовать принцип подготовительных упражнений. Мы их называем «пирамида вниз». Такой принцип используют спортсмены в своей практике, когда хотят добиться более высоких результатов. Они нагружают тренажеры весом, намного превышающим норму, и выполняют упражнения с этим весом столько, сколько смогут. То есть 3–4 повтора, а не 12, как полагается, но до отказа или до состояния, когда мышцы неспособны выполнить хотя бы еще одно повторение. Затем уменьшают вес и продолжают выполнять упражнение, опять 3–4 повтора. И так далее, пока не закончится пирамида весов.

Например, пациентка топчется на 10 кг для мышц задней поверхности бедра, которые сгибают голень, уже несколько циклов, т.е. полтора-два месяца. А ей надо работать как минимум с 20 кг для снятия боли в суставе. С одной стороны, ее сердечно-сосудистая система уже натренирована упражнениями, так как она в одном сеансе многое выполняет, с другой — топчется и топчется на каком-то одном, но очень важном упражнении.

Люди в основном, так уж повелось, используют, как правило, квадрицепсы бедра, так как эта группа мышц работает при ходьбе, беге, прыжках, вставании. Бицепс бедра, то есть его задняя поверхность, в быту и даже в спорте задействован край-



не мало. Разве что при прыжках. Мы на ней сидим. Но внутри бицепса бедра (так я для краткости обозначаю заднюю группу мышц бедра) проходят все основные нервно-сосудистые магистрали нижних конечностей — седалищный нерв, артерии, вены, лимфатические сосуды. В связи с чем эта мышечная группа играет фактически главную роль в транспорте крови, лимфы к верхней части туловища тела, а значит, и к суставам.

А слабая задняя группа мышц бедра — это плохие суставы и плохой позвоночник. Поэтому достижение мышечных стандартов необходимо для всех мышечных групп и даже для тех, которые, казалось бы, мало задействованы по жизни. Так, у этой пациентки данные мышцы оказались очень слабыми да еще ригидными, то есть короткими, жесткими. В ригидной мышце слабая сосудистая сеть из-за малого количества мышечных волокон (неразвитость мышцы). Поэтому и малое количество крови она способна пропустить через себя. В норме мышцы должны быть длинными и соответствовать длине «своих» костей с небольшим запасом. Это называется антропометрической нормой. Неразвитые короткие мышцы выполняют функцию якоря, то есть тянут тело вниз. Кроме того, мышцы должны быть эластичными, то есть обладать свойством амортизации. Эластичность, антропометрическая длина и сила мышцы — необходимые условия для сохранения суставов и позвоночника. Возраст при этом значения не имеет, так как мышцы способны восстанавливать свой нормальный статус. Но это происходит только при создании определенных условий — выполнении обязательных силовых и растягивающих упражнений. А эти упражнения требуют терпения. Проще гонять мяч на футбольной площадке или перекидывать через стенку теннисный мяч на корте, говоря при этом, что занимается «здоровьем», чем выполнять отжимания или подтягивания с нужным количеством повторов. Кстати, это и является



ключом к успешным занятиям спортом и к оздоровлению. Причем развиваются только те мышцы, которые необходимы для успешных действий именно в этом виде спорта. И часто за счет недоразвитости других.

**Эластичность, антропометрическая
длина и сила мышцы — необходимые
условия для сохранения суставов
и позвоночника.**

В современной кинезитерапии эти проблемы у человека, страдающего тем или иным недугом, выявляются и устраняются в первую очередь. И так называемые нелюбимые упражнения мы стараемся сделать любимыми. Но для этого и надо объяснять, зачем нужно подтянуть ту или иную группу мышц. И когда пациент понимает это, он работает по устранению выявленного дефекта с удвоенной энергией.

В центре кинезитерапии имеется специальный тренажер-МТБ. Он, с одной стороны, «мягкий», т.е. на нем можно работать с минимальными весами при выполнении силовых упражнений даже ребенку или глубокому старику. С другой стороны, шкала весов («пирамида») достаточно емкая: от 2,5—5 кг до 60—80 кг на одной стойке (МТБ-1), на двух стойках (МТБ-2) вес удваивается.

Поэтому я дал этой пациентке вместо привычных 10 кг тяги с нижнего блока сразу 20 кг. Если 10 кг она смогла тянуть 12—15 повторов, то 20 кг — всего 4—5 повторов. Она выполнила 5 повторов (видимо, с испуга, потому что я был рядом) с этим весом. Я тут же снизил вес «пирамиды» до 15 кг. Она повторила 5 раз. Затем я убрал еще 5 кг, она смогла выполнить еще



5 раз. Можно было и 5 кг, но эффект был бы уже небольшим. Таким образом она «переместила в пространстве»: $(20 \text{ кг} \times 6) + (15 \text{ кг} \times 5) + (10 \text{ кг} \times 5) = 120 + 75 + 50 = 245 \text{ кг}$, в то время как ранее справлялась в одном подходе к этому упражнению лишь со 120 кг ($10 \text{ кг} \times 12$).

Когда пациентка увидела, что может больше, дела пошли веселее, и она в конце концов устранила боль в ноге, более того, стала красивее и сильнее, а значит, увереннее в себе. Да! На это ей понадобилось где-то 3—4 месяца. Много это для человека, страдавшего от боли в колене последние 3 года? Умейте считать, 90—120 дней не равны 1080 дням в больнице. Я люблю заниматься арифметикой выздоровления и болезни. Например, пациенту назначили 10 сеансов массажа, или 10 сеансов внутримышечного введения какой-либо лекарственной смеси, или 10 сеансов физиотерапии, гирудотерапии и т.п.

То есть 10 дней с этим пациентом проделывают различные манипуляции, при этом он ничего не делает! Скажите теперь, за эти 10 сеансов подобной терапии его мышцы окрепнут? Улучшится их сила? Пробьют новые капилляры дорогу в мышце и пропустят новую порцию крови? Вы уже поняли, к чему я веду, ибо за 10 сеансов кинезитерапии, или за 10 дней выполнения упражнений (естественно, специально подобранных), больной может научиться отжиматься, подтягиваться, приседать, наклоняться и т.д. Причем с мышцами и суставами, которые до этих активных 10 дней забыли про то, как это делать! Что лучше: лежать и покрываться коростой атрофированных мышц или делать упражнения, в результате выполнения которых вернется вера в свои силы и радость жизни?

Или другая арифметика. Многие при хронических болях в суставе или позвоночнике, я бы сказал, с радостью соглашались на операцию. Хирург пообещал, что благодаря современной (опять эти слова, но в другом контексте) медицинской



технике больной после операции буквально встанет и побежит. И больные верят этому врачу! Они не понимают, что любая операция создаст новые проблемы, которых не было до нее, — действие наркоза, потеря крови, не сразу заживающие швы, послеоперационный режим покоя и массированные лекарственные инъекции и т.д. и т.п. Хирург, естественно, из лучших побуждений всегда настраивает своих пациентов на благополучный исход. И это правильно. От веры пациента во врача очень многое зависит, но я сейчас не об этом. После любой операции на суставе или позвоночнике, особенно при его замене (об этом чуть позже), дается инвалидность на 1 год. А это 12 месяцев, или 365 дней. Спортсменам при операции на колене (удалении мениска, подшивании связок) и то дается большой срок на восстановление. А не спортсменам — костыли в руки! А что дальше? За этот период времени, то есть период после операции, мышцы станут еще более слабыми, кстати, и мышцы рук тоже. А носить на костылях надо вес собственного тела. Как носить? Чем носить, если все ослабло? Вот вам и арифметика. Умейте считать дни болезни, тогда легче настроиться на прохождение 12 или 24 сеансов кинезитерапии, благодаря которым вернется уверенность в себе!

Да, да! За эти небольшие, я бы сказал, ничтожные сроки уж что-что, а уверенность в себя вы вернете точно! Но, опять же, не за 3—4 дня! Часто как бывает! Пациент после моей консультации или консультации врача-кинезитерапевта преисполнен желанием ринуться в зал с тренажерами и «порвать» их. Или, прочитав мои рекомендации в книге, начинает выполнять те или иные упражнения самостоятельно. Но он невнимательно слушал или читал мои предостережения насчет третьего-четвертого дня занятий, когда начинают болеть мышцы, так как до этого они долго не работали. Бояться этих новых болей не надо, это боли мышечные! Физиологи назы-



вают такое явление адаптацией! Мышцы должны привыкнуть к новому образу жизни. Чтобы пройти этот период с менее острыми ощущениями, мы назначаем криотерапию (лечение холодовым воздействием), сауна-терапию (по своим методикам), массаж с пантовыми препаратами. Но главное — надо терпеть и заниматься дальше. Я нигде не называю цифру необходимых сеансов меньше 12. Да и это количество нужно для того, чтобы сориентироваться в собственном теле, понять, что делать, как, в каком количестве и каких цифр при выполнении упражнений необходимо достигнуть! Мне в свое время именно это надо было знать, чтобы выкарабкаться из той ямы, в которую я попал.⁶² Но человек, особенно больной, нетерпелив. Он хочет все и сразу. Поэтому легко соглашается на операцию. А дальше, после операции, бывает не яма, а пропасть, в которую попала наша Галина Феодосьевна, так как любое вторжение иглы в сустав — это операция. Как говорят хирурги, малоинвазивная. Но операция. А если их несколько? Больной человек, начавший выполнять упражнения после длительного перерыва, может почувствовать себя на третий-четвертый день неважно. У него начинается паника. Он мгновенно забывает все предостережения и обращается к другому специалисту, не знакомому с кинезитерапией. Естественно, тот запрещает все упражнения, так как считает, что они навредили. Возникает замкнутый круг. Пациент снова попадает к специалисту, который его лечил и не вылечил, а заняться новой предложенной ему технологией лечения у него нет терпения и разума.

Лучше покой и инъекции до полного самоуничтожения.

Хорошо, скажете вы. А если у меня дома нет тренажера МТБ-1? Как восстановить мышцы, если упражнения, которые я выполняю с резиновым амортизатором, никак не увеличивают силу ног? Что ж! Вопрос вполне уместен, и я уже на него



ответил частично, сказав о необходимости ведения дневника самоконтроля. Но вновь повторяю.

Во-первых: сначала надо увеличивать количество серий, то есть каждое упражнение выполнять с резиновым отягощением по 10—20 повторений с интервалом от двух до трех минут. (Количество жгутов и их длина влияет на количественную формулу.)

Во-вторых: мышцы надо «удивлять», то есть выполнять новые комбинации упражнений. Здесь не должно быть монотонности.

В-третьих: Помните правило 48 часов. Именно это время нужно для восстановления хорошо проработанной мышечной группы. Например, не стоит ежедневно делать упражнения на одну и ту же группу мышц.

Помните! Жизнь есть движение!

В домашних условиях можно чередовать один день упражнения для ног, другой — для упражнения пояса верхних конечностей (руки, спина, грудь). И так каждый день. Один день в неделю — отдых, во время которого просто растягиваете мышцы.

Помните! Жизнь есть движение!

Ну а на четвертый вопрос: «Почему повсеместно для лечения суставов применяются НПВСы и хондропротекторы?» — Иван Петрович ответил сам, хотя я помог ему в поисках правильного ответа. Лучше снова перечитать эту книгу, и вы найдете ответ на этот и другие вопросы, касающиеся паллиативного лечения, то есть лечения лекарствами, временно приносящими облегчение, но в конце концов, после их длительного



применения, ухудшающими состояние не только суставов, но и организма в целом!

А теперь можно поговорить о достаточно распространенной проблеме занимающихся спортом. То есть о частых травмах коленного сустава. Интерес к этой теме продиктован тем, что, в отличие от людей вроде Ивана Петровича или Галины Феодосьевны, у спортсменов и иже с ними мышечной недостаточности нет. Но люди этой категории порой небрежно относятся к базовой общефизической подготовке, то есть нудной, но необходимой работе с мышцами и связками нижних конечностей, когда эти мышцы, как им кажется, и так достаточно тренированы. Они напоминают мне водителей с двадцатилетним стажем вождения, проезжающих на красный свет светофора.

СПОРТИВНЫЕ И ОКОЛОСПОРТИВНЫЕ ТРАВМЫ коленного сустава

Подавляющее число столь популярных ныне травм коленного сустава, связанных с повреждением менисков или разрывами связок коленного сустава, вызваны в первую очередь:

- 1) нарушением техники движений при спортивной деятельности, то есть при выполнении движений, не предусмотренных природой сустава. Дело в том, что при этом связки не успевают включиться для амортизации;

- 2) сложными упражнениями, выполняемыми людьми с неподготовленными (или недостаточно тренированными) мышцами ног;



3) и это главное — недостаточной подготовкой костно-мышечной системы к тренировке и к профилактике сразу после нее.

В любом случае, прежде чем выйти на теннисный корт или встать на горные лыжи, необходимо подготовить эту самую «мышечную помпу» коленного сустава, выполнив упражнения на тренажерах силового ряда для мышц ног и обязательно завершив эти упражнения стретчингом (растяжкой).

Игнорирование этих правил спортсменами даже высокого класса, непонимание ее тренерами спортсменов и неспортсменов и приводит к реальному (но необязательному) травматизму связок коленного сустава. Почему я так уверенно говорю об этом? Да все потому, что существуют анатомические обоснования в строении коленного сустава, о которых еще не упоминалось в этой книге.

Выше я объяснял роль «мышечной помпы» в питании хрящевых поверхностей коленного сустава. Эта хрящевая соединительная ткань коленного сустава и является основным буфером при осевых нагрузках на сустав. Чтобы хрящ выполнял эту функцию, мышцы, питающие его, должны быть в постоянной «боевой готовности», особенно перед выполнением серьезных физических нагрузок. А серьезная нагрузка происходит, когда нижние конечности выполняют любые асимметричные движения, прыжки или удары.

И хотя профессиональные спортсмены выполняют эти нагрузки во много раз интенсивней, чем любители, коэффициент воздействия на сустав и тех и других одинаков.

В разделе «Остеохондроз» я условно разделил людей на «паркетников», то есть неспортсменов, и «внедорожников», то есть спортсменов.

В коленном суставе много покрытых хрящом суставных поверхностей. Это напоминание самой природы о необходимос-



ти регулярного использования мышечной «помпы» сустава для профилактики травм. Не менее 2—3 раз в неделю профилактически, то есть непосредственно перед и, что самое интересное, после тренировки, необходимо выполнять разогревающие упражнения, то есть усиливающие кровообращение в мышцах, которым предстоит серьезная нагрузка. Еще раз напомним все, что касается хрящевых суставных поверхностей коленного сустава.

Итак, хрящевой тканью покрыты:

1) поверхности обоих мыщелков (суставная надколенная поверхность) бедренной кости. За их питание отвечает прежде всего четырехглавая мышца бедра;

2) задняя поверхность надколенника. К четырехглавой мышце здесь добавляются мышцы — сгибатели и разгибатели коленного сустава;

3) суставная поверхность большеберцовой кости (те же мышцы);

4) суставные поверхности бедренной и большеберцовой костей, которые имеют неправильную форму (неконгруэнтны). Это несоответствие сглаживается двумя анатомическими образованиями из волокнистого хряща — менисками.

Мениски коленного сустава, располагаясь по краям мыщелков большеберцовой кости, увеличивают вогнутость их суставных поверхностей и благодаря эластичности хряща изменяют свою толщину и форму при различных положениях коленного сустава соответственно различному радиусу кривизны мыщелков бедренной кости.

Для профилактики травм менисков желательно подключать приводящие и отводящие мышцы бедра при выполнении упражнений на МТБ с нижнего блока в альтернативных исходных положениях тела (вариант с резиновыми амортизаторами). И при этом желательно выполнять ротационные,



скручивающие бедро тяги с верхнего и нижнего блоков на МТБ из исходных положений на полу и на скамье (вариант с резиновыми амортизаторами).

**Для профилактики травм менисков
желательно подключать приводящие и
отводящие мышцы бедра
при выполнении упражнений.**

Вышеперечисленные мышцы рекомендуется активизировать и после удаления, то есть частичной резекции менисков, но уже по программе физической реабилитации.

И еще одна распространенная проблема коленного сустава у спортсменов — травмы или разрывы крестообразных связок.

Еще немного топографической анатомии.

Суставные поверхности бедренной и большеберцовой костей прочно удерживаются расположенными внутри крестообразными связками. Передняя крестообразная связка идет от внутренней поверхности латерального (внешнего) мыщелка бедренной кости косо вперед, вниз и медиально (внутрь) к переднему межмыщелковому полю. Она удерживает большеберцовую кость от соскальзывания вперед.

Травматологи при разрыве передней крестообразной связки определяют «ступеньку», т.е. смещение оси большеберцовой кости вперед, по отношению к надколеннику.

Задняя крестообразная связка проходит между внутренней поверхностью медиального мыщелка бедренной кости и задним межмыщелковым полом. Она удерживает большеберцовую кость от соскальзывания назад.



Кроме того, крестообразные связки препятствуют перегибанию, ротационным движениям, отчасти чрезмерному сгибанию голени. Они покрываются синовиальной оболочкой спереди и сбоку.

Мне постоянно приходится заниматься реабилитацией спортсменов, перенесших разрывы крестообразных связок, поперечной связки, соединяющей спереди мениски между собой связками и укрепляющей суставную капсулу коленного сустава, а также косой и дугообразной подколенных связок, укрепляющих задние отделы суставной капсулы. Кроме того, есть большеберцовая и малоберцовая коллатеральные связки, укрепляющие боковые отделы суставной капсулы, а также связки надколенника, укрепляющие передний отдел суставной капсулы и являющиеся продолжением сухожилия четырехглавой мышцы бедра. Но в каждом случае травмы связочного аппарата коленного сустава или после проведенной операции на этих связках приходится сталкиваться с недооценкой хирургами пластической роли мышц, участвующих во всех движениях коленного сустава.

Это проявляется в слишком длительной и необоснованной, с моей точки зрения, иммобилизации коленного сустава (порой до 3 и больше месяцев!) после операции, что ведет не только к резкой гипотрофии мышц бедра (прежде всего 4- и 2-главых), но и образованию мышечных контрактур, что резко замедляет процессы репарации и порой навсегда выводит спортсмена из строя.

Такое ощущение, что хирурги боятся за свою работу, запрящая любые нагрузки и тем самым резко снижая качество функционирования сустава даже после блестяще выполненной операции. Дело, видимо, в том, что хирурги не понимают, что такое кинезитерапия, и слово «тренажер» у них ассоциируется с тяжелой атлетикой, пауэрлифтингом и



другими экстремальными видами спорта. А это чудовищные нагрузки.

Но дело в том, что в кинезитерапии тренажеры служат не для выполнения соревновательных нагрузок, а для помощи ослабленным мышцам в целях восстановления ими своей структуры, объема и эластичности, так как сами по себе мышцы после травмы или операции неспособны что-то выполнить.

Для этого и существуют тренажеры, напоминаю, декомпрессионного (т.е. не создающие нагрузки на суставные поверхности) ряда и антигравитационные, при выполнении упражнений на которых улучшается лимфодренаж и венозный отток крови от нижних конечностей. Это способствует скорейшему снятию отеков с прооперированного или травмированного сустава и улучшению репарации (заживления) связочного аппарата, даже с имплантированными связками.

В таком случае силовые упражнения просто обязательны для качественной адаптации костной ткани к вживленным в нее имплантам. Но основной задачей выполнения силовых упражнений в послеоперационном режиме является не возвращение силы мышц как таковой (это произойдет со временем само собой в результате тренировочного процесса), а восстановление эластичности, а с ней и микроциркуляции во временно выведенных из строя мышцах бедра. Известно, что за четыре дня покоя четырехглавая мышца бедра теряет до 30 процентов своей массы. В связи с потерей массы мышца становится ригидной (жесткой, укороченной). Этот феномен покоя и вызывает развитие функциональных мышечных контрактур, то есть невозможности полноценно разогнуть или согнуть ногу в коленном суставе.

В целях избавления от этих контрактур мышца должна растягиваться после того, как с помощью силовых упражнений в



нее накачали кровь. Это необходимо делать опять же для профилактики растяжений и травм.

Столь сложная реабилитационная технология применяется в кинезитерапии. Ключевым моментом является обучение диафрагмальному дыханию, которое призвано расслабить мышцы при нагрузке и снять внутреннее давление на органы. Но результаты такого подхода к реабилитации после операций на коленном суставе превосходят все ожидания.

Спортсмены после таких операций не только возвращаются в строй, но и участвуют в борьбе за самые высокие спортивные титулы. Свидетельством этих слов являются золотые и серебряные медали, подаренные мне спортсменами сборной РФ по ушу и вольной борьбе. Начиная с Олимпиады в Пекине спортсмены этих сборных (можно добавить и теннисисток, хотя у них были другие травмы), получившие серьезные травмы суставов и восстановившиеся в центрах кинезитерапии Москвы и Владикавказа, завоевали для России 15 медалей разного достоинства, большинство из которых — золотые!

Таким образом, тренажеры в кинезитерапии выполняют вспомогательную функцию для восстановления суставов нижних конечностей. К примеру, если мышца должна в норме «тащить» 50 кг, а после операции с трудом справляется с 5 кг, то врач не будет заставлять работать с 50 кг. Сначала 5 кг, затем 10, 15 и т.д. до полного восстановления. Принцип последовательности и постепенности строго отслеживается. Никаких рывков и ударных нагрузок!

Если же не «тащить» эти 5 кг (больно же!), а этому потворствуют и многие врачи, мол, само заживет, то мышца атрофируется, и забыть придется не только о спорте, но и о ходьбе без тросточки. Физическая реабилитация должна начинаться сразу после (да, да!) выхода из наркоза. Сначала в постели (1-й день), затем по палате (ходьба на костылях) — 2-й день, за-



тем перемещение по клинике на костылях и на 4—5-й день в случае нормальной температуры тела можно начинать восстановление в тренажерном зале или, что предпочтительнее, в центре кинезитерапии. Нечего залеживаться в больнице! Скорее к здоровым людям, к тренажерам! Врач-кинезитерапевт составит адекватную программу восстановления каждому, с учетом его индивидуальных особенностей и сложности оперативного вмешательства.

Любая травма любой части тела — это не трагедия человека, а испытание его духа. И если пройти это испытание мужественно, другие житейские трудности будут казаться обычной суетой.

Под лежащий камень вода не течет, под лежащим камнем сухо, т.е. ригидность и атрофия. И еще. Лежащий камень быстрее мхом обрастает, т.е. контрактурами, спайками и рубцами.

Выбирайте — лечиться покоем до полной атрофии мышц или восстанавливать свое здоровье, проходя сознательно через боль и через страдания, но к очищению сустава от «зарослей контрактур», конечно, под управлением специалиста!

И еще. В послеоперационном режиме желательно применять и дополнительные, вспомогательные методики, например пантотерапии, криотерапии, различные СПА-процедуры (душ Шарко, джакузи, сауна-терапия, контрастный душ и пр.). Это психологически разгружает и физически стимулирует лечебное движение работающих мышц.



Любая травма любой части тела — это не трагедия человека, а испытание его духа. И если пройти это испытание мужественно, другие житейские трудности будут казаться обычной суетой.

Хочешь быть здоровым — стань им!

ТРИ НЕЗАМЕНИМЫХ УПРАЖНЕНИЯ для колена

Хочу рассказать более подробно об основных упражнениях, которые необходимо выполнять для восстановления своих суставов и которые я рекомендую практически всем людям в виде профилактики и лечения.

Эти упражнения, конечно, созданы благодаря появлению тренажера МТБ, который используется как в специализированных лечебных центрах, так и в домашних условиях. Но не у всех людей есть такие возможности, поэтому я рекомендую выполнять эти упражнения с резиновым амортизатором. Для начала напомним основные правила техники безопасности при выполнении этих упражнений:

1) резиновый амортизатор должен быть закреплен на нижней части голени петлей, желательно на плотный носок. Другой конец прикрепляется к неподвижной тяжелой опоре, например ножке дивана, кровати или шкафа. Но лучше ввинтить в несущую стену дома или комнаты какие-нибудь кронштейны типа петли на разной высоте, за которые можно было бы закрепить свободный конец амортизатора для выполнения упражнений на полу или на скамейке;

2) резиновый амортизатор, а сейчас появились силиконовые, должен иметь на концах ручки, как у эспандера. Он



должен быть такой длины, чтобы в мышцах ноги ощущалось натяжение и амортизатор не провисал. Упражнения необходимо выполнять из учета 15—20 повторов в одной серии. Эти упражнения первые две-три недели должны выполняться достаточно легко, то есть без чрезмерного усилия при растяжении резинового амортизатора. С каждым циклом занятий (12) количество амортизаторов можно увеличивать, вслед за увеличением силы ног. Топтаться на одном усилии не следует. Необходимо ощущать некий дискомфорт при напряжении, то есть преодоление. Но торопиться с увеличением количества амортизаторов не надо;

3) каждое движение необходимо выполнять мягко, с одинаковым усилием от начала до конца. Не надо дергать ногой за амортизатор и резко бросать ногу в исходное положение;

4) мышцы, связки и сухожилия, впервые выполняющие эти упражнения, могут скрипеть, трещать и болеть на следующий день. Не исключены отеки и судороги. Это нормальная реакция адаптации к новой жизни тела, пока мышечные волокна не расправятся и не восстановят прохождение кровеносных сосудов внутри себя. Подумайте лучше, что будет, если вы перестанете выполнять эти упражнения. Захотите ли вы снова вернуться к лекарствам и страданиям?

5) минимальное количество занятий в неделю — три. Продолжительность занятия — не менее 20 минут и не более 60. С каждой неделей и месяцем старайтесь увеличивать количество выполняемых упражнений за определенный отрезок времени;

6) сразу решите, в какое время суток вы будете выполнять эту лечебную программу, и ни при каких обстоятельствах не отказывайтесь от ее выполнения в отведенное время;

7) если вы имеете сопутствующие заболевания, например ишемическую болезнь сердца, и принимаете лекарства, то



отказываться от них сразу не рекомендуется. В то же время обратите внимание на состояние здоровья после занятий и решите, нужно ли принимать очередную таблетку, если оно улучшается? Старайтесь постепенно вытеснять из своей жизни таблетки, заменяя их упражнениями;

8) плохое самочувствие не должно быть причиной для пропуска занятий, так как именно эти упражнения помогают от него избавиться;

9) упражнения желательно выполнять под приятный для вас аккомпанемент или перед экраном телевизора;

10) настройте себя на выздоровление, так как, выполняя эти упражнения, вы создаете условия для восстановления собственного здоровья.

Первая группа упражнений — силовые.

Силовые упражнения необходимы для восстановления мышечных «насосов». Эти «насосы» работают только при одном условии: сокращение-расслабление мышцы, то есть силовой элемент движения.

Упражнение № 1 (см. фото 65 а, б)

И. П.: лежа на груди. Тяга ногой резинового амортизатора до максимального сгибания ноги в коленном суставе.

Выполнение этого упражнения помогает растянуть спазмированные мышцы подколенной зоны и улучшить дренажную функцию мышц бедра, благодаря чему исчезает отечность (припухлость) области коленного сустава, возникающая после прямых и не прямых травм.

Прямая травма — это травма, возникшая непосредственно после удара коленом о твердый предмет или удара по колену предметом. В книге — это травма нашей Галины Феодосьевны. Непрямая травма — это травма, связанная с растяжением мы-



шечно-связочного аппарата ноги, в результате чего возникает отечность (припухлость) коленного сустава, мешающая колену полноценно сгибаться и разгибаться. В нашей книге это история о механике на ралли. Если не выполнять против отечности или припухлости дренажные упражнения, то есть те, при которых мышцы над и под коленом начинают выполнять насосную функцию (устранять отек), отечность увеличивается и колено принимает форму наполненного жидкостью мешка. Обычно в таких случаях действия врачей по искусственному дренированию отеков с помощью шприца Жане могут привести к тяжелой патологии сустава, вплоть до артроза.



Фото 65 а



Фото 65 б



В том случае если не предпринимать никаких действий и пользоваться компрессами и мазями любого состава, то отек может зафиксировать колено, доведя его до контрактуры, то есть невозможности разгибания. Кроме того, длительное неустранение отека может привести к нагноению воспалительной жидкости. Поэтому предлагается выполнение упражнений с растяжением мышц бедра и голени с помощью резинового амортизатора, один конец которого фиксируется к нижней части голени, а другой укрепляется за неподвижную опору на разной высоте с таким расчетом, чтобы при выпрямлении нога полностью разгибалась, а при сгибании до максимально возможного сгибания ноги в коленном суставе по направлению к ягодице. Если выполняющий это упражнение лежит на полу, то под колено желательно положить плотную подушку или наполненную не горячей водой грелку. Если же он/она стоит на колене, то желательно, чтобы нога, которой он/она выполняет движение тяги-сгибания, лежала на неподвижной опоре (скамья с мягкой поверхностью, пуфик, табурет). В первые дни занятий натяжение амортизатора должно быть таким, чтобы выполняющий упражнение мог свободно согнуть и разогнуть ногу в количестве 20—25 повторений. В последующие дни натяжение должно усиливаться либо за счет увеличения расстояния от фиксации свободного конца амортизатора (от стены), либо за счет увеличения количества амортизаторов (два, три, четыре). Необходимо знать, что, выполняя это упражнение, в первые дни занимающийся может слышать треск, хруст, щелчки в работающем суставе. Это нормальная реакция спазмированных и плохо работающих мышц в области крепления к коленному суставу. После выполнения подобного упражнения можно на несколько секунд обложить колено холодным компрессом. Многие больные, даже молодые люди, поначалу боятся этих звуков. Им кажется, что что-то



разорвалось, треснуло, сместилось. Но это иллюзия, нагнетаемая страхом. Упражнение совершенно безопасно, если есть возможность его выполнения не менее 10 повторений. Но при выполнении этого упражнения нельзя дергать ногой и резко бросать ее назад. Резкие движения не могут нарушить целостность коленного сустава, хотя мышцы можно растянуть, вызвав новые болезненные ощущения. И еще одно замечание. Пожалуйста, без фанатизма! То есть не нужны сверхусилия, но в то же время мышцы должны ощущать, что они сокращаются и растягиваются. Просто старайтесь выполнять это упражнение 15—20 раз, с каждым разом усиливая воздействие амортизатора на работающие мышцы. Главное достоинство этого упражнения — декомпрессия суставных поверхностей коленного сустава. То есть они при выполнении этих движений не касаются друг друга.

Примечание. Это же упражнение рекомендовано при бурситах коленного сустава, реабилитации после удаления менисков или трансплантации крестообразных связок коленного сустава.

В тренажерных залах для этого используется тренажер МТБ-1 (№ 19) с использованием универсальной скамьи.

Все упражнения во время силовой фазы (сгибание, тяга) делать на выдохе «Ха-а»!

Упражнение № 2 (см. фото 66 а, б)

И. П.: сидя боком к неподвижной опоре, за которую зафиксирован один конец резинового амортизатора, другой конец закреплен за нижнюю часть голени или стопу со стороны неподвижной опоры, приводить ногу с резиновым амортизатором, затем максимально отводить в сторону, при этом нога прямая, другую можно согнуть.



*Фото 66 а**Фото 66 б*

При выполнении этого упражнения возможны болезненные ощущения в области внутренней зоны колена. Это нормальная реакция мышц, прикрепленных к этой области и долгое время не работающих. В случае сохранения болезненности во время выполнения упражнения надо приложить компресс со льдом на 10—15 секунд. Постарайтесь выполнить это уп-



ражнение не менее 10—15 повторов в одном подходе. То же с другой ногой (даже в случае здорового коленного сустава). Усилие можно уменьшать или увеличивать, меняя исходное положение, располагаясь ближе или дальше от точки крепления амортизатора, а также увеличивая или уменьшая количество резиновых амортизаторов. Но необходимо помнить: чем больше угол отведения ноги в сторону, тем больший эффект дает это упражнение.

Это упражнение также обладает большим реабилитационным эффектом и при разрушенных менисках или в период после операции по удалению менисков.

Один из вариантов выполнения этого упражнения можно воспроизводить из И.П. стоя на одной ноге, боком к неподвижной опоре, к которой фиксируется резиновый амортизатор, но при этом необходимо фиксировать амортизатор как можно выше (выше роста человека).

Примечание: в случае боли в нижней части спины оба варианта выполнения данного упражнения можно заменить выполнением его из положения лежа на спине боком к неподвижной опоре.

В тренажерных залах для этого используется тренажер МТБ-1 (№ 21).

Упражнение № 3 (см. фото 67 а, б)

Еще одно упражнение, выполняемое из похожего И. П., но в данном варианте нога максимально возможно отводится в сторону. И при этом упражнении можно испытывать болезненные ощущения в наружной поверхности колена в зоне крепления рабочей поверхности мышц. Упражнение выполняется 15—20 раз, при этом необходимо стараться выполнить его с максимальной амплитудой движения.



*Фото 67 а**Фото 67 б*

Пояснения: эти два варианта упражнений на приводящие и отводящие мышцы бедра настолько эффективны, что могут заменить операцию по удалению менисков в случае их разрушения. Кроме того, рекомендуется массировать мышцы в зоне

боковых поверхностей сустава через боль, прикладывая после холодный компресс.

В тренажерных залах для этого используется тренажер МТБ-1 (№ 22).

Что может произойти, если лечение артрита коленного сустава доверить хирургу, или Как стать инвалидом от банальной травмы колена?

Все врачи знают, что коленный сустав образуется бедренной костью, большеберцовой костью и надколенником. Это анатомическое строение прекрасно иллюстрируется рентгеновскими снимками. Суставная капсула коленного сустава укреплена связками, благодаря которым сустав и фиксируется к этим костям. Но для того чтобы связки работали на удержание и питание сустава, они должны быть прикреплены к какому-нибудь рычагу.

По передней поверхности бедра таким рычагом является четырехглавая мышца (квадрицепс), находящаяся внутри своей фасции (футляра), сливающейся с сухожилиями и связками сустава, охватывающими надколенник и прикрепляющимися к большеберцовой кости.

С внутренней стороны бедра проходит сухожилие приводящих мышц, которое, в свою очередь, фиксирует коленный сустав с внутренней стороны к большеберцовой кости. С наружной стороны отводящие мышцы своими сухожилиями фиксируют коленный сустав к малой берцовой кости.

По задней поверхности ноги коленный сустав ограничен сухожилиями разгибателей и приводящих мышц бедра.

Здесь (на задней поверхности) при согнутой в коленном суставе ноге отчетливо вырисовывается подколенная ямка, заполненная жировой клетчаткой, окружающей сосудисто-нервный пучок.



Таким образом, можно понять, что все сосуды и нервы проходят между мышечными группами ноги. Напрашивается вопрос: «Как можно вылечить колено без учета всех этих многочисленных мышц, связок и сухожилий?» Или: «Как можно узнать, отремонтирована ли машина, если не включить двигатель? А чтобы включить двигатель, нужно залить бензин, который бежит по шлангам, подключенным к педалям, приводящим машину в движение». Подавляющее число медицинских технологий по лечению коленных суставов рекомендуют покой, наколенники, таблетки (НПВС, хондропротекторы) и прочие «успокаивающие» средства. Мало того, периодически колено прокалывают шприцами, артроскопами и прочими инструментами для откачивания жидкости, вычищения и удаления элементов сустава. Это можно сравнить с ремонтом заглухнувшего двигателя молотком, производимым зубилом или отверткой без открывания капота и осмотра всех шлангов, подводящих топливо к двигателю. Я не обсуждаю хирургическое вмешательство при полном разрыве связок, блокировании коленного сустава крупными кусками лопнувшего мениска, при дренаже абсцессов, заполняющих полости сустава в результате гнойных инфекций. Я веду разговор о терапевтическом лечении сустава, после которого пациент выписывается с наколенником, атрофированными мышцами ноги и горстью таблеток в кармане. В принципе, их можно понять, так как любой врач, к которому больной обращается за помощью, может убедить его в чем угодно, во всяком случае в том, во что сам верит. Мне трудно отвечать на все письма, которые я получаю. Поэтому я решил поделиться своим мнением по поводу всех писем, объединив их в одной книге. Некоторые примеры мы уже разобрали. Хотелось бы перейти к другим, более тяжелым случаям.

Так как глубокие артерии и вены проходят внутри перечисленных мышечных групп, то без работы этих мышц невозможно



активизировать кровообращение и микроциркуляцию коленного сустава. Но все эти соединительно-тканые нервно-сосудистые и мышечные структуры практически состоят из воды, значит, на рентеновских снимках их не видно. И вся логика, а я бы назвал это антилогикой ортодоксальной неврологии, сводится лишь к фиксации своего внимания на бедренной и большеберцовой костях, а также самой большой сесамовидной кости опорно-двигательного аппарата — надколеннике. Поэтому лечение, строящееся на анализе только соединительной и костной ткани без учета мягкой ткани (мышц, связок, сухожилий), никогда не приведет к истинному восстановлению пораженного коленного сустава. А те незначительные успехи хирургии коленного сустава, в том числе и малой хирургии (использование шприца Жане для откачивания воспалительной жидкости), имеют место лишь у молодых людей, ведущих спортивный образ жизни, когда организм обладает громадной компенсаторной возможностью. Но в дальнейшем, если эти «успешно пролеченные» молодые люди не будут заниматься гимнастикой для суставов, подобно той, которая приводится в этой книге, их обязательно будут ждать рецидивы болезни или травмы. Поэтому только полный анализ структуры больного сустава (изменение костно-хрящевых тканей) и анализ функциональной зоны сустава, к которой относятся мышцы, связки и сухожилия сустава, позволит создавать истинную лечебную программу, позволяющую восстановить функцию больного сустава. Известно выражение: «Если структура рассматривается без понимания функции, то структура рассматривается неправильно». Поэтому предлагаю использовать указанные рекомендации для спасения больного сустава и восстановления его работоспособности. Я достаточно категоричен в своей позиции и не иду на компромиссы с лекарственной и паллиативной терапией коленного сустава, так как эту позицию под-



держивает не только функциональная физиология, но и многочисленные примеры из личной практики и письма больных, которые я получаю в достаточном количестве.

Вот одно из них.



ПИСЬМО

Уважаемый С.М.!

Если вы сможете нам чем-нибудь помочь, наша семья вам будет очень благодарна. Наш случай не из простых. Опуская все детали письма, фиксирую внимание только на хронологии событий. Сидельников Алексей,⁶³ 1995 года рождения.

В начале лета 2009 года при игре у Алеши что-то хрустнуло в правом колене. Через какое-то время появилась припухлость и болезненность, стало заклинивать сустав.

6 июля в районной поликлинике провели пункцию и отсосали приблизительно 15 мл синовиальной жидкости (прозрачная, желтовато-розового цвета). Анализ жидкости доктор делать отказался и наложил на колено повязку «бубликом».

8 июля пришли на консультацию к профессору-ортопеду. По его рекомендации сделали МРТ — разрыв мениска. Снова пункция (жидкости меньше, не помню какая, отправили на цитологию (см. цитология синовиальной жидкости от 09.07.2009) и ввели в полость сустава (если не ошибаюсь) диприван⁶⁴ 1 мл.

КОММЕНТАРИЙ С. БУБНОВСКОГО



Непонятно назначение пункции после диагноза на МРТ, подтверждающего разрыв мениска, то есть показания к операции по удалению элементов разрушенного мениска.

Наложили гипсовую лангету (14 дней практически не снимали, затем старались носить регулярно).

КОММЕНТАРИЙ С. БУБНОВСКОГО

В книге упоминалось о свойствах мышечной ткани — после длительной иммобилизации (искусственного обездвижения) мышца бедра теряет до 30% своего объема за 4 дня, то есть атрофируется.

Сустав болел только при глубоком приседании, жидкость не набиралась.

КОММЕНТАРИЙ С. БУБНОВСКОГО

Это доказывает, что подвижность сустава была полноценной и боли после приседания были связаны с реакцией мышц. Хотелось бы, чтобы в этот период, после снятия гипсовой лангеты, пациент не приседал бы глубоко, а начал бы реабилитацию с любых из упражнений, указанных в предыдущей главе. Если же Алексей начал приседать (думаю, это он делал самостоятельно, так как врачи обычно запрещают любые упражнения), то после этих приседаний необходимо было накладывать холодный компресс на 20—30 секунд.

25 декабря 2009 года проведена артроскопическая менискэктомия под спинальной анестезией. Лангета не накладывалась. С 3-х суток начали делать упор ногой в спинку кровати. Кажется, с 5-х суток начал ходить. Выписан 04.01.2010 г.

31 декабря Алеша объелся цитрусовых, и у него начался аллергия, неделю удачно купировали дома, при погрешностях в диете, вторая волна и стационарное лечение, ставили капельницу 2—3 раза в день, кажется, 3 раза вводили дексаметазон.



КОММЕНТАРИЙ С. БУБНОВСКОГО

Одно из побочных действий этого гормонального препарата — развитие остеопороза и мышечная атрофия.

25 января 2010 г. (то есть прошло 7 месяцев после первого обращения к врачу! — **Б.С.**) *начали разработку сустава с ограниченной подвижностью в суставе (то есть уже появилась контрактура сустава). Синовит, сустав горячий, отечный, легкая гиперемия, началась атрофия мышц. Вводили алфлутон.⁶⁵ (Назначать прием этого препарата детям и подросткам не рекомендуют, поскольку отсутствуют данные испытаний, свидетельствующие об эффективности и безопасности его использования в детском возрасте. Одно из побочных действий препарата — мышечные и суставные боли. — **Б.С.**) Сустав стал чуть спокойней. Воспаление не ушло, анализ крови без признаков воспаления (СОЕ, лейкоциты в норме) (видимо, действие алфлутона. — **Б.С.**).*

Уже не помню все, что пили и чем мазали...

В два этапа без анестезии разгибали ногу и фиксировали (опять иммобилизация, за которой обычно следует более глубокая атрофия. — **Б.С.**) лангетой (из-за обструктивного бронхита анестезиолог отказалась делать наркоз. (Мужественный парень. — **Б.С.**).

Полностью нога не разогнулась, а сгибалась до 90 градусов...

6 апреля 2010 г. продолжили разработку сустава. Синовит, сустав горячий, отечный, легкая гиперемия, контрактура, сильная атрофия мышц. Начал ходить на костылях (результат десятимесячного лечения. — **Б.С.**). Всех лекарств уже не помню. Бак. посев синовиальной жидкости результата не дал, цитология та же — в поле зрения эритроциты. Анализ крови в норме,



ревмопроба — отрицательная (*то есть инфекций и нагноений в суставе не было.* — **Б.С.**).

Препараты: ципрофлоксацин, терафлекс, мазь диклофенак, дальше не помню. (*Можно опять взглянуть в справочник лекарственных препаратов для уточнения всех побочных действий.* — **Б.С.**)

27 апреля под общей анестезией проведена ревизия правого коленного сустава, синовэктомия. Со слов врача (по памяти), все плохо, хрящ отслаивается, поражение кости, синовит, по виду очень похоже на ревматоидный артрит (других пораженных суставов нет), нога уже не восстановится. Удалили синовию, иссекли спайки, удалили пораженные ткани, хрящ прилепили обратно (слава богу, прирос, кость зажила. См. снимки от 19.05.2010. Плохо видно, но заметно углубление в кость; на снимке от 7.06.2010 углубления уже нет), гипсовая лангета, затем циркулярный гипс.

КОММЕНТАРИЙ С. БУБНОВСКОГО

Удаление синовиальной оболочки можно сравнить с удалением шарика из подшипника, то есть сустав практически уничтожен. Дальше его ждет только анкилоз (срастание суставных поверхностей между собой до образования контрактуры), что в конце концов и произошло. Последующая бомбардировка сустава различными медикаментозными препаратами и препаратами физиотерапии была уже бессмысленна.

*Через 2 месяца после операции мальчика выписали домой (прошел год после начала болезни. — **Б.С.**) без синовита, без возможности свободного движения, с нарушенной осью в коленном суставе.*



Каждый день делаем ЛФК с утяжелителями, с ними же через боль разгибаем ногу в течение 45 мин — 1,5 часа, когда как идет. Максимальный разгиб на полу 3 пальца до пола — это очень хорошо, но редко, в основном 4 пальца. Затем надеваем лангету с липучками и переворачиваемся на живот, подушка под колено — еще незначительный разгиб. Ходим с палочкой на согнутой ноге — на разогнутой больно в стопе и колене, болят связки. Так каждый день без выходных. Терафлекс не пьем — снова была крапивница.

Наша жизнь сейчас очень похожа на жизнь топ-моделей: плотный график, диета и физупражнения ежедневно.

Останавливаться, так и оставив ногу без движения, нельзя, ставить искусственный сустав в 15,5 лет рано, что делать, не знаем.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ КОММЕНТАРИЙ С. БУБНОВСКОГО

Разбор этого письма не является обвинительным заключением хирургу, это всего лишь иллюстрация положения дел при лечении воспалительных заболеваний суставов, то есть артритов, бурситов, синовитов, тендовагинитов. Врачи действовали по схеме, которая официально принята, и обвинения в их адрес бессмысленны. Но меня всегда поражало и будет поражать столь варварское отношение к мягким тканям сустава, то есть мышцам, связкам, сухожилиям. За год лечения юноше пять раз назначали иммобилизацию, то есть заковывали ногу в гипсовую лангету или циркулярный гипс. Между этими иммобилизациями проводились различные оперативные вмешательства, давались лекарства, среди которых активно использовался гормональный препарат. Результатом подобной тактики лечения явилось образование сгибательной кон-



трактуры коленного сустава, то есть невозможность разогнуть ногу, атрофия мышц всей ноги, образование анталгического сколиоза позвоночника и остеопороз костей нижних конечностей, не считая лекарственную аллергию, приобретенную за этот лечебный период. К сожалению, таких случаев при хирургическом лечении коленных суставов очень много, но, еще раз повторяю, врачей бесполезно обвинять. Их так научили, они так делают.

Я получаю много писем из других стран. И там в подобных случаях врачи не отличаются особой бережливостью к мягким тканям. Да и сам я волей-неволей попадал в подобные ситуации. Но что делать родителям в данной ситуации? Проанализировав рентгеновские снимки Алексея, я все-таки увидел незначительную суставную щель. За это необходимо было уцепиться и обратиться в Центр кинезитерапии, работающий по методу Бубновского. Сделать все возможное, чтобы постараться включить оставшиеся мышцы и связки в режим движения на фоне выполнения декомпрессионных упражнений по типу тех, которые перечислены в этой книге, но на тренажерах. Включая также бальнеотерапию, криотерапию и пантотерапию. Задача — подготовить ногу к тотальному эндопротезированию коленного сустава и после этого вновь вернуться в Центр кинезитерапии для окончательной реабилитации. На подготовку может уйти от 6 до 12 месяцев, торопиться не надо. Помимо всего прочего, парню нужно укрепить пояс верхних конечностей, чтобы в дальнейшем, после операции, передвигаться на костылях. На реабилитацию после операции, то есть восстановление полноценной подвижности, уходит от 1 до 2 месяцев под присмотром врача. Далее бывший больной уходит в самостоятельное плавание. Привычка заниматься на тренажерах останется на всю жизнь, что само по себе не так уж и плохо. Поэтому я предлагаю к данной ситуации отнестись



философски и всю жизненную энергию направить в русло здорового образа жизни. Как? Научат профессионально только в Центре кинезитерапии Бубновского. В этом случае вы должны отнестись к тотальному эндопротезированию оптимистически. Искусственный сустав ставится не только для того, чтобы убрать боли в суставе и хромоту. Прежде всего — для возможности включить в полноценное движение все мышцы ноги и тем самым избавить себя от осложнений, вызываемых остеопорозом. Самая большая ошибка, которую допускают больные после подобной операции, — прекращение выполнения физических упражнений. Мол, боль прошла, хожу без костылей, и ладно. При таком отношении к прооперированной ноге эндопротеза надолго не хватит, как это случается в большинстве случаев после тотального эндопротезирования сустава. Мышцы нижних конечностей надо лелеять, ухаживать за ними, кормить правильными силовыми упражнениями, так как они носят тело человека и охраняют суставы, внутренние органы, сердце, мозг от ишемии (недостатка кислорода) и остеопороза. Те же, кто не занимается такой профилактикой, после замены суставов достаточно быстро (за 5—7 лет) получают те самые осложнения, которыми обычно пугают больных. Что делать, как, в каком количестве, все изложено в этой книге. Эта книга написана именно для таких больных, а не для врачей. Надо собирать информацию. Сейчас ее можно получить из любой точки земли.

Не спешите с операциями на суставах, с их ревизиями, о которых так сладко поют хирурги. Не стоит прибегать и к столь, казалось бы, «невинному» изобретению хирургов, как откачивание жидкости из сустава.

Надо думать и собирать информацию.



Немного позитива...

Но есть и другие письма, которые я также получаю в большом количестве. Вот одно из них.



письмо

«Уважаемый Сергей Михайлович. Я живу и работаю в Германии на самой границе с Данией на Северном море... Очень коротко о себе... Мастер спорта по легкой атлетике. Плавание и баскетбол. Профессия балетмейстер. 25 лет педстаж. Всю сознательную жизнь работала с людьми... После переезда в Германию, как у многих, жизнь потеряла свою значимость, да и депрессия не миновала. Неожиданно обнаружили миомы на внешней ткани матки. Суставы болели так, что перестала двигаться, я слегла. Лечили меня от лихорадки. Антибиотики кололи, пила кортикостероиды. Потолстела на 50 кг, уже не хотела и не могла вставать. Тут сказали, что и матку надо срочно вырезать. Начались боли в желудке, постоянно изжога. Я не верила, что такое может быть. С каждым приступом слезы сами текли... По приезде в Германию я собрала библиотеку для всех русскоговорящих, книги приходили на дом... Взгляд упал на вашу книгу. Самое тяжелое было отказаться от таблеток... их же надо было по схеме уменьшать. Но я выжила, все делала по вашей книге. Через 4 месяца врачи не нашли даже рубцов от миом, я вернулась к своему привычному ритму жизни. Получила начальное медицинское образование и открыла центр культуры, теперь учусь в академии массажа, открыла частную клинику. О своем исцелении я рассказала в больнице 14 врачам.



Они спросили, могла бы я заниматься с людьми, они во всем меня поддержат. Прошел год — ни один человек не ушел из групп, я делаю массаж и на выездах. Вот и настал момент, чтобы я вам об этом написала. Хочу спросить, когда и где прочесть о семинарах, на которые я смогу приехать? Я ВАС ОЧЕНЬ ЛЮБЛЮ!!! Валерия.»

КОММЕНТАРИЙ С. БУБНОВСКОГО

Мне кажется, комментарии к этому письму излишни. Дело не в том, что автор сказал в мой адрес лестные слова, а в том, что Валерия попала в достаточно сложную ситуацию, из которой с помощью общепринятых методов выбраться невозможно, что и подтвердил ее личный опыт. Поэтому в подобных случаях на свое положение необходимо взглянуть принципиально с другой стороны, то есть взять за основу лечения альтернативное направление. Например, при полиартрите ортодоксальная медицина предлагает в большом количестве использовать лекарственные препараты, антибиотики, гормоны, хондропротекторы и практически отказывается использовать мышечную систему в качестве вспомогательного лечебного фактора. Замечательный американский врач Мак-Комас, занимающийся тяжелыми миопатиями и миостениями (генетической несостоятельностью мышечной системы), ввел в свою лечебную практику термин «неиспользование», то есть в случае поражения суставов и органов всего организма неиспользование скелетной мускулатуры ведет к ухудшению всех заболеваний.

Можно спросить, как использовать скелетную мускулату-



ру, какие упражнения делать, в каком количестве, не забывая при этом учитывать особенности организма, характер заболевания, физическое состояние. Именно эту проблему и решает современная кинезитерапия, в которой единой связующей нитью является мышечная система. Практически нет заболеваний, которые не сопровождались бы мышечной недостаточностью. Валерия нашла в себе мужество и силы взглянуть на ситуацию принципиально с другой позиции. Если та линия поведения, которой она пользовалась при лечении своих заболеваний, завела ее в тупик, то надо забыть про нее и выбрать другую, прямо противоположную. Что она и сделала, обратившись к системе современной кинезитерапии. Я с удовольствием буду ее обучать, чтобы она более грамотно и смело помогала тем, кто обращается уже к ней. Самое печальное, что врачи очень часто равнодушны к жизни пациентов, которые пользуются их рекомендациями. А ведь принцип «не навреди» должен главенствовать в поведении всех врачей. Но, увы, это утопия. К счастью, есть Всемирная паутина, и каждый следящий за своим организмом человек в случае какого-либо сбоя может найти нужное ему направление для выздоровления. Инфантильность в мышлении приводит к таким печальным результатам, как у Алексея, когда у родителей не хватило мужества и смелости искать другой подход к лечению своего ребенка уже после первого неудачного медицинского опыта. Есть замечательная пословица: «На одни грабли два раза не наступают». Если нет положительного результата от проведенного лечения, надо менять не врача, а клинику.

Но есть и другие вопросы, они касаются проблемы многих суставов одновременно.



РЕВМАТОИДНЫЙ ПОЛИАРТРИТ, или Что делать, когда лекарства не помогают?



письмо

«Добрый день!

Мне 42 года, месяц назад заболели колени, сделала снимок, поставили диагноз артрит 2-й степени. Ревмопробы плохие. Назначили лечение, прокололась, пропила лекарство 2 недели. Острая боль прошла, остался дискомфорт при сгибании. Начала радоваться жизни, но в одно прекрасное утро не смогла встать на ногу. Испытала шок, т.к. лечение уже заканчивала. Снова захромала. Коллега по работе, увидев мою хромоту, принес вашу книгу. Я снова испытала шок, но уже в хорошем смысле! Начала ползать на коленках, перестала обращать внимание на боли, приободрилась. Но при наклонах вперед, когда растягивала мышцы ног, появилась острая боль в подреберье, и я долго не могла расслабиться, как будто испытала спазм. Покачаю пресс — боли проходят. Подскажите, что это?».

С уважением, Наталья.

КОММЕНТАРИЙ С. БУБНОВСКОГО



Я получаю много писем, в которых описывается ревматоидный полиартрит, справиться с которым очень сложно. Особенно когда наступает стадия контрактур. Но болезнь можно

затормозить и резко улучшить качество жизни, если не принимать гормональные препараты. Но от пациента с таким диагнозом требуется огромная самоотдача и дисциплина. Чтобы принять новую для себя позицию и отказаться от кортикостероидов и иммуномодуляторов, которые в большом количестве назначаются даже малым детям, необходимо понять происхождение этого заболевания. Ревматоидный полиартрит скручивает суставы, и постепенно человек перестает свободно двигаться. Это системное заболевание соединительной ткани, иными словами, это не болезнь одного или двух суставов, а болезнь всех суставов одновременно. Начинается она обычно с мелких суставов. Считается, что точные причины появления ревматоидного полиартрита до сих пор не установлены. Но у меня есть своя трактовка этой болезни, и она меня пока не подводила, если пациент послушно и терпеливо выполнял мои рекомендации.

Ревматоидный артрит — заболевание, резко снижающее качество жизни, так как в основе его лежит поражение сначала мелких, а потом крупных суставов. До сих пор абсолютно точная причина этого заболевания не уточнена, но, как правило, провокацией к развитию этой болезни служит инфекционное заболевание (ОРЗ, ангина, ОРВИ и др., при лечении которых используются антибиотики, противовоспалительные и гормональные препараты). К сожалению, как показывает практика, подобный подход к лечению ОРВИ нарушает систему саморегуляции организма, и иммунная система, вырабатывая факторы защиты, начинает работать против организма. Врачи называют эту реакцию нарушений иммунной системы аутоагрессией, т.е. иммунитет вместо защиты организма начинает его атаковать. Почему он начинает атаковать хрящевые поверхности суставов? Дело в том, что основной особенностью кровеносной системы человека является движение по кругу



(большой и малый круг кровообращения). Лимфатические сосуды сопровождают кровеносные сосуды человека. Если сравнивать кровеносную систему с железнодорожной, то и там, и там есть одно общее — узловые станции. Только у кровеносной системы такими станциями являются суставы человека, на которых скапливаются не вагоны, а лимфатические узлы. Если регуляция в этих местах (станциях) налажена, то поезда следуют дальше, не создавая пробок. Если же регуляция нарушена, то случаются так называемые пробки, а у организма — это отеки, где собираются лимфатические клетки, которые в нормальном состоянии должны уничтожить инфекционные клетки. Но так как во время болезни, даже с высокой температурой, очень часто используются дополнительные химические элементы, то они дезинформируют систему саморегуляции организма — иммунную систему, беря на себя функцию уничтожения инфекции, иммунные клетки при этом оказываются в растерянности, так как любая инфекция в любом случае вызывает иммунологическую реакцию организма, т.е. реакцию самозащиты. Все это идет по лимфатическим сосудам и собирается в суставах, ведь именно здесь возникает задержка движения. С кем воевать? Иммунные клетки начинают воевать как с болезнетворными микробами, так и с полуждоровыми, похожими на болезнетворные клетками. Увлекаются: полубольные клетки более «вкусные», а здоровые — еще «вкуснее», так как обладают большей активностью. Спустя какое-то время при повторении инфекционного или вирусного заболевания и опять же лекарственного лечения лимфатические и иммунные клетки начинают сразу работать со здоровыми клетками. Это и называется аутоиммунная реакция, или реакция самоуничтожения из-за нарушения саморегуляции. Особенно быстро такая система развивается при гормональной терапии, можно даже у детей увидеть скрюченные пальцы, плохо вращающие-



ся суставы, контрактуры, т.е. невозможность согнуть-разогнуть колени, пальцы, плечи. Итог — ранняя инвалидность.

Принцип кинезитерапии при лечении суставов, пораженных ревматоидным полиартритом, заключается в том, что мы создаем условия для нормального существования этих суставов: то есть они могут крутиться, а для этого должны работать (расслабляться и сокращаться) мышцы и связки этого сустава. Тогда они обновляют суставную жидкость, и сустав оживает. Это трудно, долго, но НАДЕЖНО, так как продолжение лечения антибиотиками и гормонами ведет в тупик.

Но с чего начать, если больно? Вы должны помнить, что если организм живет в плохих условиях, которые создает химическая атака лекарствами на этот сустав, то почему он не будет жить, если мы ему создадим естественные условия. Давайте начнем именно с этого!

Нет необходимости вновь перечислять свойства мышечной системы доставлять свежую кровь, лимфу и межклеточную жидкость к суставам. Это достаточно подробно описано в первых главах. Но там шла борьба за коленный сустав, а не за систему суставов, крупных и мелких, что намного сложнее. Безусловно, следует начать с подбора упражнений, и лучшими из них являются те, которые уже перечислены в этой книге. Вопрос дозировки, объема решается индивидуально, но всегда надо помнить, что одно занятие должно длиться не более часа. Сколько вы успеете сделать за час, столько успеете. И каждый день старайтесь успевать больше и больше. Упражнения, указанные в книге, вы можете выполнять в любой последовательности. С первого по двенадцатое, с двенадцатого по первое, из центра в стороны, чтобы не уставать от их монотонности.

Но только упражнений, конечно, мало. Какие дополнительные рекомендации можно дать?



Болезнь Бехтерева — что делать?

Задача больных выбрать тот путь, который больше всех устраивает. Есть и другие не менее тяжелые заболевания, также относящиеся к группе аутоагрессивных или аутоиммунных болезней.

Прочитаем очередное письмо.



письмо

«Дорогой Сергей Михайлович!

Мое письмо — крик о помощи. У меня на столе ваша книга «Оздоровление позвоночника и суставов». Делаю по ней «свои» упражнения. 14 лет считала, что у меня банальный артроз, мне хирург так говорил. Ревматолога у нас в поликлинике не было. Но вот впервые отлежала 2 недели в больнице, в ревматологическом отделении. Диагноз ужасный! Врач на вопрос: «Что у меня?» — отводит глаза. Потом все-таки скупо сказала: «Болезнь Бехтерева. Слышали про Павку Корчагина? Вот у вас такая болезнь».

КОММЕНТАРИЙ С. БУБНОВСКОГО



Болезнь Бехтерева, или анкилозирующий спондилоартрит, — хроническое системное заболевание суставов и позвоночника. Поражает чаще всего мужчин, преимущественно

молодого возраста, женщины болеют реже. При болезни Бехтерева позвоночник теряет гибкость и подвижность. В дальнейшем воспалительный процесс может захватывать любые суставы тела — от тазобедренных до суставов пальцев. Идет постепенный процесс сращения позвонков между собой, окостенение связок, и без должного лечения за несколько лет может наступить полная обездвиженность позвоночника. Павлик Корчагин, герой романа Николая Островского «Как закалялась сталь», полностью ослеп и потерял возможность передвигаться. Клинических проявлений болезни много. У кого-то деревенеет позвоночник, сгибая туловище пополам. Недаром анкилоз по-гречески — согнутый. У таких пациентов рано или поздно возникает симптом подушки, то есть, лежа на спине, они не могут опустить голову и она висит в воздухе, как будто под ней лежит подушка. Также к тяжелым формам этой болезни можно отнести зарастание крупных суставов — тазобедренных, коленных, плечевых. И хотя истинной причины этого заболевания не выявлено, есть серьезные основания полагать, что оно, так же как и ревматоидный полиартрит, относится к аутоиммунным заболеваниям, и причины их появления схожи — побочное действие от неправильного или чрезмерного применения противовирусных препаратов, от перенесения гриппа или ангины на ногах, а также от полученных травм. У меня был случай, когда я занимался с автогонщиком, получившим это заболевание после автотравмы — автомобиль упал в яму, и водитель получил сильнейший удар по позвоночнику. Но тем не менее, несмотря на то что шея у этого водителя не поворачивалась (симптом «подушки»), он оказался великолепным инструктором по вождению, именно ему я обязан тем, что овладел этим искусством.



КОЛЕННЫЙ СУСТАВ И ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ

Так как постоянно появляются новые лекарства, причем цена на них регулярно растет, есть ли от них толк? Свое мнение я уже высказал, поэтому прочитаем еще одно письмо, заодно обсудим тему эндопротезирования коленного сустава.



ПИСЬМО

«Уважаемый Сергей Михайлович!

Я пишу вам из Казахстана, где я живу с 1962 года. Мне 70 лет. До этого я жила и училась в России, родилась в Пермской обл., училась в Омске. Я занималась спортом — велосипедным и конькобежным. Там я получила травму — разрыв мениска в коленном суставе. Потом переехала в Казахстан, в Алма-Атинскую область, где мне в 1964 году сделали операцию по удалению мениска. Вышла замуж, родила троих детей, все эти годы я занималась спортом, пробежки по утрам, участие в различных соревнованиях и т.д. Но в 1981 году я неудачно прыгнула с машины, подвернула ногу (оперированную), немного походила в гипсе, но потом опять начала заниматься бегом и гимнастикой, даже атлетической. Нога начала немного побаливать, я, естественно, не обращала на это внимания, продолжала заниматься. Боли становились все сильнее, пила таблетки, растирала, и где-то с 1995—1996 годов я перестала бегать, так как боли были очень сильные. Рентген ничего не выявлял, врачи говорили, что это артроз с анкилозом, мне это в те времена ничего не говорило, а врачи не объясняли. Сейчас, ког-



да я читаю литературу по народной медицине, я уже знаю, что это такое, но время потеряно, хрящи в коленном суставе стерлись, боли ужасные, без диклофенака, кетонала уже не могу жить, т. е. капитально подседа на эти препараты. Конечно, по мере возможности по утрам делаю приседания, работаю на тренажере «Изи Шейпер», делаю упражнения «велосипед» и другие. Но боли не отступают, если посижу, то не могу встать, при ходьбе тоже сильные боли.

Летом 2009 года я была на приеме у наших специалистов-травматологов, мне сказали, что надо менять сустав, т.е. сделать эндопротезирование. Я собрала все документы, послала в Астану на получение квоты, теперь вот жду операцию. А очередь очень большая, до меня дойдет года через 2—3, не раньше. Конечно, психологически это страшно — ходить с металлическим протезом, но говорят, что можно без боли прожить с ним еще лет 15—20. Так ли это, и вообще, нужно ли ставить такой протез, я в растерянности. Что делать, как дальше жить с болями. Никуда не хочется выходить из-за таких болей. Сейчас я хожу с палочкой, как-то увереннее и надежнее себя чувствую.

Уважаемый Сергей Михайлович! Посоветуйте, что мне делать?

С уважением, **Нина Ивановна.**

КОММЕНТАРИЙ С. БУБНОВСКОГО

Что обращает на себя внимание в этом письме.

Во-первых, выводы автора о бессмысленности лекарств и хондропротекторов, которые, как я понял, Нина Ивановна принимала в большом количестве и очень долго.

Во-вторых, это волевая женщина, и поэтому ее проблема, с моей точки зрения, не является катастрофической. Тотальное



эндопротезирование коленного сустава вовсе не плохой исход. Просто специалисты, с которыми общалась Нина Ивановна, не знают о возможностях современной кинезитерапии в предоперационной подготовке крупных суставов к подобной операции и методе послеоперационной реабилитации после тотального эндопротезирования. А за этим методом, смею вас уверить, большое будущее для тех, кто хочет полноценного восстановления качества жизни. (Более подробную и детальную информацию об этом вы можете прочитать в моей книге о проблемах тазобедренного сустава.) Но так как хирурги-ортопеды не знают, вернее, не хотят знать этого метода реабилитации после своих операций и в связи с этим оперируют людей, как правило, старшей возрастной группы, не подготовленных к этой операции, поэтому и послеоперационные результаты оставляют желать лучшего. Весьма закономерно звучит фраза Нины Ивановны о том, что они обещают ей «прожить без боли с этим эндопротезом еще лет 15—20». Ей 70 лет. Но я хочу ее успокоить и сказать: «Дорогая Нина Ивановна! Если вы примете к действию указанные в этой книжке рецепты упражнений и начнете их делать регулярно, вплоть до получения квоты, то после эндопротезирования, а искусственные импланты в настоящее время делают очень хорошими (главное, чтобы были хорошие руки у хирурга), вы можете обратиться в центр, работающий по моей методике, и восстановить свою ногу буквально за месяц. Выполняя в дальнейшем эти упражнения, вы сможете прожить с этим, как вы пишете, металлическим протезом столько, сколько вашей душе угодно. Но только при условии постоянного выполнения этих упражнений после операции, что само по себе неплохо, так как благодаря этим упражнениям вы не только восстановите способность полноценного передвижения, но и укрепите свой организм, не позволяя больше отравлять его обезболивающими противовоспали-



тельными таблетками. Те же больные, которые еще не знают метода современной кинезитерапии в реабилитации суставов после тотального эндопротезирования, действительно не имеют возможности восстановления качества жизни, так как «эта железяка» может разрушить и разрушает неподготовленные к операции кости. Поэтому и только поэтому так много осложнений после операций по тотальному эндопротезированию крупных суставов. Так что начните, Нина Ивановна, с этих упражнений, примите к сведению рекомендации по питанию и питьевому режиму, описанные в предыдущих главах, встаньте в очередь на получение квоты и наберитесь терпения. Все будет хорошо! Уверяю вас, начнется новая жизнь спустя месяц после операции, если вы к ней будете готовы».

Новая жизнь начнется у каждого, кто сможет избавиться от страха перед движением с больными суставами и поймет, что нет такой таблетки, которая без его собственных усилий и терпения смогла бы вернуть ему здоровье и, естественно, здоровые суставы. Не-е-т! И не будет НИ-КОГ-ДА! Потому что жизнь — это движение! Но правильное движение лечит, неправильное — калечит!

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Многие читатели (и, прежде всего, те, кого врачи убедили, что можно избавиться от недуга, только принимая таблетки) все-таки захотят познакомиться с мнением врача, имеющего другую, прямо противоположную точку зрения по поводу лечения тяжелых хронических заболеваний, и прежде всего заболеваний суставов, позвоночника и хронической ишемической болезни сердца. Мнение автора настолько не вписывается в рамки общепринятых понятий, что сразу может быть не воспринято.

Вы верите внушающим доверие лицам врачей. Эти люди в белых халатах информируют вас о новых достижениях медицины: лекарственных препаратах, созданных нанотехнологиями, новых методах проведения операций и т. д. Они не оставляют шанса на существование другому мнению.

Но я хотел бы каждому из них провести миофасциальную диагностику, проверить подвижность их позвоночника и суставов, убедиться в хорошем состоянии их здоровья, приведя в зал кинезитерапии...

Поэтому не делайте скорых выводов. Эта книга — информационный шок. Ее даже можно отложить на время, потом прочитать заново, не спеша, от «рецепта» к «рецепту». Начните применять эти «рецепты», но не ждите мгновенных результатов. Вспомните, как давно болеете, сколько выпили лекарств.

Жизнь начинается тогда, когда кончается здоровье... Что я хочу этим сказать?

Когда человек здоров — жизнь бежит быстро, незаметно. 10, 20, 30, 40 лет — как один день. Но стоит заболеть, да еще



тяжело — она начинает вдруг тянуться медленно и тяжело. Вот умирают твои одногодки. Ты уже считаешь свои годы. Затем месяцы, дни. Затем жизнь теплится лишь в короткие промежутки между таблетками или уколами. Ты доживаешь свой век.

Разве мы живем для того, чтобы болеть?

Разве в молодости мы мечтаем о дряхлой старости и жизни «под себя»?

Разве мы в 50 лет думаем, что когда-нибудь выйдем из своего подъезда и спустя несколько мгновений забудем, где он находится?

Есть ли желающие прожить яркую жизнь, но умереть «после долгой продолжительной болезни» где-нибудь в 62-летнем возрасте (цифра случайная, просто отражает начало пенсионного возраста)?

Не думается о таком исходе. А зря...

Думать надо всегда! И прежде всего о своем здоровье!

Я лично сторонник позиции подготовки к старости, завершающему периоду жизни. Есть такая притча:

Однажды к Богу пришел старый крестьянин и сказал:

— Может быть, ты и Бог, может, ты и создал этот мир, но вот что я тебе скажу: ты не земледелец. Тебе неизвестны даже азы земледелия. Тебе еще нужно учиться.

— И что ты посоветуешь? — спросил Бог.

— Дай мне один год, и пусть все идет так, как я хочу. Ты увидишь, что получится. Не будет ни бедности, ни нищеты! — ответил крестьянин.

Бог согласился, и один год был дарован пахарю. Конечно же, тот просил только идеальные условия: никаких бурь, ураганов, зноя, ливней, ни малейшей угрозы урожаю. В этот год все было по его правилам, все до мелочей. Когда он желал солнца, сияло солнце, когда нужен был дождь, лил дождь, и



как раз столько времени, сколько было нужно пахарю. Все было хорошо, крестьянин не мог нарадоваться. И пшеница выросла высокой!

Но когда началась жатва, в колосьях не оказалось зерен. Крестьянин был в отчаянии.

— Что случилось? Что было не так? — обратился он к Богу. И Бог ответил:

— Все дело в том, что не было противостояния — конфликта, борьбы, упорства. Ты избегал неприятностей, поэтому и пшеница оказалась бесплодной. Борьба необходима. Бури, грозы, молнии полезны — они встряхивают душу пшеницы и наливают ее энергией и силой. Это и есть принцип здоровой жизни.

Желаю вам найти свой путь к здоровью! Но без собственных усилий болезнь не преодолеть. Я подсказываю вам лишь первые шаги в другую сторону от болезни. Дальше идите сами.

*С уважением,
Ваш доктор БУБНОВСКИЙ*

ОТВЕТЫ НА ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ

В дополнение ответчу еще на ряд вопросов, которые мне обычно задают во время консультаций или в письмах, получаемых в ответ на мои публикации, выступления на радио и телевидении.

Что такое кинезитерапия и что она лечит?

Значение слова «кинезитерапия» восходит к греческим корням: «кинезис» — движение, «терапия» — лечение — и означает «лечение движением». Движением также лечат мануальная терапия, всевозможные виды лечебной физкультуры, массаж.

Экстремальная реабилитация вводит принципиально новую линию воздействия на организм человека — напряжение. К сожалению, на бытовательском уровне слова «нагрузка» и «тренажер» вводят в шок людей с острыми болями в спине. На самом деле самая тяжелая нагрузка для людей, находящихся в остром состоянии, — их собственное больное тело. Даже врачи, занимающиеся проблемами позвоночника, не понимают, что опорно-двигательный аппарат, предназначенный самой природой для больших нагрузок, невозможно вылечить покоем и таблетками. Поэтому экстремальная реабилитация подразумевает поэтапное включение пораженных мышц и связок в процесс движения и нагрузок, чтобы в конце лечения человек мог управлять своим телом, мог вернуться к тру-



довой деятельности без всяких ограничений. Но для этого его нужно научить выполнять различные движения, сочетающиеся с напряжением по принципу «правильное движение лечит, неправильное — калечит», обучить правилам дыхания при нагрузке, научить принятию водных процедур и специальной гимнастики. Это и есть кинезитерапия. Как видите, я ни слова не сказал о лекарствах и покое.

Что значит естественное лечение?

Естественное лечение подразумевает умение жить по законам природы, ведь человек — часть природы. Это умение общаться с Солнцем, землей, водой, воздухом, энергией, космосом. Это — первое. И второе — основополагающий принцип естественного лечения гласит: «Лекарств вне организма человека нет, а те лекарства, которые есть в организме, включаются только в случае создания оптимальных условий». Об этом очень много говорили такие авторы, как И.П. Павлов, П.К. Анохин, К. Джеффри, Г. Шелтон. Исцеление больного есть естественное явление, которое происходит автоматически, когда создаются благоприятные условия. Кинезитерапия как раз и создает такие благоприятные (естественные) условия существования суставам, связкам, мышцам, восполняя дефицит вращений и напряжений, возникающий у человека в условиях города.

В чем принципиальное отличие вашего метода лечения опорно-двигательного аппарата от всех существующих?

В процессе лечения основную функцию выполняет сам пациент, занимающийся по специально подобранной для него



программе, с учетом индивидуальных особенностей организма, в том числе и сопутствующих заболеваний. Это практически единственный метод лечения заболеваний позвоночника и суставов, конечным результатом которого является не только полное восстановление трудоспособности, но и более качественное, по сравнению с исходным, состояние организма, так как в процессе этого лечения больной осваивает правила естественного самосовершенствования, которых не знал и не выполнял. Недаром к нам приходят лечиться сначала сами, а потом ведут семью и друзей.

Как надолго хватит лечения кинезитерапией?

Здоровье зависит от постоянного соблюдения правил, его нельзя запасти впрок.

Заниматься необходимо самостоятельно всю жизнь. После затяжной болезни и запрета на движение занятие здоровьем (я имею в виду кинезитерапию) доставляет человеку истинное удовольствие. А гормоны радости — эндорфины — вырабатываются только при условии занятий гимнастикой. Практика показывает, что люди, вернувшие себе здоровье с помощью кинезитерапии, как правило, стараются выполнять профилактическую гимнастику, которой обучаются во время курса лечения, и в таком случае рецидивов не происходит. Если же люди добились желаемого результата, то есть избавления от боли и восстановления полноценной трудоспособности, но впоследствии по разным причинам перестали выполнять рекомендуемые упражнения даже в профилактическом режиме, их запаса здоровья или заряда, полученного в кинезитерапии, хватает



на разные сроки ремиссии. И при любом стечении обстоятельств в случае необходимости они обращаются к нам. Лично я с тех пор, как мне удалось избавиться от болей и костылей, не пропускаю ни одного дня профилактических занятий не из-за страха возвращения болезни, а от того колоссального удовольствия, которое я получаю от этих занятий.

Есть ли ограничения при лечении методом кинезитерапии?

Существуют некоторые ограничения по возрасту. Но тут я должен оговориться. Мое глубочайшее убеждение, что старость — это не возраст, а детренированность. У меня в Центре работает 70-летняя женщина — инструктор суставной гимнастики, в прошлом страдавшая грыжами позвоночника. Она полностью восстановила свое здоровье и теперь помогает сделать это другим. Дело не в годах, а в том, насколько человек запустил свое здоровье. Не стоит впадать в благодушие, полагая, что никогда не поздно начать лечиться. Это не так. Лечение движением способно помочь только тогда, когда возможно собственно движение и четкое осознание происходящего.

При приеме на лечение я также предупреждаю курящих пациентов о том, что курение значительно осложняет и продлевает процесс лечения моим методом. Говорить о дыхании с курящим человеком бессмысленно, а ведь дыхание — одна из основных составляющих алгоритма лечения. Как правило, курильщики сами рано или поздно бросают курить, понимая, что этим только помогают себе, своему позвоночнику. Пока не бросишь курить — спину до конца не вылечишь.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

ВЕСОВЫЕ НОРМАТИВЫ ДЛЯ ГРЫЖИ

Весовые нормативы для устранения мышечной недостаточности (у женщин)

Масса тела (кг)	60	70	>80
Упражнение	Вес отягощения (кг)		
«Бицепс бедра» одной ногой	10	15	20
«Квадрицепс бедра» одной ногой	20	25	30
«Верхняя тяга»	30	35	40
«Нижняя тяга»	30	35	40
«Жим вверх» одной рукой	5	10	15

Весовые нормативы для устранения мышечной недостаточности (у мужчин)

Масса тела (кг)	60	70	80	>90
Упражнение	Вес отягощения (кг)			
«Бицепс бедра» одной ногой	20	25	30	35
«Квадрицепс бедра» одной ногой	30	35	40	45
«Верхняя тяга»	40	45	50	55
«Нижняя тяга»	40	45	50	55
«Жим вверх» одной рукой	25	30	35	40



Приложение 2

**Тезисы выступления Бубновского С.М.
на IV Российском национальном конгрессе
«Человек и его здоровье» 2009 г.
(для специалистов)**

1. Кинезитерапия — лечение тканевых дистрофий в целях восстановления метаболизма и структурной организации соединительной ткани методами рекрутирования скелетной мускулатуры через применение узколокальных и многофункциональных декомпрессионных тренажеров силового ряда.

2. В предлагаемом методе современной кинезитерапии используется феномен внутриорганной функции скелетной мускулатуры, то есть движение крови и лимфы. Она многократно усиливается за счет ее насосной активизации (рекрутирования).

3. Совокупность нервных центров осуществляет управление скелетными мышцами с помощью нервных импульсов путем дозирования силы сокращения, необходимой для выполнения конкретной двигательной задачи.

4. Неиспользование скелетной мускулатуры на ранних этапах восстановления после тотального эндопротезирования приводит не только к снижению мышечной массы, но и к резкому снижению сосудистой сети, топографически располагающейся в пространстве мышечной ткани. Тем самым возрастает риск развития остеопаретических явлений не только в частично резецированной конечности, но и в окружающих анатомических областях (кости таза, поясничный отдел позвоночника), так как остеоартрозы сопровождаются остеохондрозом позвоночника.



5. Решить проблему ранней и качественной активизации в послеоперационном режиме удалось методами современной кинезитерапии с использованием современных биомеханических тренажеров узколокального и многофункционального действия, обладающих императивной геометрией движений и тонкой дифференцировкой физических воздействий в целях усиления насосной функции мышечной ткани.

6. Необходимо помнить, что каждый крупный сустав нижней конечности окружают крупные мышечные группы: сгибатели-разгибатели, приводящие-отводящие, выполняющие не только корсетно-двигательную функцию, но и благодаря обильной васкуляризации — трофическую.

7. Между внесуставными связками тазобедренного сустава имеются три слабых (истонченных) участка суставной капсулы. Первое (переднее) слабое место капсулы располагается между подвздошно-бедренной и лобково-бедренной связками, укрепляется упражнениями — см. фото 4 а, б. Второе (заднее) — между подвздошно-бедренной и седалищно-бедренной связками, укрепляется упражнениями — см. фото 3 а, б. Третье (нижнее) — между лобково-бедренной и седалищно-бедренной связками, укрепляется упражнениями — см. фото 11 а, б. В этих местах может выходить головка бедренной кости при ее вывихе. Таким образом, самый крупный и мощный сустав организма имеет свои ахиллесовы зоны, профилактика которых целиком и полностью ложится на тренажеры силового ряда в практике кинезитерапии. Слабые ноги — это будущие осложнения после эндопротезирования.

8. Подавляющее число методов лечения исключает доминирующую роль мышечной ткани в ремоделировании конечности. В связи с этим активно используемые в послеоперационном режиме НПВС и различного рода ограничения двигательной



активности (порой до 6 месяцев) ухудшают возможность регенерации и трофики соединительной ткани.

9. Больные в послеоперационном режиме в связи с этими запретами быстро привыкают к ограничениям в повседневной жизни, стремятся избегать любых физических нагрузок, ищут помощи в быту. Так формируется определенный и чрезвычайно устойчивый тип поведения, в основе которого лежит страх боли и беспомощность.

10. Физические усилия программируются строго по индивидуальным возможностям, и от сеанса к сеансу основная нагрузка постепенно переводится с тренажерного устройства на работающую мышечную группу.

11. Кроме приложения собственно мышечных усилий, пациент обучается диафрагмальному дыханию, снижающему внутрибрюшное и внутригрудное давление. Это также резко снижает нагрузку с сердечно-сосудистой системы и позволяет проводить реабилитацию с пациентами,отягощенными **ХИБС, ХОБЛ** (хронической ишемической болезнью сердца, хронической обструктивной болезнью легких) и другими заболеваниями.

12. Благодаря активной собственной позиции в реабилитационном процессе пациент имеет возможность отказаться от дополнительной опоры в короткие сроки — от 4 до 6 недель, избавляясь при этом от страха и беспомощности.

13. Необходимо отметить, что пациентам, направляющимся на тотальное эндопротезирование суставов, практика кинезитерапии рекомендует проходить дооперационную подготовку, в том числе и при остеоартрозах III—IV степени, с целью быстрой активизации в послеоперационном режиме.

14. **Сложность тренажерной реабилитации состоит в необходимости индивидуального подхода при составлении лечебной программы с учетом индивидуальных осо-**



бенностей каждого пациента (пол, вес, возраст) и наличия сопутствующих заболеваний. Именно такой подход способен исключить возможные осложнения, возникающие, как показывает практика, при выполнении незапрограммированных движений при неконтролируемом напряжении мышц пояса нижних конечностей (наклоны, ротация, гиперэкстензии) де-тренированного болезнью пациента.

15. Необходимо помнить, что оперирующий врач, направляющий своего пациента на современную тренажерную реабилитацию в послеоперационном периоде, а тем более назначающий ее в дооперационном, всегда будет чувствовать благодарность со стороны пациента. Только при взаимодействии специалистов всего лечебного процесса можно снизить уровень осложнений после тотального эндопротезирования суставов. Такая возможность есть.

Приложение 3

***Баптистский госпиталь, Новая Англия,
отделение физиотерапии***

***Техника безопасности при эндопротезе
тазобедренного сустава***

1. Не отводите ногу резко в сторону.
2. Никогда не скрещивайте ноги.
3. Не вставайте на колени.
4. Не выворачивайте оперированную ногу, особенно в сторону неоперированной ноги.
5. Не сидите на мягком или низком стуле, пользуйтесь только жесткими креслами.
6. Носите ботинки, избегайте обуви без задников.
7. При посещении стоматолога и при хирургических операциях предупреждайте врача о перенесенной операции во избежание инфицирования бедра.
8. Не добавляйте своих упражнений к этой программе.
9. Не поднимайте оперированную ногу на кровать и не спускайте ее с кровати с прямым коленом.
10. При выполнении упражнений на оперированную ногу не используйте отягощений.
11. Все упражнения выполняются только при ощущении комфорта.
12. Прекращайте любое упражнение или активность, если они вызывают боль.
13. Все инструкции касательно использования костылей и упражнений следует выполнять до тех пор, пока хирург не назначил иного.



Как справиться с болью

- Держать боль под контролем необходимо для вашего здоровья. Это поможет вам лучше есть, лучше спать, легче передвигаться и общаться с родными и друзьями.
- Чтобы ваше выздоровление шло быстрее, мы просим вас уделять внимание степени боли, используя для этого приведенную ниже шкалу.

ШКАЛА БОЛИ

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Нет боли					Боль умеренная			Сильная боль		

- Медицинский персонал поможет вам оценить боль с помощью шкалы. Это необходимо пациенту для описания боли и персоналу для помощи больному.
- Пациентам, не понимающим по-английски, предлагается шкала, на которой изображены лица. Медсестра предлагает пациенту выбрать лицо, выражение которого отражает уровень боли, и выбрать балл по цифровой шкале.

Некоторые данные о боли и лекарствах

Обезболивающие лекарства, принимаемые под контролем врача, не опасны, они эффективны. Лечащий врач может выписать вам лекарства для облегчения любых побочных эффектов.

После хирургического вмешательства в период заживания боль или чувство дискомфорта может усиливаться при каких-то видах активности.

Прием обезболивающих препаратов перед ходьбой или выполнением упражнений по программе физиотерапии сделает эту программу более переносимой и, возможно, ускорит ваше выздоровление.



- Очень важно держать боль под контролем. Не дожидаться, пока она станет сильной, примите обезболивающий препарат.
- Вас постоянно будут спрашивать о степени боли, по мере необходимости медицинский персонал будет выдавать вам обезболивающие препараты.
- Если они не помогают или возникли побочные эффекты, сообщите медсестре или врачу, они примут меры.

КОММЕНТАРИЙ С. БУБНОВСКОГО

Эти рекомендации мало отличаются от общепринятых и в России, разве что у нас нет такой тщательности при их выполнении. Поэтому я вижу инвалидов после ТЭТС, а не здоровых людей.



АБВ

СЛОВАРЬ

Адаптация — явление или врожденное свойство биологических систем, обеспечивающее приспособляемость организма к новым для него условиям существования и жизнедеятельности.

Анаболизм — совокупность процессов синтеза высокомолекулярных веществ в организме (белков, пептидов, жиров и т.п.) из более простых соединений.

Анкилозирование — сращение суставных поверхностей.

Атрофия — уменьшение объема органа или ткани по отношению к первоначально нормальной величине. По существу, это не атрофия, а гипотрофия.

Бнчс — боли в нижней части спины.

Боль неврогенная — часто плохо локализована и сопровождается нарушением чувствительности.

Боль психогенная (в отсутствии органического поражения) — то есть боль, проецируемая эмоциональными факторами: бред, галлюцинации, ипохондрия, — чаще хроническая.

Боль соматогенная — для соматогенных болевых синдромов характерно появление зон постоянной болезненности и/или повышения болевой чувствительности в месте повреждения. С течением времени зона повышенной болевой чувствительности может расширяться и охватывать здоровые ткани.

Гомеостаз — способность поддерживать постоянство характеристик внутренней среды организма (крови, лимфы и др.) и устойчивость его функций (терморегуляции, дыхания, кровообращения и др.) при изменяющихся условиях внешней среды.



Грыжа — выпячивание органа или его части через отверстия в анатомических образованиях под кожу или в полость. Например, миоцеле (мышечная грыжа), грыжа пупочная, грыжа белой линии живота и др.

Дегенерация — перерождение в сторону упрощения или обратного развития функций, процессов, строения органов или тканей. В медицине часто используется как синоним терминов «деградация», «дистрофия».

Диагноз — краткое медицинское заключение о сущности заболевания и состоянии больного.

Диафрагмальное дыхание — основная форма дыхательной гимнастики при работе на тренажерах любого направления, позволяющая снять внутрибрюшное давление, предотвратить боль при движениях с лечебной или спортивной целью.

Диски межпозвоночные (мпд) — хрящевые структуры сложного строения, соединяющие соседние позвонки и состоящие на 84% из воды.

Дистрофия (dystrophia) — расстройство питания тканей, ведущее к их качественному изменению и задержке развития.

Диффузия (от лат. diffusio — «распространение, растекание») — взаимное проникновение соприкасающихся веществ друг в друга вследствие теплового движения частиц вещества.

Иммунитет — способность организма поддерживать постоянство внутренней среды, создавать невосприимчивость к инфекционным и неинфекционным агентам (антигенам), попадающим в организм извне, нейтрализовывать и выводить из него чужеродные вещества и агенты, продукты распада при инфекционно-воспалительных, опухолевых и других патологических процессах.

Иммунная система — совокупность клеток, тканей и органов, формирующих и., обеспечивает общую сопротивляемость организма и соответственно эффективность лечения различных заболеваний. На-



рушение и. является одним из важнейших факторов, способствующих возникновению патологических состояний. В частности, чрезмерный уровень иммунных реакций является основной причиной возникновения аллергии, серьезную опасность для здоровья представляют иммунодефицитные состояния (пониженный уровень и., predetermined генетически или возникший в результате воздействия ионизирующего излучения, химических веществ, возбудителей инфекций, особенно ВИЧ-инфекции, опухолевых процессов и др.).

Ишемическая болезнь сердца (ибс) — множественные проявления заболеваний сердца (аритмия), обусловленные недостаточностью кровоснабжения сердечной мышцы. В основе ибс лежит сужение просвета коронарных артерий сердца атеросклеротическими бляшками.

Ишемия — снижение поступления кислорода в ткани.

Кардиосклероз (cardiosclerosis) — уплотнение миокарда в результате избыточного развития соединительной ткани.

Катаболизм — совокупность биохимических превращений в организме, состоящих в превращении сложных веществ в более простые.

Киста (от cysta (лат.) или cystis (греч.) — «пузырь») — патологическая полость, стенка которой образована фиброзной тканью. К патологическим полостям относятся прежде всего абсцессы, кисты и грыжи.

Компенсация — лат., уравновешение действия сил; взаимное погашение обязательств. Биологическое: 1) реакция организма на повреждение (или иное нарушение жизнедеятельности), в ходе которой не пострадавшие органы и системы берут на себя функцию разрушенных структур путем компенсаторной гиперфункции или качественного ее изменения.

Криотерапия — дозированное воздействие низкой температурой на организм или его часть с целью снятия или предотвращения боли немедикаментозными способами.



Лечение — процедуры, назначенные врачом с целью восстановления трудоспособности пациента без различных ограничений и запретов.

Лигаментоз — дистрофическое изменение связки, заключающееся в замещении связки вблизи ее прикрепления к кости волокнистым хрящом, который затем обызвествляется, после чего замещается костью. Рентгенологически проявляется обызвествлением или окостенением участка связки вблизи кости. Клинически может сопровождаться болями и болезненностью при движениях или натяжении связки.

Мануальная терапия (от лат. manus — «рука» (кисть руки))

Метаболизм (от греч. metabole — «перемена, превращение») — в наиболее употребительном значении — обмен веществ и энергии.

Миоциты — мышечные клетки.

Невропатология (neuropathologia) — раздел клинической медицины, посвященный болезням нервной системы и методам лечения.

Некроз — отмирание.

Опорно-двигательный аппарат (ода) — костно-мышечная система, единый комплекс, состоящий из костей, суставов, связок, мышц, их нервных образований, обеспечивающий опору тела и передвижение человека или животного в пространстве, а также движения отдельных частей тела и органов (головы, конечностей и др.).

Остеопороз (osteoporosis) — снижение плотности кости в результате уменьшения количества костного вещества или недостаточной минерализации костной ткани. Причинами о. могут быть возрастные изменения, нарушения обмена веществ, длительная иммобилизация (например, при переломах костей), гормональная терапия, отсутствие регулярных силовых тренировок.

Ортопедия (orthopaedia) — раздел клинической медицины, посвященный исправлению дефектов и деформаций опорно-двигательного аппарата.

Остеосклероз (osteosclerosis) — уплотнения костной ткани.



Остеохондроз (osteochondrosis) — дистрофический процесс в костной и хрящевой тканях.

Партерная гимнастика (сг) — система физических упражнений, позволяющих поддерживать полноценную подвижность позвоночника и суставов без применения реабилитационных тренажеров из исходного положения на полу, ковре и исключая вертикальные осевые и прыжковые нагрузки.

Патология (pathologia) — 1) раздел медицины, посвященный закономерностям возникновения болезненных процессов; 2) отклонение от нормы.

Пдс (позвоночнодвигательный сегмент) — состоит из двух позвонков, межпозвонкового диска и 20 миофасциальных компонентов (связки, мышцы, фасции).

Подагра (podagra) — болезнь, характеризующаяся отложением солей мочевой кислоты в тканях с развитием в них воспалительных и деструктивных изменений.

Профилактика (prophylaxis, греч. prophylatto — «предохранять») — предупреждение заболеваний.

Регенерация в биологии — восстановление организмом утраченных или поврежденных органов и тканей, а также восстановление целого организма из его части. Р. наблюдается в естественных условиях, а также может быть вызвана экспериментально.

Регенерация в медицине. Различают физиологическую, репаративную и патологическую р. при травмах и др. патологических состояниях, которые сопровождаются массовой гибелью клеток, восстановление тканей осуществляется за счет репаративной (восстановительной) р. Если в процессе репаративной р. утраченная часть замещается равноценной, специализированной тканью, говорят о полной р. (реституции); если на месте дефекта разрастается неспециализированная соединительная ткань — о неполной р. (субституции, или заживлении посредством рубцевания).



Симптом — единичный признак болезни или патологического состояния. Различают субъективные с., отражающие ощущения больного, и объективные с., которые могут быть выявлены при обследовании, в том числе с помощью инструментальных и(или) лабораторных методов. Устранение с. или уменьшение его выраженности иногда (но далеко не всегда) является признаком эффективности выбранной медикаментозной терапии. Лечение, направленное на подавление определенного с. или их совокупности, называют симптоматическим. Симптоматическое лечение — наиболее распространенный подход в медицине. К нему вынужденно прибегают при многих неотложных состояниях, при тяжелых и неизлечимых заболеваниях, но особенно часто при появлении неспецифических С., встречающихся при различных патологических состояниях (например, головная боль, повышение температуры, кашель и т.д.).

Склероз (sclerosis; греч. skleros — «твердый, плотный») — «уплотнение», «затвердение».

Спондилоз — одна из форм локального дистрофического поражения позвоночника. Заболевание проявляется костеобразованием под передней продольной связкой, специфика которого заключается в том, что образующаяся костная скоба огибает межпозвоночный диск. Окостенение начинается у места отрыва передней продольной связки от тела позвонка. Процесс ограничен одним, редко — двумя сегментами.

Спондилопатия (spondylopathia) — общее название заболевания позвоночника дегенеративного характера.

Средостение — анатомически обособленная часть грудной полости, отграниченная от других ее элементов диафрагмой, плеврой, грудиной, ребрами. В с. расположены трахея, пищевод, сердце, ряд крупных кровеносных сосудов, лимфатические железы и протоки, множество нервов и др.

Стеноз (stenosis; греч. stenosis — «узкий») — сужение.



Страх перед движением при болях в ода — психологическое состояние человека, продиктованное отсутствием знаний по физиологии боли.

Тендиноз — дистрофическое изменение сухожилия мышцы, проявляющееся в замещении ткани сухожилия у места его прикрепления к кости волокнистым хрящом, который вначале обызвествляется, а затем замещается костью.

Терапия (therapia) — лечение + метод.

Тренажер реабилитационный — система блоков и рычагов, закрепленных на общем каркасе с целью восстановления микроциркуляции в мягких тканях организма человека.

Фиброз — патологическое разрастание волокнистой составляющей соединительной ткани различных органов вследствие травматического повреждения соединительных тканей, воспалительных, инфекционно-аллергических и др. процессов с потерей эластичности и упругости этих тканей (мышцы, связки, сухожилия).

Физиолог (physiologus) — специалист в области физиологической науки о естественных жизненных процессах в организме.

Фиксирующий гиперостоз (син. анкилозирующий гиперостоз, болезнь форестье, фиксирующий лигаментоз — см.) — распространенное костеобразование под передней продольной связкой позвоночника, встречающееся в пожилом возрасте.

Хондроз — дистрофическое изменение хряща, чаще всего суставного или межпозвонкового, его истощение, потеря тургора, замена гиалинового хряща волокнистым, фиброзной тканью, обызвествление и окостенение слоя, прилежащего к кости. Хондроз всегда предшествует остеохондрозу.

Эктомия (ectomia) — отсечение, удаление.

(Я)мрт — ядерно-магнитная резонансная томография, вид исследования состояния внутренних органов и тканей.



ОБ АВТОРЕ

Бубновский Сергей Михайлович — доктор медицинских наук, профессор, автор принципиально новых безоперационных методов лечения позвоночника и суставов, создатель новейшего направления в медицине — кинезитерапии, когда больной сам направляет собственные силы на то, чтобы выздороветь. И все это благодаря внутренним резервам и пониманию состояния своего тела. Уникальность метода подтверждена десятью патентами на изобретение в области медицины.

Доктор Бубновский имеет несколько врачебных специальностей, свою жизнь он посвятил изучению альтернативной медицины. Многолетняя врачебная практика позволила ему разработать правила, при выполнении которых можно до глубокой старости оставаться здоровым и бодрым человеком. Разработанная им методика позволяет справляться с болезненными симптомами без применения лекарственных препаратов, даже в состоянии крайней запущенности организма.

В качестве основного метода лечения Сергей Михайлович использует **КИНЕЗИТЕРАПИЮ** — лечение правильным движением с применением специальных лечебно-реабилитационных тренажеров. Врач составляет программу занятий, но главным действующим лицом лечебного процесса является сам пациент.

Методике Бубновского подвластно лечение не только заболеваний опорно-двигательного аппарата, но и избавление от лекарственной зависимости при ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, бронхиальной астме, сахарном диабете, а также лечение болезней тазового дна — простатита, аднексита и ряда других.

В настоящее время доктор Бубновский является президентом Регионального общественного фонда содействия функциональному восстановлению здоровья и физической реабилитации граждан «Здоровье. Экология. Спорт». Возглавляет Центр кинезитерапии в Москве, также под его руководством открыты более 80 региональных центров.

Каждому обратившемуся в Центр разрабатывается индивидуальная программа лечения, выполнение которой снимает боли и восстанавливает полноценную трудоспособность. Только такой итог можно считать истинным выздоровлением! Ваше здоровье — в ваших руках!



ПРИМЕЧАНИЯ

¹ МТБ 1-4 — многофункциональный тренажер Бубновского, патент №23052. — стр. 27.

² См. словарь. — стр. 46.

³ Это может быть диван или любая другая подходящая мебель. — стр. 47.

⁴ Болевые рецепторы — ноцицепторы. — стр. 54.

⁵ Диагностика состояния подвижности всех суставов и самого позвоночника, то есть мышц и связок. — стр. 147.

⁶ То есть повышенное постоянное напряжение. — стр. 147.

⁷ Здесь и далее будут использоваться пояснения медицинских терминов из учебника «Латинский язык» Цисыка А.З., Минск, 2006. — стр. 150.

⁸ Дифференциальная диагностика в неврологии и нейрохирургии/Под ред. Е.И. Гусева. — М.: ГОЭТАР — Медиа, 2005. — С. 239. — стр. 150.

⁹ Дифференциальная диагностика в неврологии и нейрохирургии/Под ред. Е.И. Гусева. — М.: ГОЭТАР — Медиа, 2005. — С. 243. — стр. 151.

¹⁰ «Поясничные боли», Жарков П.Л., Бубновский С.М., Жарков А.П. — стр. 151.

¹¹ Ликв о р — спинномозговая жидкость. — стр. 152.

¹² Современная медицинская энциклопедия / Под общей редакцией Г.Б. Федосеева. — Санкт-Петербург: «Норинт». — стр. 154.

¹³ После создания альтернативной программы физкультуры в школе я сравниваю показатели физических данных своих пациентов с нормативами школьников. — стр. 162.

¹⁴ Кинезитерапия — лечение дистр.офических заболеваний опорно-двигательного аппарата с применением тренажеров декомпрессионного и антигравитационного ряда в целях восстановления питания соединительнотканых структур костно-мышечной системы. — стр. 163.

¹⁵ Франк Шарп, Стивен Масса и Реймонд Свансон. Журнал «Тенденции в неврологии», 1999. — стр. 190.

¹⁶ Г. Шелтон (1895—1985) — выдающийся американский ученый, специалист нетрадиционной медицины и нетрадиционного питания. Пропагандист здорового образа жизни, основоположник теории раздельного питания. — стр. 205.

¹⁷ Р. Бах. «Чайка по имени Джонатан Левингстон». — стр. 209.

¹⁸ «Сауна: использование сауны в лечебных и профилактических целях» (Под ред. В.М. Боголюбова (СССР) и М. Матея (ЧССР), Москва, издательство



«Медицина», 1984 г.): «Русская баня и сауна — средства неспецифической терапии». — стр. 212.

¹⁹ Вес отягощения подбирается с таким расчетом, чтобы занимающийся мог выполнить каждое упражнение в количестве 12—15 повторений. Это правило распространяется на все упражнения второго и третьего этажей тела. — стр. 232.

²⁰ Коксартроз, или остеоартроз тазобедренного сустава, — наиболее тяжелое заболевание опорно-двигательного аппарата, приводящее к инвалидности и ухудшению качества жизни больного. (Г.И. Назаренко, В.А. Епифанов, И.Б. Героева) — стр. 255.

²¹ Миофасциальная диагностика — определение состояния мышц, связок, сухожилий и фасций, а также подвижности суставов опорно-двигательного аппарата. — стр. 259.

²² Сейчас ММСУ (университет). — стр. 264.

²³ Сейчас стало принято называть это заболевание остеоартрозом. С моей точки зрения, это не очень точно, так как при коксартрозе страдает не только костная и хрящевая ткани, но и мягкие ткани сустава. Потому коксартроз. — стр. 270.

²⁴ КМС — костно-мышечная система. — стр. 270.

²⁵ НПВС — нестероидные противовоспалительные средства. — стр. 273.

²⁶ Пантотерапия — использует венозную кровь маралов для создания препаратов различного действия. — стр. 276.

²⁷ Моя отметка расстояния при ходьбе. — стр. 302.

²⁸ Стопа при аварии оторвана, и ее сколотили спицами. Вот она и деформировалась. Ахиллова сухожилия тоже нет. — стр. 303.

²⁹ Такой принцип выполнения упражнения называется «пирамида вниз». — стр. 303.

³⁰ Сами движения на этих тренажерах (узколокальных) безопасны, так как бедро фиксировано к сиденью и не создает люфт в импланте при выпрямлении голени. — стр. 304.

³¹ Несколько позже, когда я познакомился с пантоник-гелем, мгновенно снял эти ощущения. — стр. 308.

³² Я по привычке часто применяю сленг занимающихся на тренажерах. Верх — это верхняя часть туловища. — стр. 310.

³³ У многих людей при отсутствии правильной реабилитации такая походка сохраняется после операции очень и очень долго. — стр. 313.

³⁴ Удалось промассировать мышцы бедра. — стр. 313.

³⁵ Я часто таким образом осматриваю у пациентов послеоперационные швы. Они при этом испытывают страх и боль, но затем успокаиваются. — стр. 313.



³⁶ Это моя третья операция на суставе. Две первые не принесли нужного результата. — стр. 314.

³⁷ Восстанавливается сердечно-сосудистая система, и эти новые цифры говорят о возможности увеличения аэробной нагрузки. — стр. 315.

³⁸ ЛФК — лечебная физкультура. — стр. 324.

³⁹ основополагающая статья «Поэтапная реабилитация тазобедренного сустава при тотальном эндопротезировании», опубликованная во II выпуске «Сборника научных трудов «Реабилитология» в 2004 году, признана лучшей в РФ в этом разделе медицины. — стр. 344.

⁴⁰ Ноги колесом — варусная деформация конечностей, свойственная людям с поражением коленных суставов. — стр. 377.

⁴¹ Современная кинезитерапия — новое направление в медицине: основа лечения крупных суставов и позвоночника — воздействие на глубокие мышцы ОДА с помощью специальных тренажеров для восстановления полноценной суставной подвижности. — стр. 377.

⁴² Паллиативная — временно дающая облегчение, отвлекающая от болезни, но не избавляющая от нее. — стр. 381.

⁴³ Об этом будет рассказано немного позже. — стр. 382.

⁴⁴ Эпикриз — окончательное заключение при выписке больного. — стр. 384.

⁴⁵ Рентгенолог — он же специалист по магнитно-резонансной томографии, компьютерной и т.д. — стр. 385.

⁴⁶ Думаю, далеко не все люди, которым назначается этот и другие НПВСы, знают о реакциях своего организма, которые могут возникнуть после применения подобных препаратов. — стр. 387.

⁴⁷ Мне, например, кажется, что больной, пытаясь избавиться от болей в колене (спине, плече), принимает яд! — стр. 387.

⁴⁸ Это значит, что если у пациента с болями в коленных суставах есть другие заболевания, то применение диклофенака равно применению яда в кубе! — стр. 388.

⁴⁹ «Побочное действие» обычно врачами в расчет не принимается. (Мол, это само собой! — С.Б) — стр. 388.

⁵⁰ Нет НПВС без побочных действий! Нет лекарств при болях в суставах, которые бы не способствовали получению других заболеваний, не говоря об отсутствии нужного результата лечения «основного заболевания»! — стр. 389.

⁵¹ Новая популярная медицинская энциклопедия под ред. В.И. Покровского. М.: «Энциклопедия», 2004. — стр. 390.

⁵² Даль В.И. Толковый словарь живого великорусского языка. М., 2008. — стр. 390.



⁵³ Артроскопия — малотравматичный хирургический метод визуального обследования структур суставной полости, а также лечебного воздействия на них с помощью тонких оптических и механических устройств, вводимых в полость сустава через проколы кожи. — стр. 395.

⁵⁴ Сумки (bursa) — отсюда бурсит, то есть наличие жидкости в полости коленного сустава. — стр. 397.

⁵⁵ Где-то я говорю «ноги», а где-то — «нижние конечности». Все зависит от информации, которая направлена на объяснение либо анатомии, либо объекта. — стр. 412.

⁵⁶ Кстати, не надо стараться сделать это упражнение через силу. — стр. 415.

⁵⁷ К сожалению, и в громадном количестве трудов по ЛФК я не нашел ни одного стоящего комментария о роли мышц при лечении суставов. В цитируемых мной «Клинических рекомендациях» ЛФК занимает не более полутора страниц. Как-то унижительно для специалистов ЛФК. — стр. 415.

⁵⁸ Эти и другие тесты должны выполняться из расчета 15 раз в одной серии. — стр. 421.

⁵⁹ Гипокинезия — недостаточное выполнение физических силовых упражнений. — стр. 423.

⁶⁰ Остеоартрит — термин, который также требует доработки. Буквально он обозначает «кость, к которой прикреплен воспаленный сустав». (При чем здесь кость? — С.Б.) — стр. 427.

⁶¹ Асептический некроз и коксартроз головки бедренной кости имеют практически одинаковую симптоматику и исход — либо эндопротез, либо перелом шейки бедра, но когда я объясняю это заболевание своим слушателям, то говорю: «Представьте себе яблоко, от которого вы откусили большой кусок — получился огрызок. Это и есть асептический некроз. Представьте то же яблоко, которое долго лежало на земле, сморщилось, деформировалось и на него налипла грязь — это коксартроз. И еще одна разница: при асептическом некрозе больная нога короче, чем здоровая. При коксартрозе больная нога длиннее, чем здоровая. Но, повторяю, исход одинаков. Разве что при коксартрозе до перелома шейки бедра может пройти гораздо больше времени». — стр. 430.

⁶² Библиотека ЗОЖ. Методики оздоровления позвоночника и суставов. — стр. 442.

⁶³ Фамилия изменена. — стр. 464.

⁶⁴ Одно из действий — седативное, то есть успокоительное, с осторожностью должен применяться при почечных нарушениях, а в анамнезе Алексея есть гидронефроз левой почки. (Без комментариев. — С. Б.) — стр. 464.

⁶⁵ Противовоспалительный препарат. — стр. 466.

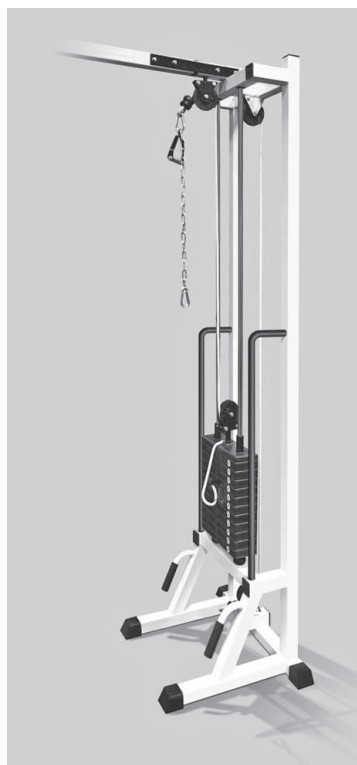
ВНИМАНИЕ!

Кинезитерапия в собственной квартире!

Лучшим на сегодняшний день многофункциональным тренажером является тренажер Бубновского — МТБ 1-4.

Главное его достоинство — декомпрессионное действие, т.е. включение в работу мышц и связок позвоночника и суставов без осевой нагрузки на их хрящевые «подушки». Это позволяет совершать лечебные движения и пожилым, и даже детям, после 7 лет, с целью восстановления подвижности и снятия болей без лекарств.

Кроме этого тренажер воссоздает антигравитационный эффект, позволяющий восстанавливать проходимость у сосудов нижних конечностей, улучшать сердечно-сосудистую систему (профилактика ишемической болезни сердца) и циркуляцию сосудов головного мозга (профилактика инсультов, восстановление после черепно-мозговых травм и операций).



По вопросам приобретения тренажерного оборудования
обращайтесь по телефону:
Тел.: +7 (903) 510-50-40, +7 (495) 641-81-86, (Пн. - Сб.: с 10 до 18)
и направляйте заказы по эл.почте: **market@bubnovsky.ru**

ВПЕРВЫЕ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ!

Семинары доктора Бубновского!

Автор книг-бестселлеров о позвоночнике и суставах,
профессор, д.м.н. Бубновский С.М.
читает лекции и проводит практические семинары:

“КАК ЖИТЬ БЕЗ БОЛИ И ЛЕКАРСТВ?”

В программе семинара:

1. Счастье — это когда ничего не болит.
2. Почему правильное движение лечит, а неправильное – калечит?
3. Что такое кинезитерапия и как победить боль без лекарств?
4. Остеохондроз и ишемическая болезнь сердца. Что общего?
5. Что это за понятие — старость?
7. Проведение диагностики суставов и позвоночника по методу Бубновского.
8. Рекомендации для самостоятельного применения рецептов доктора Бубновского.

Это интересно! Это эксклюзивно!
Это просто необходимо знать!

Справки по телефону 8 (926) 1629726,
e-mail: **ceminar_trening@mail.ru**