

# СЕРГЕЙ

врач-кинезитерапевт

# БУБНОВСКИЙ

ВОССТАНОВЛЕНИЕ  
ОРГАНИЗМА  
БЕЗ БОЛЬНИЦ  
И ПОЛИКЛИНИК



ЗОЛОТАЯ  
ПОЛКА

БОЛИ В СПИНЕ

СКОЛИОЗ

ПЛОСКОСТОПИЕ

ГРЫЖА

**АЗБУКА ЗДОРОВЬЯ:  
ОТ ДИАГНОЗА К ИСЦЕЛЕНИЮ**

**ЗОЛОТАЯ КНИГА**

**Сергей Михайлович Бубновский**  
**Азбука здоровья: от**  
**диагноза к исцелению.**  
**Восстановление организма**  
**без больниц и поликлиник**  
Серия «Золотая полка  
доктора Бубновского»

*Текст предоставлен правообладателем*

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=69539791](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=69539791)*

*Азбука здоровья: от диагноза к исцелению. Восстановление организма  
без больниц и поликлиник / Сергей Бубновский: Эксмо; Москва ; 2023*

*ISBN 978-5-04-191152-2*

### **Аннотация**

Цель этой книги заключается в том, чтобы расширить понимание ресурсов организма человека и расшифровывать тот малопонятный медицинский язык, которым пользуются нерадивые врачи. Систематизированные, простые и понятные знания, полученные из этой книги, помогут стать здоровым, активным и счастливым на долгие годы.

В формате PDF А4 сохранен издательский макет книги.

# Содержание

Предисловие, или Страхи, рождаемые диагнозом	5
Адаптация. Болеть или не болеть	13
Адаптация к болезни (со знаком минус)	14
Адаптация к здоровью (со знаком плюс)	15
Аномалия Киммерли	18
Артроз – отрезать или сохранить	21
Примеры из практики Центра доктора Бубновского	36
Атеросклероз	52
Конец ознакомительного фрагмента.	54

**Сергей Бубновский**  
**Азбука здоровья: от**  
**диагноза к исцелению.**  
**Восстановление организма**  
**без больниц и поликлиник**



© Бубновский С.М., текст, 2023

© Синцов С., Шевардина Е., изображение, фото, 2023

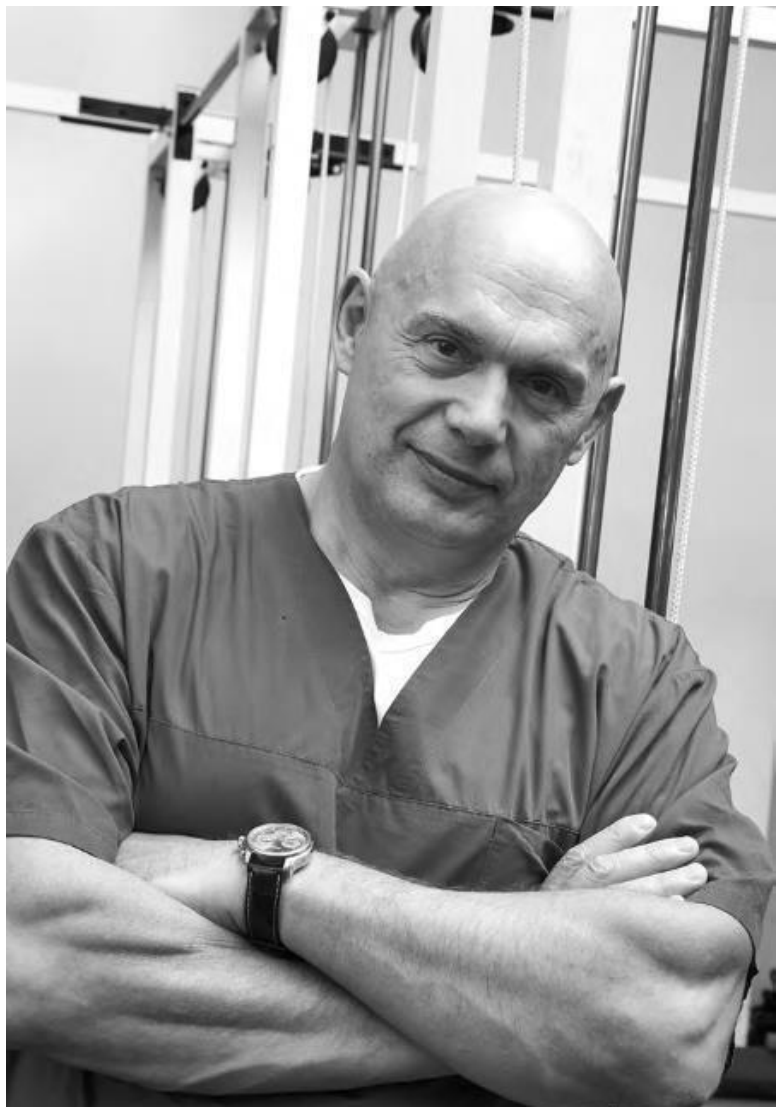
© Зотов О., фото на обложку, 2019

© Карнаушенко А., фото, 2018

© Гречкина Е., рис., 2018

© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2023

# **Предисловие, или Страхи, рождаемые диагнозом**



Человек заболел и болезнь проявляет себя разными симптомами, которые, при неправильной интерпретации диагноза, а, следовательно, неправильном лечении, постепенно перерождается в синдром<sup>1</sup>, так и появляется хронический больной, в простонародье – «хроник», который постоянно жалуется на плохое самочувствие, боли, высокую (или субфебрильную 37,2-37,6 °С) температуру тела, высокое давление, сахар – тоже высокий и т. д. и т. п. При этом этот хроник постоянно принимает выписываемые ему врачом таблетки, периодически проходит лечение в стационаре, даже в санатории, но продолжает болеть, не видя просвета. Ему уже присваивают инвалидность по общему заболеванию, и он постепенно переходит в категорию ипохондрика. То есть, уже не может не жаловаться на свое состояние и со временем начинает получать от этого удовольствие. Ещё бы – его все жалеют, спрашивают о его состоянии, и он охотно делится «своими переживаниями» даже в том случае, когда объективных симптомов болезни нет. Привык... Он уже не чувствует, что надоел окружающим и даже близким родственникам, которым можно только посочувствовать, так как они тоже не знают, что делать со своим «больным родственником». Если перестают обращать внимание на его стоны и жалобы – найдёт других «слушателей». Часто эта история начинается с неправильно поставленного или интерпретированного

---

<sup>1</sup> Несколько симптомов, объединяющихся в болезнь.

диагноза... Антон Павлович Чехов сказал по этому поводу: «Люди часто и с удовольствием рассказывают окружающим о своих болезнях, меж тем, это самое неинтересное, что есть в их жизни».

В наше время появляется все больше диагнозов, один страшнее другого, на одно и то же заболевание или один и тот же синдром. И это уже породило новую эпидемию – «ятрогению», о которой автор неоднократно упоминает в своих книгах-монографиях. Ятрогения – болезнь от лечения, в буквальном переводе. В России есть поговорка: «Не полечишься – и покалечишься». Может быть слишком, но доля смысла в этом есть, когда человек с какими-либо жалобами впервые обращается в поликлинику. И вот здесь его и ожидает первая подводная мина – неправильный диагноз, или неправильно интерпретированные жалобы. Не всегда виноваты врачи, особенно в поликлинике, где времени на обследование им выделено слишком мало. В среднем 12 минут. Раньше было 8 минут. Поэтому больного при обращении врач сразу посылает в соседний кабинет на ЭКГ, рентген, МРТ, биохимию и так далее. На сбор дополнительных сведений уходит уже не 12 минут, а несколько дней, а то и недель. Пройдя все тернистые пути (мы говорим не про неотложные состояния), пациент с грудой исследований возвращается к врачу, который направил больного на сбор этих «диагностических постулатов», а у врача просто нет времени разбираться в них, и он пишет что-то общее от каждого ис-

следования и вносит их скопом в анамнез больного (историю болезни). И с этим списком уже новых болезней, которые определены узкими специалистами по диагностике, больной идет дальше по жизни, принимая те лекарственные средства (таблетки и даже внутримышечные и внутрисосудистые инъекции), которые ему выписал врач, к которому он обратился в самом начале. Между тем, все эти дополнительные обследования в конце заключения специалиста имеют некое пояснение: «Данное заключение не является диагнозом и должно быть интерпретировано лечащим врачом»!

Это важно понимать! И вот добрались, наконец, до лечащего врача, который привычно вписывает все симптомы и результаты исследований в «диагноз при поступлении», то есть в историю болезни. Он имеет на это полное право – написать какой-то общий диагноз и выписать какие-то лекарства, после чего отпускает больного домой, если к этому времени не возникла необходимость немедленной госпитализации. Что этим хочется подчеркнуть? Диагноз-то не поставлен! Каждое заключение в отдельности диагнозом не является. Они все лишь возможная часть диагноза, и к истинной проблеме человека не всегда имеют прямое отношение. И что самое интересное, эти случайно (именно так!) найденные изменения в организме человека, будь то биохимические, рентгенологические или даже кардиологические, не дают полной картины болезни, нет их полноценной интерпретации. Никто не собирает полноценный анамнез – как и

чем живет этот человек? Что он делает для здоровья? Ведет ли здоровый или хотя бы частично здоровый образ жизни, или позволяет себе и курить, и выпивать? Малоподвижен, много сидит без движения (офисный сотрудник, ювелир, музыкант и т. д.)? Как работают его мышцы, сухожилия и связки позвоночника, суставов? Обладает ли он хоть какой-нибудь выносливостью?

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

Дело в том, что подавляющее число хронических заболеваний человека, связанных с проблемой плохо работающих кровеносных и лимфатических сосудов, неврологических и ревматологических заболеваний, внутренних заболеваний (висцеральных) и многих других имеют в своем «зачатке» мышечную недостаточность! Ведь «мышца – это орган, в котором (ед. число) помимо мышечных волокон содержатся другие компоненты: соединительно-тканые прослойки и фасции, а в соединительно-тканых прослойках –

сосуды и нервы». Во всяком случае, так написано в учебнике «Гистологии, цитологии и эмбриологии» С.Л. Кузнецова и Н.Н. Мушкмбарова (МИА, Москва, 2012). Если врачи заглянут в этот учебник, то многое переосмыслят, особенно, если дело касается заболеваний сердечно-сосудистой системы, «венцом» которых является ИБС с последующим (при некорректном лечении) инфарктом миокарда. Хочется внести интерпретацию в этот диагноз – ишемическая болезнь сердца. Это недостаток кровотока и, соответственно, недостаток доставки кислорода к миокарду. А за кровотоки отвечают в нашем организме скелетные мышцы, выполняющие главную свою функцию – гемодинамическую, то есть отвечают за скорость и объем кровотока! Где у кардиологов исследования состояния скелетной мускулатуры, составляющей, как уже говорилось, 50 % от веса тела (у спортсменов и того больше)? А зачем, если появились новые кардиохирургические корректоры – стенты, шунты и прочие протезы на сосуды?

Заболевания из группы болезней позвоночника и суставов по международной классификации болезней (МКБ-10) в своей основе имеют дистрофические изменения. А дистрофия – это недостаток поступления микроэлементов, кислорода и воды к позвонкам и суставам. И за эту «поставку-доставку» также отвечают мышцы (скелетные), которых не видно на МРТ, КТ и Rg. О других недоговоренностях между болезнью и лечением, то есть как минимум о недоста-

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

Предупрежден – значит спасен!

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

# **Адаптация. Болеть или не болеть**

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

# **Адаптация к болезни (со знаком минус)**

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

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

# **Адаптация к здоровью (со знаком плюс)**

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

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

Ведро холодной воды на голову, моржевание, закал-бег (только в майке и трусах круглый год) – это способы закаливания, достаточно сложные и технически, и практически,

тогда как 5-10 секунд в ванне с холодной водой – абсолютно безопасный для организма способ.

Что дает адаптация к холоду? Это:

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

Перечисление этих факторов восстановления и поддержа-

ния здоровья благодаря развитой и воспитанной собственными усилиями адаптации организма достойно того, чтобы более внимательно отнестись к закаливанию.

Для этого требуется соблюдение следующих условий:

1) регулярность (то есть ежедневно, несмотря на состояние и наличие каких-либо вышеперечисленных заболеваний). Самая холодная пресная вода в природе  $+4\text{ }^{\circ}\text{C}$  (в проруби, в колодце);

2) преодоление страха выполнения этой процедуры при острых респираторных заболеваниях с высокой температурой (до  $+40\text{ }^{\circ}\text{C}$ ), так как при подобной температуре тела за 5 секунд «переохладиться» просто невозможно. Правда, в таких случаях после приема холодной ванны или душа лучше лечь в теплую постель и пропотеть. Принимать холодную ванну в «острый» день нужно каждые 4 часа (с головой), несмотря на лихорадку (озноб и «стук зубами»). И прежде чем испугаться холодной воды, подумайте о всех положительных факторах, которые вы приобретете в ответ на дружбу с ней.

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

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

# Аномалия Киммерли

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

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

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

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

Что касается вращательных движений головой, я никогда не рекомендовал подобные упражнения даже людям без аномалии Киммерли. Достаточно поворотов головы во время выполнения других упражнений, чтобы мышцы шеи тренировались и помогали кровотоку. В йоге, например, есть упражнение «стойка на голове». Я не считаю его вредным, если человек здоровый. Но многие головокружения и шумы в голове, приводящие к атеросклерозу сосудов и другим неприятным ощущениям, нужно лечить другими упражнениями.

Я советую упражнения в антигравитационном режиме. В таком случае усиливается кровоток от ног к голове и, соответственно, улучшается кровообращение сосудов головного мозга. Поэтому не надо крутить головой, чтобы его улучшить. Такими вращениями можно ухудшить состояние межпозвоковых дисков человеку с остеохондрозом шейного отдела позвоночника. Лечебный эффект достигается при помощи аэробных упражнений – плавание, ходьба, бег, велосипед – или на тренажерах, заменяющих эти аэробные нагрузки. Даже здоровому человеку я не рекомендую обращаться к мануальным терапевтам по поводу вправления разного ро-

да дефектов, типа аномалии Киммерли, с которыми человек уже прожил 20 лет и которые существенно не влияли на его жизнь.

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

# Артроз – отрезать или сохранить

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

Пожалуй, это самые распространенные формы артрозов. В МКБ-10 их принято называть **деформирующими артрозами**. И это диагнозы со знаком минус. Но, к великому сожалению, рентгенологи в последнее время все боли в суставах стали называть артрозами. Разве что добавляют степени разрушения – I, II, III, IV, и не делают дифференциации между артритами и артрозами. Между тем, это серьезная разница в прогнозе лечения. При артритах коленных и тазобедренных суставов суставная щель конгруэнтна. То есть на снимках не видно деформации. И при дифференциальной диагностике кинезитерапевты (школа Бубновского) это обнаруживают! В таком случае сустав можно спасти от эндопротезирования или хирургической замены его на им-

плант! Т. е. артрит – диагноз со знаком плюс. Чувствуете разницу?! Но буквально всем пациентам, приходящим в кабинет рентгенографии с болями в суставах, ставят диагноз – артроз. Почему? Скорее всего потому, что при диагнозе «артроз» – назначается довольно дорогостоящие хирургические лечебные процедуры, от артропластики и артротомии до удаления менисков и самого сустава, или артроскопической «чистки» сустава (достаточно «любопытная» процедура, словно сустав – это какой-то подшипник, который можно смазать, почистить, не вынимая его из суставной сумки). Но все эти методы в последующем приводят к необходимости в недалеком будущем к замене сустава, что много дороже, хотя и проводится по квоте. Больница свои деньги получит из бюджета. Дело в том, что эти так называемые «малокровные» операции проходят с повреждением герметичности суставной капсулы. Это в дальнейшем и приводит к развитию артроза, то есть – деформации сустава. А дальше – тотальное эндопротезирование. Но если бы проводилась дифференциальная диагностика, как это делается в центрах Бубновского, многие суставы можно было бы спасти от замены (подробности в книге «Болят колени – что делать»).

Что можно пожелать людям, впервые испытавшим боли в тазобедренных суставах? Естественно, помнить, что аксиомой жизнеспособности каждого сустава является целостность их мышц и связок, которые и обеспечивают суставы

суставной (синовиальной) жидкостью. На языке автослесаря<sup>2</sup> – смазкой.

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

А) Бицепс бедра (задняя поверхность бедра)

### «БИЦЕПС БЕДРА» (фото 1 а, б)

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

---

<sup>2</sup> И.П. Павлов: «Человек – это машина, саморегулируемая..... А проще – машина.



*Фото 1 а*

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

Б) Дракон (передняя поверхность)  
«ДРАКОН» (фото 2 а, б, в, г)

*Вариант 1*

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



*Фото 2 а*



*Фото 2 б*

Можно работать с партнером.

Тяга коленом вперед из положения прямой ноги назад.

*Вариант 2*

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



*Фото 2в*



*Фото 2 г*

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

*Вариант 1*

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



*Φωτο 3 α*



*Фото 3 б*

*Вариант 2*

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



*Фото 3 в*



*Фото 3 г*

Г) Приведение (внутренняя поверхность)  
«АДДУКЦИЯ» (приведение) (фото 4 а, б, в, г)

*Вариант 1*

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



*Φοτο 4 α*



*Фото 4 б*

*Вариант 2*

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



*Фото 4в*



*Фото 4 г*

Эти упражнения являются не только профилактическими, но и лечебными при наличии артритов. Данные упражнения можно и даже необходимо использовать при реабилитации после любых операций на коленных и тазобедренных суставах. Но для начала лучше пройти курс кинезитерапии в Центре Бубновского (адреса на [www.bubnovsky.org](http://www.bubnovsky.org)). Подводя итог вышесказанному, хочется отметить – берегите суставы нижних конечностей (в том числе и голеностопный), и вы сохраните не только их дееспособность, но и нормальное кровообращение в сердечно-сосудистой системе, так как

кровоток зависит от качества мышечных групп нижних конечностей. В то же время артрозы этих суставов приводят практически ко всем бедам сердечно-сосудистой системы. Как видите, в одном, казалось бы, простом слове «артроз» скрывается очень много смыслов – от полной потери трудоспособности до возможности спасти сустав, казалось бы, подвергнувшийся дегенеративным изменениям.

# Примеры из практики Центра доктора Бубновского

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

*Александр Федорович, 53 года.*

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

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

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

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

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

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

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

**Алла Андреевна, 65 лет, 49 кг.**

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

**Цель обращения в Центр доктора Бубновского:** повысить функцию самообслуживания. От операции по эндопротезированию отказалась. На момент первичного осмотра

пациентка пользовалась тростью для ходьбы, правое бедро было приведено внутрь примерно на  $10^\circ$ , за счет чего при ходьбе ноги цеплялись друг за друга, на стуле сидеть не могла.

Назначили комплекс декомпрессионных упражнений для тазобедренных суставов на МТБ.

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

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

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

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

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

**На момент первичного осмотра:** со стороны нервной, сердечнососудистой, дыхательной, желудочно-кишеч-

ной систем – без особенностей. Самостоятельно не ходит, значительно астенизирован (вес 50 кг при росте 183 см), отмечаются распространенная ригидность («снижение эластичности мышц и связок») и болезненность при пальпации паравертебральных (околопозвоночных) мышц спины, значительное ограничение и болезненность в тазобедренных суставах, ограничение в движении и боль в плечевом суставе слева. Некоторое ограничение и болезненность при сгибании в коленных суставах, ригидность стоп.

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

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

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

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

## **Комментарий Бубновского С. М.:**

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

**Пациент С.** 1966 г. рождения..

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

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

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

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

*больше.*

*Также пациенту была проведена артроскопия коленных суставов, после этого к коксартрозу добавился гонартроз (артроз коленных суставов). В связи с сохраняющимся хроническим болевым синдромом, не поддающимся консервативной терапии, пациент обратился на лечение в Центр доктора Бубновского.*

***При поступлении миофасциальная диагностика выявила:***

*боль и ограничение при движениях в левом плечевом суставе;*

*объем движений в коленных и голеностопных суставах не ограничен;*

*ограничены внутренняя и наружная ротации тазобедренных суставов, больше в правом, ротация суставов болезненная;*

*снижена эластичность мышц задней поверхности бедра.*

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

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

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

*После первого курса лечения (36 занятий) самочувствие пациента значительно улучшилось, боли в тазобедренном су-*

*ставе регрессировали полностью, значительно увеличился объем движений в них, приступы стенокардии стали реже.*

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

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

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

**Пациент С. Артем, 17 лет.**

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

*Со слов пациента симптомы возникли после травмы, полученной во время игры в футбол в августе 2014 г. Через некоторое время после травмы обратился в больницу. Диагностическая артроскопия сустава выявила повреждение передней крестообразной связки, болезнь Гоффа. Также*

описывалась нестабильность в травмированном коленном суставе. Лечение в стационаре до поступления в центр заключалось в приеме НПВС, витаминов группы В. Были назначены курс физиопроцедур, ЛФК в условиях того же стационара и фиксация колена посредством ортеза. Состояние коленного сустава только ухудшалось.

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

Основной объем программы, особенно на первых этапах, выполнялся на тренажерах МТБ-II, МТБ-IV. Назначены упражнения на растяжку и аэробные упражнения на координацию. В результате прохождения трех циклов ре-

абилитации (36 сеансов) по методу С. М. Бубновского отмечается значительная положительная динамика. Боли в суставе отсутствуют. Объем движений в суставе значительно улучшился. Эластичность мышц-разгибателей бедра фактически восстановилась до нормативных показателей. Сила в ноге выросла. От фиксирующих приспособлений для колена (ортезов) отказался в середине второго цикла.

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

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

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

### **Пациентка К. Наталья, 55 лет.**

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

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

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

В апреле 2016 г. госпитализирована в ортопедическое отделение. **Поставлен диагноз:** застарелый разрыв тела и переднего рога внутреннего мениска. Проведена артроскопия левого коленного сустава: резекция переднего рога и тела внутреннего мениска.

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

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

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

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

психоэмоционального состояния. Занятия в центре продолжается. Задумывается о восстановлении на работе.

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

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

### **Пациентка Екатерина, 39 лет.**

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

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

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

К концу второго цикла боли значительно уменьшились,

отек стал уменьшаться. На третьем цикле продолжили силовые упражнения.

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

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

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

### **Пациентка Наталья Т., 48 лет.**

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

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

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

**Диагноз, поставленный в Центре Бубновского:** право-

*сторонний посттравматический гонартроз 2-й степени, синовит, киста Бейкера.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Пациентка отказалась от оперативного вмешательства и обратилась в наш центр.*

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

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

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

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

*Оформлены занятия по методике доктора Бубновского С. М.*

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

*эластичности.*

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

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

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

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

Как видно из вышеперечисленных клинических случаев, лечение суставов лекарственными препаратами (в том числе и гормональными), теплом, просто гимнастикой (механоте-

рапией) не только бессмысленно, но и опасно.

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

# Атеросклероз

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

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

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

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

**Избыточное количество холестерина в крови является одним из признаков общей гипокинезии**

**человека, так как недостаток движения и напряжения замедляет обменные процессы («офисный планктон»),**

У людей же с высокой подвижностью или активной жизненной позицией избытка холестерина не проявляется. В противном случае холестерин оказывается невостребованным. Поэтому его излишки откладываются на стенках сосудов в виде бляшек, а также в желчном пузыре в виде камней. Отсюда «растут ноги» у болезней «застоя», к которым относятся атеросклероз сосудов, ишемическая болезнь сердца, желчнокаменная болезнь. Это холестерин со знаком «минус». Таким образом, надо бороться не с холестерином, а с малоподвижностью (гипокинезией)<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Подробнее в книге «Здоровые сосуды, или зачем человеку мышцы».

# Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.