

A portrait of a middle-aged man with a bald head and a serious expression, wearing a maroon V-neck shirt. He is looking directly at the camera. His hands are clasped in front of him, and a silver watch is visible on his left wrist.

# СЕРГЕЙ БУБНОВСКИЙ

БОЛИ В ПЛЕЧЕ,  
ИЛИ КАК ВЕРНУТЬ  
ПОДВИЖНОСТЬ РУКАМ

2-Е ИЗДАНИЕ

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ СПОРТИВНЫХ  
ТРАВМ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМ РУКИ:  
ПЛЕЧО, ЛОКОТЬ, КИСТЬ

ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЕ  
УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ ПЛЕЧА

ПРОДАНО БОЛЕЕ 2 700 000 ЭКЗЕМПЛЯРОВ

Доктор Бубновский. Здоровье  
позвоночника и суставов без лекарств

Сергей Бубновский

**Боли в плече, или Как  
вернуть подвижность рукам**

«ЭКСМО»

2017

УДК 616.72  
ББК 54.58

**Бубновский С. М.**

Боли в плече, или Как вернуть подвижность рукам /  
С. М. Бубновский — «Эксмо», 2017 — (Доктор Бубновский.  
Здоровье позвоночника и суставов без лекарств)

ISBN 978-5-699-99426-7

Причины болей в плече, локте или кисти могут быть различными: повреждения мышц и сухожилий плеча, перелом ключицы или запястья, привычный вывих плеча, локоть теннисиста, замороженное плечо, плечелопаточный периартрит, спортивные травмы. У многих людей боли в кисти и лучезапястном суставе или онемение в пальцах могут быть вызваны профессиональной деятельностью: длительной работой на компьютере, однообразными монотонными движениями рук или хроническим сдавливанием пальцев инструментом типа ножниц. В своей новой книге известный врач-кинезитерапевт С. М. Бубновский дает простые, но очень эффективные рекомендации по восстановлению здоровья при различных заболеваниях плеча, локтя и кистей рук без лекарств и подробно описывает упражнения, которые помогут избавиться от болей.

УДК 616.72  
ББК 54.58

ISBN 978-5-699-99426-7

© Бубновский С. М., 2017  
© Эксмо, 2017

## Содержание

Введение	6
Плечи – инструмент мозга	10
Конец ознакомительного фрагмента.	17

**Сергей Бубновский**  
**Боли в плече, или Как**  
**вернуть подвижность рукам**

© Бубновский С., 2017

© Оформление. ООО «Издательство «Э», 2017

\* \* \*

## Введение

Функциональные анталгические контрактуры плечевого сустава после перелома ключицы, повреждения мышц и сухожилий плеча, привычный вывих плеча или замороженное плечо, локоть теннисиста, остеопоротические переломы запястья – как восстановить дееспособность руки при подобных проблемах, если тебе уже больше 60–70 лет? Но даже молодые люди, увлекающиеся чрезмерно агрессивными для опорно-двигательного аппарата видами спорта (такими как кроссфит, горные лыжи в различных вариантах, боевые единоборства и другие), очень часто получают травмы верхних конечностей, порой приводящие к инвалидности.

Данная тема является очень сложной для объяснения, потому что восстановление этих суставов, особенно после травм и чрезмерных хирургических воздействий, требует много времени, колоссального терпения и четкой последовательности в реабилитационных действиях, к тому же без знаний функциональности биомеханики и понимания основных законов и методов современной кинезитерапии эти проблемы критически неразрешимы. Но если молодые люди с подобными травмами достаточно мотивированы к применению к ним агрессивных методов физической реабилитации, то пожилым людям, имеющим вдобавок к указанным проблемам целый букет сопутствующих заболеваний, приходится очень тяжело.

Но что же делать? Как носить сумки из магазина, как надевать одежду, чистить зубы и готовить еду, если не работает плечо, локоть или кисть? Об этих и многих других проблемах, связанных с травмами и болезнями суставов верхней конечности, рассказывается в этой книге. В книге также затрагиваются наболевшие темы о болях в шейном отделе позвоночника, которые большинство невропатологов и нейрохирургов связывает с дистрофическими изменениями межпозвоночных дисков – грыжами и протрузиями позвоночника. Но так ли это, или проблемы совсем в другом?..

Читайте! Вам будет интересно и крайне познавательно! Помните, что хирурги не возвращают здоровье – они спасают жизни и отрезают всё отработанное. А как жить дальше? Об этом мы и поговорим в данной книге.

Причинами поражения или болезни элементов, отделов или суставов опорно-двигательного аппарата могут быть разные факторы: опухоль, инфекция, дистрофия, травмы (прямые и косвенные). В таких случаях возникает необходимость в оказании специализированной медицинской помощи как на этапе обострения, так и на этапе хронического течения заболевания. Как правило, в период обострения острые боли сохраняются до 3–6 дней (такой срок является условным, так как многое зависит от психики пострадавшего – некоторые могут демонстрировать острую боль достаточно долго). Хроническим течением заболевания можно назвать затянувшееся обострение (условно более двух недель).

Если болезнь длится более четырех месяцев, можно обратиться во врачебно-трудовую экспертную комиссию (ВТЭК) для получения инвалидности (сначала временной – на 1 год). На практике основную роль в диагностике болезни опорно-двигательного аппарата выполняют неврологи или невропатологи, которые считают свою медицинскую дисциплину главной при нарушениях движений, чувствительности, координации и других симптомов. Эти врачи считают неврологию одной из наиболее логичных дисциплин, и именно с их «легкой руки» введена симптоматическая медицина, в которой одна жалоба может соответствовать различным болезням, хотя раньше они считали необходимым (да и сейчас считают) при обследовании больного изучать одновременно не только анатомо-физиологический аспект, но и топический – совокупность синдромов, которые в свою очередь слагаются из различных симптомов-жалоб.

Но и в таком случае при обследовании больного необходимо осознавать, что сходные топические синдромы могут развиваться при различных патологических процессах – сосудистых, опухолевых, воспалительных, травматических и т. п. Поэтому при диагностике очень важен сбор анамнеза (истории болезни) и анализ дополнительных исследований: крови, МРТ и других. На основании этого анализа ставится диагноз, который обозначает болезнь и определяет вариант лечения. И вот здесь все происходит очень даже неоднозначно.

Главное убеждение неврологов заключается в том, что мозг человека является наиболее высокоорганизованной материей на планете Земля, а все остальные органы и системы человеческого организма предназначены для обслуживания мозга! Если нет мозга – нет человека. Казалось бы, трудно на это возразить?! Потеря нерва означает паралич руки, ноги или тела.

Мозг действительно всем управляет! Но обслуживать – это помогать! И без органов, питающих мозг, наш мозг человеческий не нужен: зачем он, если тела нет? Согласно этой теории, костно-мышечная система передвигает мозг по планете, и все... Вот такая высокомерная модель отношения к здоровью человека! С одной стороны, неврология, которая отводит уничтожительную второстепенную роль другим органам и системам организма: дыханию, иммунитету, желудочно-кишечному тракту, костно-мышечной и сердечно-сосудистой системам, а с другой стороны, все остальные специалисты. Но без любой из этих органных систем мозг функционировать не сможет, потому что, по признанию тех же невропатологов, они питают мозг. Несмотря на это, появилась симптоматическая медицина: кардиолог отвечает за сердечно-сосудистую систему, дерматолог – за кожу, пульмонолог – за бронхолегочную систему и т. д.

И хотя во внутриутробном периоде нервная система формируется и развивается раньше и быстрее, чем другие органы и системы, тем не менее закладка и развитие других органов и систем идут синхронно (!) с развитием определенных структур нервной системы! Выдающийся русский физиолог П. К. Анохин этот процесс назвал системогенезом, то есть одновременным функциональным созреванием и взаимодействием разнородных органов и структур. Это функциональное созревание и развитие организма (морфогенез) происходит также и в постнатальном периоде (то есть после рождения человека). И развитие мозга в этом процессе (морфогенезе) целиком и полностью зависит от питающих его систем – ликворной и кровеносной!

Возникает вопрос: кто несет функцию транспорта ликвора и крови к мозгу? Ответ один: это мышечная система, которая составляет в среднем 60 % тела! Да, конечно, мышечной системой управляет мозг (ЦНС), но исключительно благодаря корково-мышечному пути (нервно-мышечному). Это аксиома. Сосуды, питающие мозг кровью, проходят внутри мышц, а мозг, не имеющий собственных мышц, – это машина без бензина, поэтому он сам целиком и полностью зависит от мышц, которыми управляет.

Но невропатологи в лечебном и реабилитационном процессе не признают мышцы за лечебный фактор – слишком просто... Постучать молоточком, поколоть иголкой с целью реакции мышц на эти воздействия – это можно. Но дальше что: назначить пациенту лечение блоками и гормонами с целью убрать боль? Но именно прерывание нервно-мышечного пути и может привести (и часто приводит) ко вторичному параличу и атрофии мышц! Так за что же борется неврология, когда плохо работает плечо, локоть или запястье? Да, конечно: необходимо определить очаг поражения! Но часто бывает и другое. При некоторых заболеваниях невозможно объяснить всю картину болезни (клинику) одним или двумя патологическими очагами в мозге, несмотря на наличие результатов анализов крови и МРТ головного и спинного мозга. Например, при рассеянном склерозе, паркинсонизме и других дегенеративных заболеваниях причинами болезни могут быть и сосудистые, и опухолевые, и воспалительные, и травматические процессы и т. п. И хотя данные анамнеза болезни бывают достаточно подробными (например, в неврологии), специалистам чаще всего не хватает данных об образе жизни боль-

ного. Вот только как объективно собрать такие данные, если каждый узкий специалист тянет одеяло на себя?

В психиатрии З. Фрейд ввел понятие психоанализа, то есть истории жизни пациента, приведшей последнего к врачу – психиатру или психотерапевту. В современной кинезите-  
рапии кроме обязательного сбора анамнеза (КТ, МРТ, анализ крови) введены в практику новые диагностические методы, которые создают достаточно объективную историю развития болезни или травмы. Это миофасциальная диагностика (обследование всех мышечных групп и суставов) и функциональная мышечная диагностика (мониторирование силовой выносливости мышечных групп (синергистов). Эти два вида диагностики неподвластны существующим диагностическим приборам (КТ, МРТ). Правда, существует также миография, но ясной картины о глубине поражения она все-таки не дает, так как датчики устанавливаются на поверхности кожи.

Мы создали и аппарат, который назвали миофасциографом, но немногие специалисты могут понять его графики – результаты диагностического исследования на этом приборе. Эти три вида миофасциальной диагностики привязаны к лечебному тренажеру Бубновского и дают достаточно целостную картину нарушений в костно-мышечной системе пациентов. Такие диагностические методы позволяют создать программу лечения болевых синдромов или реабилитации без применения обезболивающих противовоспалительных средств (НПВП) каждому пациенту с учетом его индивидуальных особенностей и сопутствующих заболеваний. Но для этого необходимо обладать глубокими знаниями в области естественной (безлекарственной) терапии.

Необходимо осознавать, что нервная система возникает и развивается в процессе взаимодействия организма с внешней средой, она лишена жесткой стабильности и изменяется, непрерывно совершенствуясь в процессах жизнедеятельности организма (как в песне: солнце, воздух и вода – наши лучшие друзья!). Эти свойства проявляются при болях в суставах или спине: благодаря тому, что нервная система обладает адаптацией, она может приобретать новые функции, которые могут закрепляться! Например, при острых болях в поясничном отделе часто происходит как бы возврат на более низкую ступень филогенетического развития: больной не может ходить вертикально, но может передвигаться на четвереньках. В этом случае как бы выключается управление ногами корой полушарий большого мозга – самыми молодыми отделами нервной системы. Они научили человека ходить и... забыли как? После некоторого периода передвижения на четвереньках (человек стал на время ребенком, не умеющим ходить), мозг снова вспоминает механизм вертикальной ходьбы, включает свой корково-спинальный (нервно-мышечный) путь, и через какое-то время больной «вертикализируется». В такой момент болезни восстановлению ходьбы мешают именно НПВС и уж тем более блокады в околопозвоночные ткани. Эти так называемые «лечебные» средства нарушают прохождение нервного импульса и способствуют атрофии нервных окончаний, переносящих информацию по сложной системе нервных путей.

Нервные клетки обладают способностью воспринимать, проводить и передавать нервные импульсы, но для этого необходима высокая интенсивность обмена веществ, проходящего в капиллярах. Поэтому они нуждаются в постоянном поступлении кислорода, глюкозы и других веществ. В связи с этим даже в острой стадии болезни, а тем более хронической, снижение общей и частной двигательной активности, да еще на фоне обезболивающих или противовоспалительных средств, пагубно влияет на процессы регенерации нервно-мышечных связей. При применении активной двигательной терапии (кинезитерапии) при различных «выпадениях» нервных импульсов происходит взаимодействие между восходящими (афферентными) и нисходящими нервными проводниками, ситуация «анализируется» головным мозгом, и следует команда к исполнительным органам – поперечно-полосатой мускулатуре, эндокринным органам, внутренним органам – типа «делай как приказано». И органы исполняют. Но для этого



необходимо постоянное движение крови и лимфы! Как говорится, под лежащий камень вода не течет!

Важно понимать, что только усилие, создаваемое напрягающейся мышцей, способно возбуждать рецепторы нервных клеток (мотонейронов), и это усилие должно быть значительным. То есть сами по себе движения руками и ногами, как это делается в ЛФК, неспособны возбуждать мотонейроны спинного мозга для передачи информации в головной мозг – такие усилия возможно создать и проконтролировать только на тренажерах локального и узколокального действия.

Для программы реабилитации необходимо понимать, что одни и те же мышцы участвуют в обеспечении различных движений, но с разной силой и скоростью. Регламент на подключение необходимых мышц (мышечных групп) в кинезитерапии составляется на основе анализа мио-фасциальной диагностики и функционального тестирования мышц. Но сам двигательный акт формируется в результате последовательного, то есть постепенного, согласованного по силе и длительности включения отдельных нейронов корково-мышечного пути, отдающего распоряжение мышцам, и большого комплекса нервных структур, между которыми существуют многочисленные двусторонние связи (замкнутые нейронные круги).

Практически все чувствительные и двигательные нервные волокна имеют коллатеральные связи, то есть своего рода двойников: если не работает одна, можно включить другую. На этом строится и теория функциональных систем П. Анохина, которая позволяет воссоздавать регенеративные процессы даже в казалось бы мертвом нерве! Для этого надо заставить организм (или конечность, или позвоночник) включиться в движение. В природе можно в пересохший ручей накачать воду из соседнего ручья, и такое же замещение возможно воссоздать и в организме человека.

К чему такая длинная преамбула? Только для того, чтобы оценить последующие методы восстановления чувствительности и силы верхней конечности при поражении ее суставов. Я буду говорить только о самых распространенных синдромах, так как похожие нарушения восстанавливаются по тем же правилам с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента. Но все эти проблемы суставов имеют дистрофический, воспалительный или травматический характер (включая состояние после хирургических вмешательств). Поражение элементов большого мозга и спинного (миелопатия) в этом разделе не рассматриваются, хотя и в таких случаях для определенной двигательной компенсации нужно идти по пути современной кинезитерапии. Восстановление двигательной системы, пусть даже частичное, возможно только через правильные упражнения.

## **Плечи – инструмент мозга**

Вы не задумывались, например, над тем, зачем человеку плечи, или, как говорят анатомы, плечевой пояс? Носить пиджак или кофту? Но об основных функциях, которые возложены на плечевой пояс и выполнение которых должно быть обязательным для человека любого пола и возраста, мало кто знает. Я часто задаю вопрос своим пациентам, жалующимся, в частности, на головные боли: «Давно ли вы подтягивались на турнике?» В ответ недоуменный взгляд, в котором читается: «А зачем мне это?» Тогда я задаю следующий вопрос: «А зачем человеку мышцы спины, которые самой природой предназначены для подтягиваний?» Или другой: «Если мышцы не используются, то что с ними происходит?» Отвечают всегда и все: «Атрофируются». Знают ведь и... не используют. Конечно, я могу назвать любые другие упражнения, в которых принимают активное участие мышцы плечевого пояса и которые эти люди также не выполняют, хотя выполнять их надо регулярно, как само собой разумеющееся. Практика показывает: те, кто регулярно выполняет эти и подобные упражнения, не страдают головными болями.

Итак, одной из самых важных областей тела является плечевой пояс и связанные с ним руки и шейный отдел позвоночника. Плечевой пояс состоит из четырех областей: лопаточной, подключичной, подмышечной, дельтовидной.

Области – это не какая-то одна зона. Например, подмышечная область – это не только, как говорят в народе, подмышка. Это система мышц, сухожилий, фасций, внутри которых проходят артерии, вены, лимфатические сосуды.

Врачи же словом «область», в отличие от анатомов, обозначают лишь зону тела для внешнего ориентирования. Например, место для инъекции. Или местонахождения фурункула. Если просто сказать «фурункул на плечевом поясе», то трудно понять, куда смотреть: под мышку или под лопатку. Поэтому анатомический ликбез необходим. Каждый должен понимать свое тело и функции каждой из его частей. Я считаю, что умение пользоваться, например, мышцами плечевого пояса может предотвратить развитие тяжелейших заболеваний, с которыми никогда не справятся никакие лекарственные средства, а именно головных болей. В жизни же как получается – поднимаются руки, и слава богу. Но бывают и другие ситуации. Проснулся человек, а руку поднять не может. Без какой бы то ни было травмы или внешней причины. Человек просто спал, ничего не делал. Кто-то скажет: «Наверное, отлежал руку. Спал на одном боку?» Но почему в возрасте 20 лет этот же человек мог лежать на одном боку всю ночь и проснуться здоровым? А в 40 лет вдруг руку отлежал и она не поднимается?

### **Функциональная анатомия плеча**

Плечевой пояс лучше начать разбирать с понимания строения плечевого сустава, вокруг которого строится весь пояс и который чаще других элементов этой зоны подвергается бытовым и спортивным травмам. Сложность восстановления и лечения плечевого сустава заключается в том, что даже опытные врачи-травматологи, применяющие в своем арсенале лечебных средств обезболивающие блокады, до конца не осознают сложности и неповторимости этого сустава, забывая его мышечное строение. То есть любая иммобилизация (обездвиженность) или блокада, устраняющая чувствительность мышц при движении, наносит трудноправимый ущерб плечу, так как способствует атрофии этих мышц. Если не брать во внимание травмы плеча, связанные с разрывами и переломами, то любое его воспаление, возникшее в результате неудачных усилий, необходимо лечить движением. Характерно, однако, что большинство проявлений болезни связано именно с «движениями руки» при среднестатистиче-

ском возрасте 40 лет. В этом возрасте боли в суставах часто воспринимаются как естественные, и люди предпочитают меньше двигать рукой, дабы не вызвать боль. Результатом такого ограничения являются, как пишут рентгенологи в своих заключениях, «известковые отложения в дегенеративно измененных сухожилиях мышц-ротаторов плеча, спайки или слипчивый капсулит стенок дубликатуры полости нижнего заворота с прорывом отложений в подакромиальную сумку». В переводе на нормальный язык это означает, что в случае резкого снижения подвижности сустава все его полости зарастают кристаллами соли и эластичность мышц сменяется одеревенелостью. В то же время в специальной литературе при описании плечелопаточного периаартрита (воспаление мягких тканей, окружающих плечевой сустав) в стадии «застывшего» или «замороженного» плеча можно встретить такую формулировку: «Плечевой сустав, функционирующий ежедневно с полным размахом движений, не застывает». Тогда что делать, если боль при движении руки нестерпимая и может привести даже к потере сознания?

При рассмотрении клинических вариантов поражения внесуставных мягких тканей плечевого сустава их можно разделить на **первичные** (заболевания сухожильно-вязочного аппарата, превалирующую группу которых представляет ПЛП, или синдром болезненного плеча), и **вторичные**, наблюдаемые, например, при ревматических процессах (ревматоидный артрит, остеохондроз позвоночника и др.).

При лечении заболеваний суставов меня всегда интересовала только причина поражения – первичность. Так и ПЛП я рассматриваю не только как самую обширную патологию плечевого пояса, но и как пусковую модель поражения миофасциальных тканей ПВК. Поэтому акцент на пояс верхних конечностей, его мышечную систему, тонизирующую сосуды головного мозга, а значит, питающую мозг, не случаен. Но человек среднестатистический все-таки ленив. И всегда ищет какую-то причину увильнуть от необходимости делать гимнастику. Поэтому при появлении плечелопаточного периаартрита, сопровождающегося болями в руке при движении, почему-то радуются, когда врач запрещает делать эти движения. Что же получается? Сегодня человек не поднимает полноценно руку, и развивается застывшее плечо. Но в плече застывают и сосуды, являющиеся частью большого круга кровообращения и находящиеся в непосредственной близости от сосудистой сети головного мозга. Снижается приток свежей крови к мозгу, ухудшается венозный отток крови с повышением внутричерепного давления, и возникает атрофия сегментов мозга. Вот мы и незаметно от банальных болей в плече, вызвавших ограничение в его движении, пришли к атрофии мозга, то есть слабоумию. Так что делать, чтобы не допустить этого? Мышц внутри мозга нет. Поэтому давайте займемся лечением плечелопаточного периаартрита, устранив который мы восстановим питание мозга, предотвратив тем самым его атрофию.

Как это понять? Да очень просто. Например, вы захотели подтянуться на перекладине. Но надо же за нее ухватиться. Для этого используются мышцы кистей рук. Их две группы: ладонная поверхность (10 мышц) и тыльная поверхность (4 мышцы). Кто-то может удивиться: «При чем здесь кисть?» Тогда покажите мне человека, который может повиснуть на перекладине без участия кисти (это не смешно). Но нервы для управления мышцами кисти идут из области верхних шейных позвонков через зону плечевого сустава. Поднимемся выше. Мышцы предплечья. Их несколько слоев. Причем существует передняя и задняя группа мышц. Передняя группа мышц предплечья – 10 мышц – сгибает, вращает пальцы, кисть и само предплечье. Задняя группа мышц – 8 мышц – разгибает, вращает, отводит кисть, пальцы и предплечье. Кроме того, эти же мышцы сгибают руку в локтевом суставе.

Все эти 18 мышц предплечья управляются теми же нервами, выходящими из шейного отдела позвоночника. Этим я хочу подчеркнуть непосредственную связь пальцев рук и шейного отдела позвоночника. Далее, то есть после предплечья мы встречаемся с мышцами плеча (сгибатели-разгибатели). Их пять. Эти мышцы сгибают и разгибают руку в локтевом суставе, а клювовидно-плечевая мышца, одна из них, еще и поднимает руку. Еще выше. Здесь мы встре-

чаемся с мышцами плечевого пояса – есть и такая группа мышц. Их 6. Но, пожалуй, основную проблему для плечевого сустава составляют пять из них. Это глубокие, короткие мышцы. Их называют ротаторами, или вращателями плеча. Именно при их травме возникают основные боли при вращении плечевого сустава и отведении руки в сторону. Одним из самых грозных заболеваний при этом является синдром «замороженного плеча». Обычно таким людям помогают снимать и надевать рубашки, не говоря о попытке застегнуть бюстгальтер (женщине), а мужчины становятся беспомощными при попытке положить сумку на верхнюю полку в самолете или поезде. У меня был пациент с «замороженными плечами», автослесарь. Можете представить его в яме под машиной, которую он должен отремонтировать, но при этом не способен поднять руки выше пояса? У меня были скрипачи, неспособные держать инструмент. Парикмахеры, косметологи, маляры... К более подробному изложению болезни плеча и методам лечения я вернусь чуть позже. Сейчас хочу продолжить анатомическое расследование функционирования руки, или, как говорят медики, верхней конечности. Итак, только на одной руке мы насчитали 33 мышцы. Но, для того чтобы подтянуться на перекладине, этих мышц мало. Для этого действия необходимо подключить еще и мышцы спины. Их тридцать одна. Эта группа мышц состоит из поверхностных, глубоких и коротких мышц спины. Перечислять их необходимости нет, к тому же поверхностные мышцы знают почти все спортсмены. К ним относятся трапециевидная, широчайшая, ромбовидная, зубчатые мышцы. Из глубоких мышц наиболее известной является мышца – выпрямитель туловища. А из коротких мышц – межостистые и межпоперечные.

Но и это еще не все мышцы. Существует не менее важная группа мышц-антагонистов спины – мышцы груди. Их четыре. Наиболее известны из них малая и большая грудные мышцы.

Итак, подведем первые итоги анатомического расследования движения руки в плечевом суставе. Мы насчитали 68 мышц только с одной стороны туловища, а их у человека две: правая и левая. Поэтому для того, чтобы подтянуться на турнике, отжаться от пола, закинуть чемодан на верхнюю полку, необходимо использовать 136 мышц, причем одновременно.

Это связано прежде всего с тем, что в отличие от других суставов туловища плечевой сустав – мышечный. То есть основной причиной болей в плече являются травмы (растяжения, ушибы) именно глубоких мышц плечевого сустава (ротаторов), из-за чего сустав становится очень болезненным при любом движении руки. А врачи, прежде всего травматологи, как показывает практика, причину боли в плече ищут в его костной структуре, делая свои выводы на основании рентгеновских снимков (УЗИ или МРТ). Но известно, что ни на одном из этих диагностических обследований, разве что в некоторой степени на УЗИ, глубокие ротаторы плечевого сустава не отражаются. Причина этого заключается в том, что мышцы по своей структуре состоят из воды. На всякий случай назначается ношение фиксирующих повязок и запрещаются какие-либо нагрузки. Наступает атрофия этих мышц, возникающая всегда при иммобилизации, что может привести к привычному вывиху. Поднял сумку потяжелее – и рука повисла.

Мне тоже было интересно узнать, что плечевой сустав состоит из пяти суставов! Да-да! Это описано в каждом приличном анатомическом справочнике. Но три из пяти являются истинными, то есть содержат суставные поверхности: плечелопаточный сустав, грудинно-ключичный сустав, ключично-акромиальный сустав. И образованы они пятью костями: плечевой, лопаткой, грудиной, ключицей и акромионом.

Два являются псевдосуставами: сумочное сочленение (плече-акромиальное) и так называемое движение лопатки по стенке грудной клетки. Эти два сустава не имеют самостоятельных суставных поверхностей. Но самое интересное, что ни один из них нельзя рассматривать отдельно, как, например, суставы пальцев рук. Все эти как бы отдельные суставы участвуют в работе одного сустава, плечевого, который их и объединяет. Плечевой сустав – самый

подвижный сустав тела. Его подвижность характеризуется следующими возможностями: отведение-приведение руки. Но и это не все.

За мою долгую врачебную практику я ни разу не встречал медицинского заключения больному с плечелопаточным периартритом или синдромом «замороженного плеча», в котором упоминались хотя бы пять основных вращателей плеча, без которых движение в плечевом суставе невозможно в принципе, не говоря уж о 136 мышцах. При этом пациенты обращались ко мне за помощью после длительного безрезультатного лечения болей в плече нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП), аппаратной физиотерапией, иглотерапией, а некоторые из них даже после артроскопии. Были и такие, кто острой боли в плече не испытывал, но поднять чемодан на верхнюю полку, а тем паче подтянуться на перекладине не мог. Как использовать эти мышцы для лечения плечевого сустава, какие упражнения и нагрузки для этого применять, я расскажу чуть позже, в специальной главе. Сейчас хочу обратить внимание читателя на то, что очень часто боли в плече сопровождаются головными болями. Поэтому мне бесчисленное количество раз удавалось избавить пациентов от головных болей с помощью упражнений, в которых основным кинематическим звеном является плечевой сустав. Интересно и другое наблюдение. Головные боли часто возникают как-то сами по себе, казалось бы, из ниоткуда. Поэтому при их первых появлениях люди даже не задумываются, откуда они взялись. Проглотят таблетку какого-нибудь аспирина – и ладно. Такое появление головных болей, как правило, не имеет отношения к черепно-мозговой травме или гипертонической болезни. Их появление объясняется чаще всего банальными причинами: не выспался, понервничал, например, перед экзаменом, выпил что-нибудь непривычное для себя, пиво или шампанское. В дальнейшем, когда головные боли возникают снова, применяют ранее испытанный прием, а именно таблетку. Люди настолько к ним привыкают, что не жалуются врачу даже при обострении шейного остеохондроза, а сейчас модно говорить о грыжах межпозвонковых дисков шейного отдела позвоночника или при болях в плече. Поэтому, когда я спрашиваю больных, пришедших ко мне с подобными жалобами, страдают ли они головными болями, те бодро отвечают: «Да, давно! И уже в форме мигреней». Но дело в том, что головные боли – боли сосудистые. А боли в плече или шейном отделе позвоночника – боли органические. Разница между ними заключается лишь во времени их появления. Сначала страдают мягкие ткани, эластичные. В нашем случае сосуды из-за недостаточного объема кровотока, который должен через них проходить. А затем начинает разрушаться и плохо работающая костно-хрящевая структура – межпозвонковые диски, хрящевая поверхность суставов. Итогом чего является и тугоподвижный сустав, в данном случае плечевой, и проблемы в шейном отделе позвоночника. Поэтому первый этап – поражение сосудистого русла головного мозга, проявляющееся головными болями без, казалось бы, внешней причины, – остается незамеченным на фоне лекарственного обезболивания. Зачем человеку подтягиваться, отжиматься, если он зарабатывает деньги, сидя в кресле и глядя в монитор? Это уж потом, когда однажды он захочет легко встать со стула, чтобы пойти домой, вдруг ощутит спазм, секундную потерю сознания, холодный пот и животный страх. Что это? Приняв таблетку, он забывает про это и продолжает жить как ни в чем не бывало. Мышцы плечевого пояса работают все меньше. Кровоток по сосудам снижается. Но вовремя принятая таблетка нивелирует этот дискомфорт, и обращение к врачу происходит только в момент выпадения уже нескольких звеньев кинематической цепи. В нашем случае – плечевого сустава, шейного отдела позвоночника и всего плечевого пояса.

Мало кто знает, что избавиться от головных болей можно, сочетая определенные физические упражнения, в которых участвуют мышцы плечевого пояса, что и создает эффект обезболивания. Никто из написавших о своих проблемах в вышеприведенных письмах даже не подумал, что именно слабость и запущенность мышц плечевого пояса явились у них основной причиной для появления хронических головных болей. Как вы думаете, что лучше – при-

нимать психотропные средства, снижающие уровень личности и ускоряющие развитие слабоумия, или научиться правильно выполнять физические упражнения?

Я применяю подобную практику довольно успешно. Конечно, речь идет не об отжиманиях от пола или подтягиваниях на перекладине. Я говорю об упражнениях на тренажере МТБ, при которых, как я говорил в предыдущих книгах, ключевым моментом является использование диафрагмального дыхания, которое при правильном выполнении снижает внутричерепное давление. А именно повышенным внутричерепным давлением многие невропатологи объясняют причину головных болей. Что я хочу этим подчеркнуть? **Как вы думаете, что лучше – принимать** много лет нестероидные противовоспалительные средства, имеющие чудовищное количество побочных явлений, **психотропные средства, снижающие уровень личности и ускоряющие развитие слабоумия, или научиться правильно выполнять физические упражнения** и при этом избавляться не только от головных болей и болей в плече, но и укреплять свою психологическую устойчивость, то есть психику, активизируя и сосуды, питающие МОЗГ?

### Начало угасания здоровья

Когда я рассказываю о мышечном феномене людям, обращающимся ко мне за помощью, то практически не встречаю опровержения своих аргументов. Мало того, даже врачи, пытающиеся лечить головные боли, остеохондроз и артриты суставов таблетками, соглашаются, что необходим мышечный корсет, что действительно, жизнь – это движение, что надо заниматься профилактикой, ведя здоровый образ жизни. Но все это штампы, которыми часто оперируют и чиновники от здравоохранения, мало понимающие в здоровье. Один из моих любимых афоризмов: «Встреча с реальностью выглядит как разрушение иллюзий» (К. Ясперс) – всегда получает подтверждение при тестировании опорно-двигательного аппарата, которое приходится проводить в заключительной части консультации. Люди готовы говорить часами о здоровье, правда, больше любят говорить о нездоровье и истории своего нездоровья. По поводу чего, кстати, А. П. Чехов сказал однажды: «Люди любят поговорить о своих болезнях, меж тем это самое неинтересное, что есть в их жизни». И когда во время тестирования пациенту приходится выполнить несколько силовых упражнений, картина его болезни вырисовывается при вышеназванных заболеваниях в 90 % случаев. Тестирование выполняет сам больной, а не врач, то есть во время консультации врач может сказать про слабые мышцы рук, ног, и больной может с этим согласиться, но при этом будет уверять себя, что в его проблемах виноват остеохондроз шейного отдела позвоночника, грыжа межпозвонкового диска или излишне извитые артерии шейного отдела позвоночника, вызывающие шум и боль в голове, но не слабые руки и ноги. После консультации и связанного с ней тестирования все сразу же становится на свои места. Больной реально понимает, что не может отжаться от пола правильно, допустим, 10 раз подряд. Хотя в 16 лет он мог отжаться и 50, и 100 раз. А сейчас ему всего 40–45 лет... Не может, сидя с прямыми ногами, достать руками пальцы ног, хотя в те же 16 лет мог делать шпагат. Гибкость, правда, не всегда является критерием достаточности мышечного аппарата, т. к. при очень слабых, детренированных мышцах человека можно сложить пополам. Но, повторяю, потеря мышц – это потеря сосудов, питающих мозг, сердце, печень, почки, суставы. И когда человек вдруг понимает, что он физически стал дряхлым в 40 лет, что-то в его голове меняется, и он уже готов после этого пройти полноценный курс кинезитерапии, восстанавливающий трудоспособность. Вопрос о количестве упражнений, их наполненности, последовательности с учетом индивидуальных особенностей и сопутствующих заболеваний человека решает врач. Кинезитерапия дает возможность не только избавиться от хронических головных болей, болей в шее без лекарств, но и создать программу элементарных профилактических мер, основанных на понимании физиологии данного больного. Герберт Шелтон сказал, что, вероятно, величай-

шая потребность нашего века – правильное знание физиологии нашего организма и законов, управляющих жизнью, здоровьем и болезнью. Прискорбно, что люди умирают от нарушения простых законов, когда даже элементарное знание не только помешало бы им стать пищей для земляных червей, но сделало бы всю жизнь прекрасной и содержательной.

## **Мышечная депрессия**

Но что делать, если кто-то не способен в нужном объеме и необходимом количестве выполнить перечисленные упражнения, но в то же время не хочет попадать в названную группу риска? Я имею в виду в группу психически неполноценных или слабоумных. Об этом и поговорим. Эта тема на самом деле очень сложна. Многие, очень многие после моих консультаций или рекомендаций, которые я даю в своих книгах, начинают следовать им. Но быстро сдаются. Почему? Во-первых, потому, что переоценивают свое физическое состояние и буквально набрасываются на рекомендуемые мною упражнения, не подозревая о возможности появления мышечной депрессии (негативная (болевая) реакция мышц в ответ на их активизацию после длительного неиспользования). Поэтому я всегда советую начинать выполнение любых силовых упражнений, тем более с так называемыми свободными отягощениями (штанга, гантели, собственный вес тела), очень аккуратно, постепенно увеличивая их вес, но без фанатизма. Как предупредить мышечную депрессию или избавиться от нее, объясню чуть позже. И во-вторых (этот пункт вытекает из первого), большинство людей недооценивают фактор детренированности собственных мышц. И, начиная выполнять комплекс каких-либо упражнений, вспоминают свою юность, когда могли выполнять эти упражнения бесчисленное количество раз. Всегда надо помнить: с тех пор прошло много лет. Было пережито много болезней, которые, как правило, преодолевались с помощью лекарств и покоя. Это часто иллюстрируется в фильмах. Больной почему-то чаще всего лежит в кровати, в пижаме, его навещают друзья. Близкие родственники с кульками еды и притворно сладкими улыбками выражают надежду на быстрое выздоровление. Но быстрого выздоровления при таком методе лечения (я имею в виду терапевтическое) не бывает. Остаются в организме токсины, кристаллы лекарств и другой «мусор». Или, как говорят врачи, хиазмы (народ говорит – шлаки). И остаются эти хиазмы не на дне желудка или кишечника, а в капиллярах, состояние которых не диагностируется даже коронарографией. И вот человек прочитал книгу, в которой рекомендуется лечить себя упражнениями, и буквально набросился на них, думая, что способен этим вернуть юность. Но не учел годы бездействия, во время которых не только капилляры, но и крупные сосуды покрылись изнутри атеросклеротическими бляшками, а то и просто расплозились во все стороны (варикозное расширение). А мышцы, выполняя упражнение, и прежде всего силовое, требуют немедленного получения кислорода, без которого они не способны долго работать. Возникает конфликт между работающими мышцами, требующими кислород, и сосудами, не способными его доставить, то есть пропустить через себя обогащенную кислородом кровь в нужном количестве из-за названных выше причин. Поэтому в первые дни занятий, выполняя упражнения, надо оставаться «голодным» на них. То есть прекращать их выполнение после определенного для данного занятия числа раз (это может подсказать специалист, есть рекомендации в конце этой книги), хотя кажется, что можешь выполнить еще столько же и даже больше. Мышечная депрессия ждет каждого, кто не учитывает этого правила. Физиологи называют подобное состояние адаптацией. Это не совсем так. Например, здоровый человек или спортсмен, начиная тренироваться после перерыва, понимает, что его мышцы будут болеть, и преодолевает эти боли последующими тренировочными занятиями. Неспортивный человек, а тем более страдающий хроническими сосудистыми заболеваниями, слова «адаптация» не понимает. Начав выполнять какой-либо комплекс упражнений, он, естественно, желает выздороветь, а заодно и избавиться от применения лекарственных препаратов. Напоминаю, что лекарства выписыва-

ются врачами при их бессилии что-либо порекомендовать больному, кроме этого. Как правило, свои рецепты обволакивают вербальными страхами или «врачебными страшилками» типа: «Не поднимай тяжести, не нервничай». То есть советуют так называемый лечебно-охранительный или санаторно-курортный режим. Это относится к больным с сосудистыми нарушениями, то есть прежде всего с болезнями сердца, мозга и других органов, богато кровоснабжаемых. И вот эти «хроники» вдруг начали выполнять упражнения. Я прекрасно понимаю их психологическое состояние, особенно тех, кто сидит у телевизора и смотрит спортивные программы. Им запретили спорт, но они очень хотят вернуться к нему. А лечащий врач запретил какие-либо нагрузки. Однако, прочитав, например, мою книгу, они прислушались к моим доводам и, не дочитав до конца все рекомендации, начали выполнять упражнения. Повторяю, что я понимаю это состояние. Но также понимаю и то, что выполнить сразу даже небольшой объем силовых упражнений, которые необходимы для восстановления нормального кровообращения и микроциркуляции, очень непросто. И если больной человек после долгого перерыва вдруг начал выполнять упражнения в большом объеме, его ждет именно депрессия, но... мышечная. На третий-четвертый день, иногда пятый-шестой у него вдруг начинает болеть все тело. Он не знает, что такое адаптация и что это надо перетерпеть. Но он вспоминает в таких случаях именно врачебные страшилki – никаких нагрузок! И вместо того чтобы пойти к врачу, прежде всего кинезитерапевту, он обращается именно к тому специалисту, который запретил любые физические нагрузки. Естественно, его лечащий врач, услышавший, что пациент пренебрег его рекомендациями и начал выполнять какие-то там упражнения, о которых он никогда не слышал, кричит: «Вы с ума сошли! Немедленно в постель! Немедленно таблетку под язык! Немедленно капельницу!» и т. п. И вот здесь начинается «мышечная депрессия». Может быть, он и хотел бы продолжить выполнять упражнения, даже преодолев, как ему кажется, этот страх перед нагрузкой. Но руки-ноги уже не слушаются. Он пытается отжаться – и не может. Он пытается присесть – и тоже не может. Страх намного глубже, чем думает больной. Страх съедает здравый смысл, и мышцы отключаются. Они могут, но депрессия не позволяет. Дальше только атрофия. Поэтому используйте пока одну рекомендацию – **не спешите!**



## **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.