

**СЕРГЕЙ
БУБНОВСКИЙ**

**ГРЫЖА ПОЗВОНОЧНИКА —
НЕ ПРИГОВОР!**

3-Е ИЗДАНИЕ



**МОСКВА
2024**

УДК 616.7
ББК 54.18
Б90

Бубновский, Сергей Михайлович.

Б90 Грыжа позвоночника — не приговор! / Сергей Бубновский. — 3-е издание, переработанное и дополненное. — Москва : Эксмо, 2026. — 192 с.

ISBN 978-5-04-197208-0

Все больше и больше людей, имеющих проблемы со спиной, разочаровываются в общепринятых методах лечения: операциях и лекарственных препаратах. Известный врач Бубновский Сергей Михайлович в своей книге предлагает принципиально новый подход к решению проблемы грыжи позвоночника без операции.

Что такое боль в спине? Как быть со страхами, возникающими у человека при диагнозе «грыжа позвоночника»? Какой путь выбрать для борьбы с этой проблемой? Нужен ли корсет при болях в спине? Что такое правильное движение? Как преодолеть страх перед движением? Как лечить грыжу позвоночника без лекарств? На эти и другие вопросы отвечает доктор Бубновский, имеющий за плечами более тридцати лет работы с самыми тяжелыми случаями болезни и умеющий справляться с ними без хирургических вмешательств, применяя правильные упражнения.

Эта книга поможет как молодым людям в укреплении их здоровья, так и пожилым людям, имеющим тяжелые сопутствующие заболевания.

Интересно, необычно, искренне!

УДК 616.7
ББК 54.18

© Бубновский С.М., 2024
© Ухов Д., Кулямин И., Синцов С., изображение, фото, 2016
ISBN 978-5-04-197208-0 © Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2026

Содержание

Предисловие.	6
Грыжа межпозвонкового диска как идея	11
Что означает термин «грыжа межпозвонкового диска»?	24
Протрузия и грыжа — это одно и то же?	26
Как появляется грыжа позвоночника	32
Откуда берется боль, если грыжа не виновата?	40
Как избавиться от боли в спине без лекарств	42
Как преодолеть страх боли без обезболивающих препаратов.	45
Что делать при обострении болей в спине.	48
Что такое правильное движение	49
Как преодолеть страх перед движением	54
Нужен ли корсет при болях в спине?	58
Почему мы используем в качестве лечебных средств тренажеры	62
Надолго ли хватает результата лечения остеохондроза в санатории?	71
Пять способов естественного обезболивания	80
Как лечить грыжу позвоночника без лекарств	120
Что делать, если боль в спине застала в пути	160
Что такое кинезитерапия и что она лечит?.	172
Словарь	176
Заключение	186
Об авторе	188

Предисловие

Пожалуй, в теле человека нет другого органа, имеющего такое количество диагностических обозначений, такое количество врачей и специалистов, его обслуживающих, такое количество вариантов лечения — от самых простых до радикально хирургических и охватывающих все возрастные группы при возникновении проблем. Это позвоночник!

Он состоит из позвонков (*vertebrae* — от этого слова происходит название одной из врачебных специальностей — вертебролог). Их 33–34, и они выглядят как кольца, наложенные друг на друга в виде колонны. В анатомии их принято называть позвоночным столбом (!) Хочется подчеркнуть энергию этого слова и смысл — столб! Нечто несокрушимое и мощное! Тела позвонков соединены между собой межпозвонковыми дисками, состоящими из хрящевой ткани, что позволяет позвоночнику иметь довольно гибкую конфигурацию из четырех изгибов в сагиттальной плоскости (вид сбоку): два лордоза (выпуклостью кпереди), шейный и поясничный, и два кифоза (выпуклостью кзади).

Зачем такая детализация строения позвоночника? Дело в том, что порой можно услышать от больного фра-

зу: «У меня болит кифоз...» Это можно перевести как: «У меня есть позвоночник». Не будем вдаваться в глубокую анатомию, хотя элементарные анатомические детали позвоночника надо подчеркнуть! Для более глубокого понимания анатомического строения позвоночника можно заглянуть в любой анатомический атлас.

Итак. Межпозвоноквый диск (правильное написание в отличие от «межпозвоночный...») — это хрящ, хрящевая волокнистая ткань, состоящая на 70–80% из воды (!) Остальной состав — минеральные вещества. Важной особенностью хряща является отсутствие кровеносных сосудов. Поэтому питательные вещества в межпозвоноквый диск поступают методом диффузии со стороны синовиальной жидкости и из подлежащей кости — позвонка.

Позвонок — это кость, костная ткань. Наличие сосудов — принципиальное отличие от хрящей. Они необходимы костной ткани для поступления в нее питательных веществ опять же методом диффузии из крови в кость тех же ионов кальция. Но эти сосуды не являются звеном большого круга кровообращения. Они отвечают за минерализацию костной ткани. Соединение позвонков с помощью межпозвоноквого диска (МПД) называется позвоночно-двигательным сегментом (ПДС), или межпозвоноквым симфизом, и укрепляется большим количеством связок, натянутых между телами, дугами и отростками позвонков — связками позвоночного столба. Нарушить эти соединения можно лишь внешним жестким воздействием, например вследствие дорожно-транспортного происшествия, падения или раз-

резания. Это важно понимать хотя бы для того, чтобы не принимать на веру предложения мануального врача «поставить диск на место или позвонки» при наличии «грыж МПД» — об этом позже. К этой категории «вправителей МПД» относятся и «вправители атланта» — первого позвонка шейного отдела, придумавших теорию несостоятельности атланта после родов. Они как-то не учитывают, что между атлантом и осевым позвонком межпозвонкового диска нет. И, наконец, не менее интересная особенность в строении позвоночника состоит в том, что он **охраняется мышцами и фасциями, поверхностными и глубокими**, прикрепляющимися непосредственно к остистым и поперечным отросткам позвоночника и при своем сокращении и расслаблении выполняющими ту самую функцию диффузии воды, минеральных компонентов в МПД и кости. Как-то все врачи и специалисты по лечению болей в спине дружно об этом забыли... Забыли, что скелетная мышца — это орган, внутри которого помимо мышечных волокон содержатся и другие компоненты: соединительнотканые прослойки (эндомизий, перимизий, эпимизий), между которыми проходят кровеносные сосуды (капилляры и крупные), нервы (мелкие ветви и крупные нервные стволы), и благодаря мышцам позвоночника, не учитываемым невропатологами, нейрохирургами и рентгенологами, обеспечивается его жизнедеятельность. Об этом будет упомянуто в основных разделах книги. И еще о строении позвоночника. Если вернуться к строению позвоночного столба (!), невольно возникает вопрос — как происходит его сужение (модный термин рентгено-

логов, используемый для своей «практики» нейрохирургами)? «Сужение позвоночного канала» — это как? Видимо, рентгенологи, а вместе с ними и нейрохирурги путают позвоночный канал со спинно-мозговым? А последний (другое название — дуральный мешок) сжать никак нельзя, так как в нем находится спинно-мозговая жидкость (ликвор), свободно перемещающаяся до 5 см. Поэтому смысл операций по удалению межпозвоноковых грыж сомнителен, не говоря уже о том, что всегда есть риск повреждения дурального мешка во время операций на позвоночнике. Жизнь пациента в таком случае обрывается.

Все проблемы с болями в спине, к сожалению, сузили до обозначения двух ее анатомических субъектов — позвоночника и межпозвоноковых дисков.

В первом случае эти проблемы с болями в спине стали называть остеохондрозом позвоночника (шейный отдел, грудной отдел, пояснично-крестцовый отдел. Для разнообразия диагноза (заключения) рентгенологи стали обозначать остеохондроз позвоночника другими терминами — спондилез, спондилоартроз, сужение позвоночного канала и т.д. (об этом в тексте книги). А проблемы межпозвоноковых дисков — грыжами, протрузиями, листезами, секвестрами и пр., имеющими лишь относительное отношение к болям в спине, так как основную их причину надо относить именно к пре- и паравертебральным тканям. Для этого их надо изучать. Поэтому после заключения рентгенолога (КТ, МРТ, Rg) пишут (во всяком случае, следует писать) фразу: «Данное заключение диагнозом не является». То есть

на основании этих исследований и жалоб больного (любой интенсивности), которые могут иметь одинаковый оттенок при самых разных заболеваниях, приступать к лечению еще нельзя! Диагноза нет! Тем не менее лечат. А что лечат невропатологи, нейрохирурги, мануальные терапевты, остеопаты и народные целители, непонятно!

Поэтому результата лечения болей в спине у этих специалистов нет!

А результатом лечения при болях в спине должно быть восстановление качества жизни, то есть возвращение больного к полноценной жизни после лечения без каких-либо физических ограничений в быту! Без применения НПВС, антидепрессантов, миорелаксантов и других лекарственных средств! О таком результате могут поведать только специалисты по современной кинезитерапии (метод Бубновского), чья теория и практика обоснованы научными и экспериментальными данными Института современной кинезитерапии и физической реабилитации. Об этом и о многом другом, связанном с болями в спине, вы прочитаете в этой книге. Все написанное понятно, просто и практично! Используя описанные в книге методики, вы сэкономите много денег, времени и восстановите здоровье!

Ваш С.М. Бубновский

Грыжа межпозвонкового диска как идея

Очередной пациент, входящий в кабинет врача, в ответ на вопрос врача: «Что вас беспокоит?» или «Что у вас болит?» с готовностью отвечает: «У меня грыжа (или грыжи) позвоночника».

То есть множеству людей при болях в спине (шейный, грудной и поясничный остеохондроз) уже внушили, что причина этих болей (о ужас!) заключается в появлении в их позвоночнике грыжи диска (МПД — межпозвонковый диск). То есть эта самая грыжа — диагноз.

Термин «грыжа МПД» появился одновременно с появлением МРТ-диагностики, позволившей на снимке видеть не только костные структуры позвоночника (позвонки), но и хрящевые (межпозвонковые диски). МПД — аваскулярный (не имеет кровеносных сосудов) и высокогидрофильный (состоит до 82% из воды) компонент позвоночно-двигательного сегмента, и поэтому на обычной рентгенограмме не виден. Потому раньше лечили радикулит, он же ишиас, так как костные структуры (позвонки), как правило (до 50–55 лет), были обычной формы, то есть нормальные. Кости также не имеют ни сосудов (кроме внутрикостных), ни нервов. Одним

словом, сами позвонки болеть не могут, если не разрушены травмой или остеопорозом. Хотя и в этом случае не болят.

Следовательно, болит что-то не видимое на рентгене. Нервы? Так появился термин «радикулит» (от *radix* — нервное окончание). Но, собственно, и нервы не болят. Они, как и кости (в данном случае, позвонки), не имеют болевых рецепторов¹ (ноцицепторов). И тут появилась МРТ (ЯМРТ), на которой стал четко виден МПД, деформированный дегенеративными процессами... Эврика! Вот в чем дело! Грыжа диска сжимает нервы спинного мозга или их корешки. Но в чем подвох?

Во-первых, спинномозговые нервы выходят из верхней межпозвонковой вырезки, а МПД находится на уровне нижней межпозвонковой вырезки. То есть эти анатомические структуры живут в позвоночнике как бы на разных этажах. Диску надо как-то «подпрыгнуть», чтобы травмировать нерв. Но даже если представить такой вариант дегенеративных событий в позвоночнике, то это привело бы к парезу, потере чувствительности ноги или руки.

Во-вторых, корешки спинномозговых нервов находятся внутри дурального мешка², ниже второго поясничного позвонка и носят название конского хвоста.

¹ Максимальное количество болевых рецепторов имеют мышцы, связки и сухожилия позвоночника, о состоянии которых и МРТ умалчивает... «Не видит».

² Дуральный мешок — он же спинно-мозговой канал, в котором находится спинной мозг в ликворе.

Следовательно, выше второго поясничного позвонка корешков просто нет.

Да и в этом поясничном отделе корешки буквально «плавают» в ликворе и зажать их невозможно.

Однако идея грыжи МПД понравилась буквально всем и прежде всего людям с «грыжей МПД». Соответственно, вся эта информация закрепилась в сознании и тех и других (врачи и пациенты), и спорить бессмысленно. Но рассмотрим основные детали так называемой грыжи МПД.

Первое, на что необходимо обратить внимание, что межпозвонковый диск сам по себе, то есть отдельно, не существует. На то он и межпозвонковый — находится между двумя позвонками. И все вместе они образуют позвоночно-двигательный сегмент. Эта картина и видна на МРТ. А какие структуры двигают позвонками с находящимся внутри МПД — это **второе!**

Оказывается, этим занимаются собственные глубокие мышцы позвоночника, скрепляемые связками и сухожилиями¹. Так почему же об этих двигательных структурах в диагнозах врачей ничего не пишется? Если взять все точки крепления мышц и связок позвоночно-двигательного сегмента на самих позвонках (верхнем и нижнем), то вместе с сухожилиями и фасциями их насчитывается **до 20–24 единиц** в зависимости от «географии» этого ПДС. Как рефлекторные синдромы мышцы упоми-

¹ Общее название — паравертебральные (околопозвоночные) мягкие ткани, которые состоят на 60–65% из воды.

наются, но как следствие болезни, нет (например, синдром мышцы, поднимающей лопатку, и др.).

Что делать с мышцей, если она не работает? Что является причиной, а что следствием?

Боли в спине в МКБ-101 находятся в разделе «костно-мышечных патологий» и в категории «остеохондрозов». В переводе на простой язык — это дегенеративное изменение позвонков и дисков. Пока нет точных данных об этиологии (причине) дегенеративных заболеваний позвоночника. Так пишется в различных классификациях дегенеративных изменений суставного хряща. Но существуют различные теории (отбросим ряд описательных теорий типа инфекционной или гормональной). Надо принять к сведению, что дегенерация — это разрушение (изменение) соединительных тканей. Согласно статистике, доля дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника наиболее активной социальной группы составляет от 20 до 80% случаев временной нетрудоспособности, и это заставляет подумать, откуда появились дегенеративные изменения без видимых причин (механических травм, непомерных физических и лучевых нагрузок)? И на первый план выступают функциональные факторы! Есть закон, который звучит так: если структура (в нашем случае это позвоночник — кости, хрящи) рассматривается без понимания функции (мышцы, связки, сухожилия), то структура рассматривается неправильно! К дегенеративным изменениям приводят инволютивные (локальное преждевременное

¹ Международная классификация болезней.

старение хряща и костей). К инволютивным изменениям (старению) приводят дистрофические процессы, то есть нарушение питания (**питание — трофика, нарушение питания — дистрофия**). Важнейшим пусковым моментом дегенерации (разрушения) межпозвонкового диска является нарушение условий его питания (это неоспоримый факт). Так какая система обеспечивает поступление питательных веществ в МПД? Своих сосудов диск не имеет, но на 80% состоит из воды и хрящевых компонентов.

Если его структура не обновляется, то дегенерация МПД будет полным ходом идти уже с 28 лет — времени полного созревания органов и систем организма человека. Так вот. Питание МПД осуществляется с помощью диффузии, производимой забытыми всеми паравертебральными (собственными) мышцами позвоночника! Но в одном случае (это принципиально), когда мышцы работают, то есть воспроизводят насосную функцию — сокращение-расслабление — не меньше трех раз в неделю. Существует закон мышечной памяти: 48 часов. Скелетные мышцы сохраняют память об одном упражнении на эти мышцы — подтягивания, отжимания, приседания и т.д. в течение 48–72 часов. Поэтому важна регулярность, чтобы поддерживать трофику, «кормить» суставы, органы с помощью кровеносных сосудов, проходящих внутри мышц (сосуды разного калибра — от капилляров до артерий).

Если мышцы только перемещают тело в пространстве, возникает их инволюция. Физиологи обнаружили феномен мышечных потерь во временном поле. Если

человек не выполняет силовых упражнений хотя бы три раза в неделю (**в современной кинезитерапии (метод Бубновского) эти упражнения распределяются по трем этажам тела — пояс нижних конечностей, брюшной пресс, пояс верхних конечностей**) по определенным характеристикам (силовым, стретчинговым, аэробным), то уже к 30 годам он теряет до 8–10% скелетной мускулатуры, к 40 годам — 12–14% и к 50 годам — до 40%. Эти функциональные потери первое время проходят незаметно для человека, но чем дальше — после 40 лет, тем больше возникает соматических и суставных заболеваний, проявляющихся клиническими признаками остеохондроза и ишемической болезни сердца.

Представьте себе такую картину. Вы посадили цветок в горшок с землей и поставили, допустим, на подоконник. Вначале заботитесь о нем, вовремя поливаете, подкармливаете микроэлементами — цветок растет и радует глаз (по аналогии с человеком это первые 22–30 лет жизни). Затем по разным причинам забываете вовремя его поливать, добавлять микроэлементы, и цветок начинает терять форму, цвет и перестает радовать глаз. Не стоит прямо в горшке (начало дистрофии). Периодическая и нерегулярная подкормка цветка потихоньку способствует потере листьев, цветов (согласно нашей аналогии: дегенерация или грыжа межпозвонкового диска), и постепенно тончает и гнется стебель. Цветок засыхает (дегидратация в организме человека приводит к остеохондрозу с грыжами и остеопорозу). Так и с позвоночником. Его питание

осуществляют паравертебральные мышцы (околопозвоночные), которым помогают еще два слоя скелетной мускулатуры (мышцы спины), не без участия мышц пояса нижних конечностей, брюшного пресса и мышц пояса верхних конечностей.

До 40 лет — время футбола, бега трусцой, упражнений на тренажерах — пока все нормально. После 40 лет (по статистике) таких самозанятых физкультурой остается 8–12%. Остальные (60–80%) начинают собирать болезни: остеохондроз, гипертоническая болезнь, ожирение, сахарный диабет второго типа.

Если бы грыжа межпозвонкового диска защемила какие-то корешки или спинномозговые нервы, человек не мог бы самостоятельно перемещаться. Но он ходит. Иногда играет в футбол благодаря нервно-мышечной связи, мозг пока еще, хоть и периодически, заставляет работать мышцы через эту самую связь. Но если мозг не посылает необходимого количества нервных импульсов мышцам, те слабеют, суставы и позвоночник теряет свою мобильность, и постепенно атрофия мышц приводит к дегенеративным и ишемическим синдромам. Смотрите классификации групп заболеваний и состояний.

Вертеброгенная (позвоночная) патология является вездесущей, а основное место в ней (77–81%) занимают дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника. Причем здесь грыжа межпозвонкового диска? Какой такой она нерв она компримирует (сжимает)? Человек-то ходит самостоятельно, но не так легко, как 20 лет назад. А столь любимые нейрохирургами термины — компрессионные и некомпрессионные формы дегене-