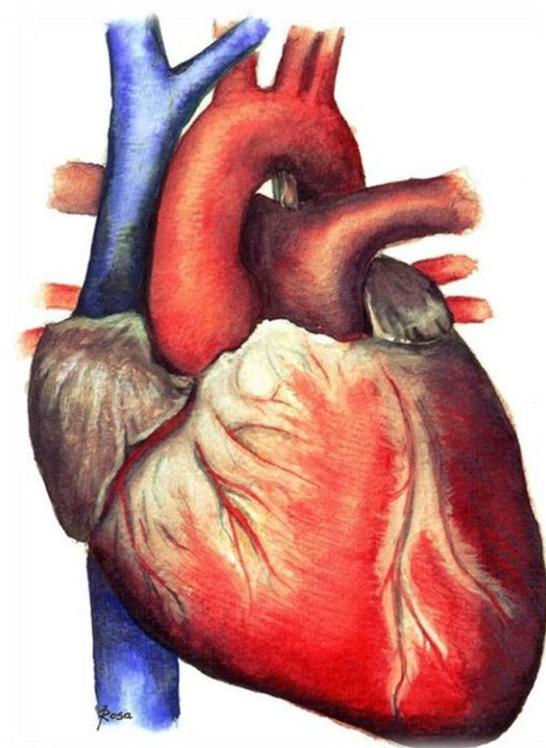


Ю.Н. Мишустин

# Руководство «сердечника»

**КАК ИЗБАВИТЬСЯ ОТ ТАБЛЕТОК И ЗАЩИТИТЬСЯ ОТ  
ИНФАРКТА. КАК МАКСИМАЛЬНО ПОМОЧЬ СЕРДЦУ  
ПОСЛЕ ИНФАРКТА И ПРИ СЕРДЕЧНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТИ**



**Выход** из тупика

Первый канал. Передача Здоровье. Праздничный выпуск 9 марта 2014.



Начало передачи



Профессор Гандельман



Подарок маме



Гипоксикатор -  
дыхательный тренажер



Антон Привольнов



Елена Малышева



Елена Малышева – ведущая программ «Здоровье» и «Жить Здорово»



Антон Привольнов – ведущий программы «Контрольная закупка» на первом канале

# ВЫХОД ИЗ ТУПИКА

---

*Руководство «сердечника»*

## ИШЕМИЯ - СТЕНОКАРДИЯ ИЗЛЕЧИМА

Обращение к «сердечнику»

Половина того, что Вы слышали о стенокардии и инфарктах миокарда в лучшем случае – мифы, а в основном просто вранье. Потому, что люди, внушающие нам эти «знания», по большому счету, не заинтересованы в нашем выздоровлении.

Врачи нуждаются в пациентах. Без пациентов они никто. Поэтому заинтересованы в том, чтобы мы болели чаще и дольше. Согласны? Если не согласны, обязательно прочтите только 16 страниц.

Прочтя эту маленькую книгу, Вы убедитесь в правоте выше сказанного. Но это не главное.

**Главное**, что Вы узнаете из Руководства «сердечника»: **Ваша стенокардия на самом деле излечимая болезнь**. Причем вылечить ее можете только Вы сами без участия врачей. За несколько месяцев, без особых усилий и затрат сделать Ваше “больное” сердце здоровым.

Потратив час на чтение руководства, Вы будете знать о лечении стенокардии и сердечной недостаточности, о восстановлении после инфаркта больше Вашего врача.

Ю.Н. Мишустин – физиолог.

## **СОДЕРЖАНИЕ**

---

1	Предисловие.....	3
2	Миф первый. Инфаркт - результат атеросклероза коронарных артерий.....	4
3	Миф второй. Современные препараты эффективнее «старых добрых».....	6
4	Миф третий. Регулярный прием современных препаратов продлевает жизнь пациентов и улучшает качество их жизни.....	9
5	Выход из тупика.....	15
6	После инфаркта.....	20
7	О мерцательной <b>аритмии</b> .....	22

## **Предисловие**

---

**Гипертоники и «сердечники», по рекомендации врачей принимающие гипотензивные (они же антиишемические) препараты, находятся, мягко говоря, в сложном положении.**

С одной стороны, надо регулярно принимать «таблетки» потому, что и врачи, и теледоктора вроде Елены Малышевой многие годы внушали им, что не пить таблетки опасно. От давления, якобы, может случиться инфаркт или инсульт, а таблетки, якобы, от них защищают.

С другой стороны, многолетний опыт гипертоников и «сердечников» поселил в их сознании «червь сомнения». Лечение таблетками не дает ожидаемого улучшения состояния, самочувствия. Врач меняет таблетки или увеличивает дозы, а число неприятных ощущений растет. Часто самочувствие ухудшается (например, кружится голова) сразу после приема очередной таблетки. Периодически беспокоят разные побочные эффекты. Человек чувствует, что толку от такого лечения не много. Но что делать?

Надо бы бросить, но бросить, вроде бы, нельзя: вдруг будет еще хуже. Этаким ТУПИК получается. Очень похоже на тупик.

**Из тупика есть выход!**

## РУКОВОДСТВО К ДЕЙСТВИЮ.

Чтобы «свет в конце тоннеля» замаячил в вашем сознании, необходимо усвоить некоторую информацию, разрушающую навязанные всем нам некоторые мифы о болезнях, их лечении и лекарствах. Без этого трудно понять, где находится Выход из тупика, в который нас завела современная медицина.

### ***Миф первый. Инфаркт - результат атеросклероза коронарных артерий.***

---

С экранов телевизоров Елена Малышева и ее коллеги за многие годы вложили в наши головы следующую схему возникновения и развития болезней сердца и финальной их стадии - инфаркта миокарда.

*Возникающий в большом количестве в организме по нашей вине (не то едим) "плохой" холестерин превращается в атеросклероз - холестериновые бляшки на стенках коронарных артерий. Когда бляшки перекрывают просвет коронарных сосудов на 70 % они становятся препятствием для нормального кровоснабжения миокарда - сердечной мышцы.*

*При физических и нервных нагрузках потребность миокарда в кровоснабжении возрастает, но бляшки мешают увеличению поступления крови к миокарду. От этого возникают неприятные болевые ощущения за грудиной. Это и есть стенокардия.*

*Далее два варианта развития событий. Первый - перекрытие просвета сосуда более 70 % при определенных обстоятельствах становится причиной инфаркта миокарда - отмирания части его клеток.*

*Второй вариант - причиной инфаркта миокарда становится полная закупорка сосуда тромбом, образовавшимся в результате разрыва бляшки.*

Все выше описанное соответствует действительности, но не всегда. По разным источникам, по крайней мере, в 50 % случаев стенокардии и инфарктов миокарда отсутствует критическое перекрытие просвета (70%) коронарных артерий и нет тромбоза.

Яркий пример того, что большое число людей получают инфаркты миокарда и даже умирают от них в отсутствии существенного атеросклероза - смерть бывшего президента Югославии в тюрьме Гаагского трибунала. Установлено точно, что причиной смерти С. Милошевича стал инфаркт миокарда. На вопрос о причине инфаркта (было много криминальных версий) официальный ответ дан не был. Почему? Потому, что вскрытие установило, что у Милошевича не было ни существенного перекрытия коронарных сосудов, ни тромба. Принимавший участие во вскрытии (от России) известный кардиохирург Лео Бакерия в специальном интервью каналу НТВ показал на макете

сердца единственный пораженный атеросклерозом сосуд, с просветом, перекрытым лишь на 50 %.

Причину инфаркта у Милошевича он тоже не назвал.

В половине случаев люди страдают стенокардией (ишемической болезнью сердца - ИБС), получают инфаркты миокарда по причинам, неизвестным кардиологии. Соответственно, в таких случаях людям ставятся ошибочные диагнозы, назначается неадекватное лечение.

Обыденное сознание на вопрос «От чего (после чего) случается инфаркт?» выдает ответ: в результате стресса. Так считают почти все. Это косвенное доказательство того, что объяснение возникновения инфаркта в результате атеросклероза или тромбоза не вполне соответствует жизни. Любому понятно, что не может быть результатом стресса мгновенный рост бляшки до 80%-го перекрытия просвета коронарной артерии или ее разрыв с образованием тромба.

Значит с сосудами сердца после стресса, перед инфарктом происходит что-то не связанное с атеросклерозом. Кардиологи об этом молчат.

Кардиологам причина, по крайней мере, половины случаев стенокардии и инфарктов неизвестна. Более того, кардиологи не только не знают, но и не хотят знать эту причину. Если бы хотели, узнали. Узнали у физиологов, поскольку с точки зрения знаний точной науки – физиологии, причины «безатеросклерозной» стенокардии и инфарктов вполне объяснимы.

## ***Миф второй. Современные препараты эффективнее «старых добрых».***

Десятки лет врачи лечили «сердечников», то есть больных, страдающих стенокардией, «старыми добрыми» настойкой валерианы и пустырника, каплями Зеленина, корвалолом, валокордином. Применялись другие седативные (успокаивающие) препараты. Это позволяло снимать легкие приступы загрудинной боли и предотвращать их. Тяжелые приступы стенокардии сто лет снимали и снимают нитроглицерином.

За последние лет двадцать в арсенале лекарственных средств, используемых врачами для лечения «сердечников», произошли большие изменения.

Если полистать **«Клинические рекомендации»** Всероссийского научного общества кардиологов в главе «Стенокардия» (под редакцией главного кардиолога Минздрава РФ академика Е.И. Чазова), мы не обнаружим даже упоминания седативных средств среди многих лекарств.

Зато появились дорогущие статины – средства борьбы с «плохим» холестерином.



Последние лет пятнадцать для лечения стенокардии и гипертонии широко применяются **ингибиторы АПФ**. Причем, в случае лечения гипертонии, они называются гипотензивными (снижающими АД), а в случае ИБС те же препараты уже антиишемическими. Наиболее из них известны: **Диротон, Энап, Престариум, Нолипрел**. Ингибиторы АПФ в наше время, назначаются врачами почти всем гипертоникам, а поскольку давление больше 130-90 ныне считается повышенным, эти препараты назначаются и большинству «сердечников».

Сегодня ингибиторы АПФ, наряду с мочегонными средствами, являются основными средствами лечения **сердечной недостаточности**.

## Как действуют ингибиторы АПФ

Появление в крови эналаприла, лизиноприла и других химических веществ из ряда ингибиторов АПФ заставляет сосудодвигательный центр мозга через нервную сеть действовать на гладкомышечные клетки всех микрососудов, пронизывающих все внутренние органы (кроме сердца).

Это воздействие приводит к расширению (увеличению просвета) всех микрососудов внутренних органов. Сопротивление току крови (периферическое сосудистое сопротивление – ПСС) снижается – артериальное давление (АД) и нагрузка на сердце падают и держатся на этом искусственно сниженном уровне в течение суток, до приема следующей таблетки **Диротона, Энапа,...** Соответственно, поскольку нагрузка на сердце снижается, вероятность приступа **стенокардии** уменьшается.

Поскольку микрососуды, снабжающие кровью **мозг** и **сердце**, не управляются сосудодвигательным центром, появление в крови ингибитора АПФ, не приводит к их расширению. Просвет сохраняется и поэтому по законам физики после снижения АД кровотоки по микрососудам сердца и мозга замедляются. Кровоснабжение миокарда и тканей мозга уменьшается, то есть ухудшается. Вплоть до возникновения микроинсульта, а иногда ишемического инсульта или инфаркта миокарда.

Цель (снижение давления) достигается за счет опасного **ухудшения кровоснабжения** двух главных жизненно важных органов – **мозга и сердца**. Такова цена эффективности современных гипотензивных препаратов.

Особенно удивительно применение ингибиторов АПФ для “лечения” людей, перенесших инфаркт миокарда независимо от его природы. Главное, в чем нуждается сердечная мышца - миокард для ее скорого и максимально глубокого восстановления (реабилитации) после инфаркта или при сердечной недостаточности - это **наилучшее кровоснабжение**, то есть максимальное обеспечение ее клеток кислородом. Ингибиторы же АПФ, как было выше сказано, дают обратный эффект – усиливают кислородное голодание клеток миокарда.

Как наилучшим образом помочь миокарду поймёте, дочитав до конца эту книгу.

## Как действуют седативные средства

Согласно научно обоснованной нейрогенной теории Ланга-Мясникова (ныне осознанно забытой Е. Чазовым и его коллегами по кардиологии), повышенное АД и приступы стенокардии – результат стойкого избыточного возбуждения «вегетативных центров регуляции кровообращения». Проще говоря, перевозбуждения центральной нервной системы – ЦНС, в том числе сосудодвигательного центра.

Прием седативного препарата (настойка корня **валерианы**, **корвалол**, **валокордин**, **резерпин**, **клофелин**, **адельфан**, ...) снимает избыточное возбуждение ЦНС. Вслед за нормализацией уровня возбуждения, в том числе, сосудодвигательного центра, его действие через нервную сеть на гладкомышечные клетки микрососудов внутренних органов начинает обеспечивать их нормальный просвет и, как следствие, нормальное АД и нормальную нагрузку на миокард.

Одновременное действие седативного препарата на дыхательный центр (тоже успокаивающее) приводит к увеличению просвета микрососудов миокарда и тканей мозга. Из-за этого, при общем снижении АД, кровотоков мозга и сердца не ухудшаются.

Чем отличается лечение стенокардии «современными» ингибиторами АПФ от лечения «устаревшими» седативными? Принципиальное отличие в том, что в первом случае мы добиваемся только снятия симптома стенокардии – загрудинной боли (сдавливания), а во втором случае мы действуем на причину – перевозбуждение ЦНС.

В первом случае мы имеем пример симптоматического лечения, причем подавляющего симптом ценой ухудшения мозгового кровообращения. Второй случай – пример этиологического лечения, не имеющего отрицательных последствий.

**Как вы думаете, лечение какими препаратами является более эффективным: бесконечное симптоматическое, ухудшающее мозговое и коронарное кровообращение или этиологическое, приводящее к улучшению кровообращения во всем организме, в том числе в сердце и мозге? Ответ очевиден. А врачи, внушающие миф о том, что современные препараты эффективнее «устаревших», дают нам еще один повод сомневаться в их то ли грамотности, то ли порядочности.**

## **Миф третий. Регулярный прием современных препаратов продлевает жизнь пациентов и улучшает качество их жизни.**

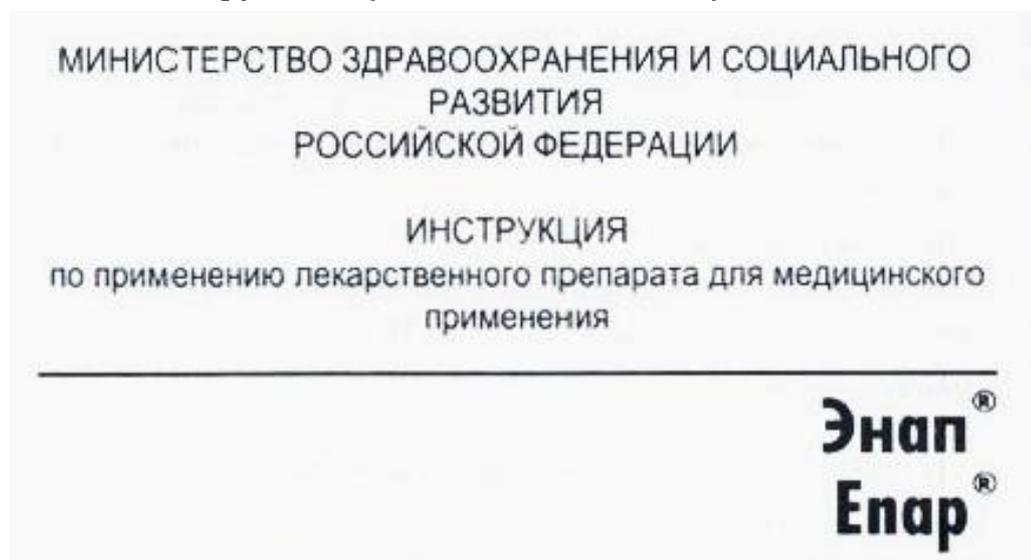
Сравните два очень похожих графика. Их похожесть - иллюстрация связи между количеством принимаемых народом ингибиторов АПФ и количеством вызванных их приемом инфарктов миокарда.



Чтобы понять, почему в результате роста потребления ингибиторов АПФ в стране «пропорционально» увеличилось число инфарктов миокарда, достаточно посмотреть раздел «Побочные действия» в инструкции по применению самого распространенного из ингибиторов АПФ – **Энапа**.

Заметим, ежегодное количество инфарктов увеличивается, а не «уменьшается», что вроде бы не должно быть, если на замену «устаревшим» лекарствам приходят «современные».

Итак, читаем инструкцию (только выделенное).



Регистрационный номер: П N013165/02

Торговое название: Энал<sup>®</sup>

Международное непатентованное название: эналаприл

Лекарственная форма: таблетки

*Пациенты, находящиеся на гемодиализе:* в день проведения гемодиализа рекомендуемая доза - 2,5 мг в сутки; в остальные дни необходима коррекция дозы в соответствии с уровнем АД.

*Пожилые пациенты*

У пожилых пациентов доза устанавливается в зависимости от функции почек.

Со стороны органов чувств:

часто: изменения вкуса;

нечасто: шум в ушах, нечеткость зрения;

Со стороны сердечно-сосудистой системы:

часто: выраженное снижение АД, ортостатическая гипотензия, обморок, загрудинная боль, нарушения ритма сердца (предсердная бради- или тахикардия, мерцание предсердий), тахикардия, стенокардия;

нечасто: ощущение сердцебиения, **инфаркт миокарда или инсульт (вследствие выраженного снижения АД);**

редко: тромбоз/эмболия ветви легочной артерии, синдром Рейно;

### **Побочное действие**

Классификация частоты развития **побочных эффектов**

Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ):

очень часто (> 1/10)

часто (> 1/100 и < 1/10)

**нечасто (> 1/1000 и < 1/100)** от числа принимающих

редко (> 1/10000 и < 1/1000)

очень редко (< 1/10000), включая отдельные сообщения.

Нечасто ( $> 1/1000$  и  $< 1/100$ ) означает, что из принимающих, минимум каждый тысячный рано или поздно после приема очередной таблетки получает инсульт или инфаркт миокарда.

Принимают **Энап, Диротон, Престариум, Нолипрел**,... около 20 млн. сердечников и гипертоников. Согласно данным ( $1/1000$ ) из инструкции Энапа инфаркты и инсульты получают минимум 20 тыс. человек. Второй график именно этот процесс и иллюстрирует, повторив график роста потребления ингибиторов АПФ. Выросло потребление ингибиторов АПФ – выросло число инфарктов миокарда.

Вы хотели бы попасть в эту статистику? Думаю, что нет.

Приведенной информации достаточно, чтобы признать, что продолжать принимать такие «лекарства» - это играть в «русскую рулетку», которая может в любой момент закончиться инвалидностью, а то и смертью!

Если Вас все же минует инфаркт или инсульт и вы проживете долго, такую жизнь никак нельзя называть качественной. Постоянное убийство клеток мозга искусственным кислородным голоданием провоцирует постепенную деградацию ЦНС. Сначала это плохой сон, головокружение и головные боли, ухудшение общего самочувствия, хроническая усталость, а затем микроинсульты, «Паркинсоны», «Альцгеймеры» и т.д. Ишемический инсульт после такого «букета» - естественный финал разрушения ЦНС ингибиторами АПФ.

Вот такое «качество жизни» ждет Вас по рекомендациям профессоров-кардиологов. Если Вы их будете выполнять.

**В этом месте у Вас возможно уже возникло ощущение тупика. Таблетки «пить» опасно. А что делать? Наберитесь немного терпения и узнаете.**

## Сердечная недостаточность

### Что такое сердечная недостаточность?

Ответ на этот вопрос поищем в популярной книге о кардиологии знаменитого американского кардиохирурга Майкла Дебейки и его коллеги Антонио Готто «Новая жизнь сердца».



*«Сердечная недостаточность в какой-то степени омрачает достигнутое повышение выживаемости после инфаркта миокарда, вызванного ишемической болезнью сердца. Многие больные, пережившие инфаркт миокарда, должны мириться с его последствиями, обусловленными тем, что поврежденное или изношенное сердце не способно перекачивать объем крови, достаточный для нормального снабжения всего организма кислородом и питательными веществами. У них и у других больных с нарушениями работы сердца **лечение может только отсрочить** тяжелые проявления сердечной недостаточности. Однако многим больным приходится жить с сердечной недостаточностью и приспосабливаться к этому состоянию.*

### Что такое сердечная недостаточность?

*Сердечная недостаточность – это неспособность сердца обеспечивать потребности организма в кислороде, нарушение насосной функции, которое может произойти вследствие повреждения или заболевания сердечных клапанов, коронарных артерий, сердечной мышцы (миокарда) или из-за других причин.*

*Сердечная недостаточность характеризуется повышенной утомляемостью, одышкой и отеками, а также уменьшением толерантности (переносимости) к физической нагрузке. При сердечной недостаточности часто возникают желудочковые аритмии.*

*Если поражаются как правые, так и левые отделы сердца, происходит накопление жидкости в легких, голенях с развитием отека тканей; это состояние называется застойной сердечной недостаточностью. От 50 до 65% пациентов с этим состоянием умирают в течение 4 лет после установления диагноза».*

Независимо от причин, вызвавших сердечную недостаточность, чтобы продлить жизнь, ее обладателю необходимо:

а) стабилизировать ситуацию, то есть создать все условия для недопущения развития недостаточности

б) принять все возможные меры, которые позволят степень сердечной недостаточности снизить.

На странице 125 книги М. Дебейки приведена таблица, в первой строчке которой мы опять обнаруживаем злосчастные **ингибиторы АПФ** с их страшными побочными действиями в виде инфарктов и инсультов.

### **Лечение сердечной недостаточности в зависимости от ее причины**

<b>Причина</b>	<b>Определение</b>	<b>Лечение</b>	<b>Цель</b>
Систолическая сердечная недостаточность	Мышечная ткань сердца не может нормально сокращаться и качать кровь; левый желудочек значительно увеличен. Наблюдается при инфаркте миокарда, длительной артериальной гипертензии, вирусной инфекции сердца.	<b>Ингибитор ангиотензин-превращающего фермента (АПФ),</b> диуретики и дигоксин. Прекращение потребления алкоголя	Улучшение состояния здоровья и восстановления функции сердца как насоса
Диастолическая сердечная недостаточность	Мышечный слой стенок сердца утолщен и не может полноценно расслабляться. Чаще возникает в пожилом возрасте. Наблюдается при артериальной гипертензии.	Стандартных методов лечения нет. Проводят лечение выявляемых заболеваний.	Уменьшение кардиоমেгалии и задержки жидкости

Здесь ингибиторы АПФ применяются также как и при гипертонии, и при стенокардии для снижения АД и нагрузки на левый желудочек сердца. При этом, как мы уже рассказали, возникает «побочное действие» - ухудшается кровоток в миокарде и головном мозгу вплоть до инфаркта или инсульта. То есть мы опять попадаем точно в такой же тупик, как и при лечении гипертонии и стенокардии. Других средств лечения кроме ингибиторов АПФ и мочегонных средств людям с сердечной недостаточностью кардиологи, как мы видим, не предлагают.

**Вывод: и при стенокардии, и после инфаркта, и при сердечной недостаточности для того чтобы стабилизировать ситуацию и воспользоваться шансом для улучшения ситуации с сердцем, «сердечнику» ничего не остается кроме как воспользоваться «Выходом из тупика».**

## ***Выход из тупика***

---

На первый взгляд выходом из “современного” тупика кардиологии, естественно, напрашивается возврат к лечению стенокардии, существовавшему многие годы до «прихода капитализма» и ингибиторов АПФ.

### **Первопричина стенокардии**

Может быть, так бы оно и было, если бы именно во время перехода от «устаревшего» лечения стенокардии к «современному», в точной науке – в физиологии и в практике прикладного применения научных знаний не произошли некоторые события.

Они связаны с поиском **первопричины** сердечно-сосудистых болезней. Выше было сказано, что во времена академика Г.Ф. Ланга было установлено, что основной причиной стенокардии является избыточное возбуждение (перевозбуждение) ЦНС, вследствие длительного стресса. Поэтому седативные (успокаивающие) средства были столь эффективны при лечении болезни.

Однако вопрос о первопричине – причине перевозбуждения ЦНС оставался открытым. К 2000-му году ученым-физиологам были известны механизмы регулирования просвета сосудов и регулирования кровообращения в целом в организме и в его двух главных органах.

В частности, было известно, что просвет самых мелких сосудов (микрососудов) мозга и сердца регулируется в зависимости от содержания в протекающей через них артериальной крови, углекислого газа  $\text{CO}_2$ . Возникло предположение, что именно недостаток в крови растворенного в ней углекислого газа  $\text{CO}_2$  порождает перевозбуждение вегетативных отделов мозга (сосудодвигательного и дыхательного центров) вследствие возникновения дефицита их кровоснабжения (кислородообеспечения).

Исследования последних двадцати лет подтвердили, что снижение содержания (ниже нормы в 6-6,5%) в крови человека углекислого газа, **вызывает повышение АД** и, как следствие, **нагрузки на миокард сверх нормы**. Повышение АД, по законам физики, – естественная реакция мозга на его кислородное голодание. Увеличивая АД, сосудодвигательный центр увеличивает скорость мозгового кровотока и таким образом защищает клетки мозга и сердца от кислородного голодания.

## Метод Бутейко и Хатха-йога

В конце 20-го века появились оздоровительные методы базировавшиеся на том, что изменение содержания  $\text{CO}_2$  в организме в сторону нормы (6-6,5%) дает очень хороший лечебный результат по многим заболеваниям, в том числе по стенокардии и сердечной недостаточности.

Наиболее известным был в то время **«Метод волевой ликвидации глубокого дыхания»** врача-новатора **К.П. Бутейко**. Причем, сам автор метода сначала решил проблему со своими собственными стенокардией и гипертонией, а потом научил этому многие тысячи своих пациентов.

Но главное, что сделал К.П. Бутейко, он доказал и простым людям, и врачам, что многие сложные, тяжелые болезни могут полностью **вылечиваться без медикаментов и участия врачей** самим больным. Нужны лишь грамотные действия и определенные усилия самих обладателей болезней.

Любой гипертоник или «сердечник» в соответствии с «Методом Бутейко» действуя по определенной методике, ежедневно проводит около часа упражнений с дыханием. Главное в этом – задержка каждого выдоха на максимально возможное время. Суммарное уменьшение вентиляции легких в течение занятия понятным образом (сокращается выделение из организма  $\text{CO}_2$ ) приводит к увеличению  $\text{CO}_2$  в артериальной крови за время занятия.

Дыхательный центр мозга под влиянием ежедневных процедур искусственного увеличения в крови  $\text{CO}_2$  начинает поддерживать  $\text{CO}_2$  в крови на более высоком, более близком к норме уровне. Частота и глубина дыхания уменьшаются (нормализуются – становятся такими же, как были в молодости). Мозговой кровоток нормализуется и, как следствие, АД постепенно снижается. Гипертоник перестает быть гипертоником. Аналогично нормализуется кровоснабжение миокарда и снижается его нагрузка. Приступы стенокардии появляются всё реже и реже. Сердцу всё легче работать. Степень сердечной недостаточности, проявления её симптомов уменьшается. Самочувствие улучшается.

Почему метод Бутейко ныне не столь известен как в 80-е, 90-е годы, почему не получил широкого распространения?

Главная тому причина - его «трудоемкость». От «пациента» требуются недюжинные волевые усилия по преодолению нехватки воздуха при задержке выдоха. Далеко не каждый способен на эти «подвиги», даже и ради собственного здоровья.

## Дыхательные тренажеры (гипоксикторы, капникаторы)

В начале 90-х годов появились специальные устройства, облегчающие тренировки с дыханием. Хотя они имеют разные названия: **гипоксикатор** или **капникатор**, то есть устройство для уменьшения содержания кислорода (гипоксия, «горный воздух») с одновременным увеличением углекислого газа  $\text{CO}_2$  во вдыхаемом воздухе, все они имеют общее наименование - **дыхательные тренажеры**. Благодаря тренажерам уменьшилось время дыхательной процедуры в сравнении с методом Бутейко и отпала нужда в мучительных задержках дыхания.

Физиологическая сущность воздействия процедуры с дыхательным тренажером на организм человека та же, что в методе Бутейко и в других дыхательных гимнастиках **типа гимнастики Стрельниковой**, в серьезных занятиях физкультурой. Все эти процедуры, тренировки приводят к увеличению  $\text{CO}_2$  в артериальной крови.

Восстанавливается нормальное кровоснабжение клеток миокарда. Степень сердечной недостаточности снижается.

Такие ежедневные занятия заставляют все системы организма постепенно возвратиться к состоянию, когда содержание  $\text{CO}_2$  в крови было нормальным, а человек был здоров. После такой «перестройки» организм сам, уже без помощи процедур с тренажером, как в 30 лет, поддерживает нормальное содержание в крови  $\text{CO}_2$ . Просвет микрососудов возвращается в норму – спазм снимается. Кровоток во всех органах нормализуется, все клетки начинают выполнять свои функции как положено.



Из книги Е.Е. Гогин «Гипертоническая болезнь» (стр. 68)

Симптомы болезней беспокоят человека всё реже. Необходимость в постоянном «лечении» таблетками отпадает сама собой.

Ежедневное дыхание по 30 минут через дыхательный тренажер, обычно за 4-6 месяцев, приводит к восстановлению нормального тканевого кровообращения во всех органах. Причина болезней исчезает. Постепенно уходят болезни разных органов.

Кровоснабжение мозга нормализуется, поэтому он **сам**, за ненужностью, **снижает артериальное давление**.

## Об устройстве тренажера

Дыхательный тренажер – устройство, имеющее в своем составе загубник (мундштук). Человек берет загубник в рот, нос зажимает специальным зажимом и осуществляет через тренажер вдохи и выдохи. **Как при обычном дыхании: без задержки, без усилий, глядя в телевизор.**



Обычный

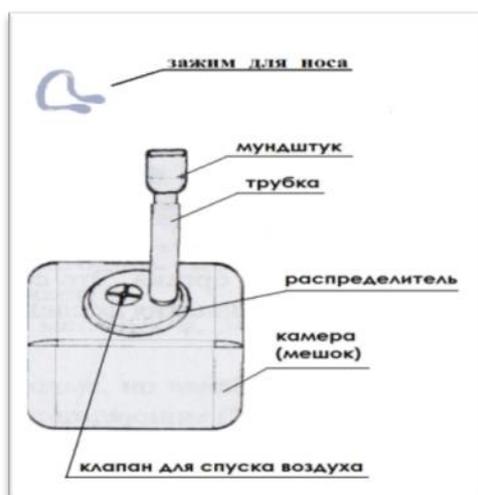


Подарочный

Воздействие на организм заключается в изменении газового состава вдыхаемого воздуха в сторону увеличения в нем  $\text{CO}_2$  и уменьшения  $\text{O}_2$ .

Тренажер имеет проточную емкость, в которой при каждом выдохе образуется воздушная смесь с повышенным содержанием  $\text{CO}_2$  и пониженным  $\text{O}_2$  за счет сохранения в проточной емкости части воздуха, который мы выдыхаем ( $\text{CO}_2$  в нем в 100 раз больше, чем в атмосфере). При вдохе смесь внутри емкости разбавляется атмосферным воздухом. В результате человек вдыхает из тренажера воздух с повышенным  $\text{CO}_2$ . Концентрация  $\text{CO}_2$  на вдохе зависит только от объема проточной емкости: больше объем – больше  $\text{CO}_2$  и наоборот. Дыхание воздухом с большим содержанием  $\text{CO}_2$  приводит к увеличению содержания  $\text{CO}_2$  в легких и в артериальной крови, а через три-четыре месяца постоянное содержание  $\text{CO}_2$  в крови поднимается и приходит к норме.

## Комплекс «Самоздрав» = ТРЕНАЖЕР + КАПНОМЕТР



КАПНОМЕТР

Дыхательный тренажер поставляется потребителям в комплекте с **капнометром** - устройством для измерения содержания углекислого газа  $\text{CO}_2$  в крови путем замера интенсивности дыхания – вентиляции легких.

Всё вместе это называется **Комплекс «Самоздрав»**.

**Капнометр** – простое устройство, позволяющее любому человеку самостоятельно измерять исходное содержание  $\text{CO}_2$  в крови и его постепенное увеличение в результате ежедневных процедур с дыхательным тренажером в течение нескольких месяцев.

**Комплекс «Самоздрав» стоит 1300-1700 рублей** (стоимость ЭНАПА на 10 месяцев).

**В комплект входят:** тренажер, капнометр, подробная инструкция, DVD- диск с видео-инструктажем, книга «Выход из тупика».

## Авторы, патенты, награды, производитель

Дыхательный тренажер «Самоздрав» является запатентованным изобретением, не имеющим аналогов в мире. Есть только похожий аналог в России, но он давно не производится. Первый в мире патент на «тренажер дыхательный» был получен Ю.Н. Мишустиним в сентябре 1998 года.



Патентование конструкции повлекло за собой длительную научную работу коллектива ученых под руководством академика РАМН, выдающегося физиолога Н.А. Агаджаняна.

Эта работа вылилась еще в четыре патента на изобретения, в том числе на научно обоснованную методику выполнения процедур с тренажером, в научную монографию **«Хроническая гипокапния – системный патогенный фактор»**. Н.А. Агаджанян, Ю.Н. Мишустин, С.Ф. Левкин. 2005 г.

## После инфаркта



Инфаркт случился 13.07.2009 года. Ничего не предвещало беды. Возраст 55 лет. Абсолютно нормальное самочувствие. Никаких признаков больного сердца. Только давление, сколько себя помню, было заметно больше 120/80 – примерно 150/95. Хотя мерил АД очень редко. Никаких, упаси бог, таблеток не принимал. У врача был лет 30 назад.

Видимо инфаркт я устроил себе сам. В 30-ти градусную жару, будучи человеком абсолютно не тренированным, подверженным гиподинамии, вдруг устроил себе непривычную нагрузку – перенес килограмм 20 на расстояние метров всего-то 100-150. Это было днем. Вечером начали проявляться неприятные симптомы. Не буду перечислять – кто это прошел, сам знает. Кто не прошел, то и не надо знать.

Вызвали скорую. Отвезли в кардиоцентр.

В тот же день сделали операцию. Через артерию на ноге пробили тромб, закупоривший одну из коронарных артерий, и установили стент. Хотя мое самочувствие во время операции было не очень-то хорошим, видел процесс стентирования на мониторе, с которым работали хирурги.

Инфаркт оказался очень серьезным – не дай бог кому-то еще. Во-первых, обширный. Во-вторых, с аневризмой стенки левого желудочка. В-третьих, с пристеночным тромбом в левом желудочке. И в-четвертых, с жидкостью в перикарде. В общем, букет тот еще.

Выписался через две недели домой. На реабилитацию в санаторий врачи меня не направили. Сказали, что с жидкостью в перикарде нельзя. Почему нельзя, я так и не понял. Видимо, чтобы не подставлять коллег из санатория на риск.

Самочувствие, конечно, так себе. Выписали кучу таблеток. Похудел килограмм на десять. Регулярные головокружения, часто необъяснимо сильно потел, больше 50 метров без передышки не ходил.

За несколько лет до инфаркта любопытства ради купил дыхательный аппарат Самоздрав, но не пользовался им, потому что замерив  $\text{CO}_2$  в крови, выяснил, что практически здоров и отложил аппарат до лучших (вернее до худших – как будто чувствовал, что аппарат мне все же понадобится) времен.

Придя из кардиоцентра, достал Самоздрав чтобы померить, как у меня с  $\text{CO}_2$  и дыханием после инфаркта. Сделал замер с помощью мешка с клапанами и трубкой (называется капнометр) и, честно говоря, был сильно удивлен. Если до инфаркта у меня было 5,5%  $\text{CO}_2$  в крови (норма 6-6,5%), то сейчас, то есть после инфаркта, оказалось всего 3,2%. Поскольку я еще до инфаркта прочитал книгу “Выход из тупика” (продается вместе с Самоздравом), мне стало ясно, что мое кровообращение, в том числе моего “убитого” сердца, мягко говоря, не ахти. Что это не просто плохо - это в моем положении просто опасно. Кровообращение надо было приводить в порядок. Позвонил в фирму в Самаре - спросил, как мне быть с Самоздравом после инфаркта. Мне сказали, что заниматься можно и сразу после инфаркта, но с соблюдением инструкции.

Начал дышать через тренажер в августе по 2 раза в день, увеличивая длительность процедуры с 3-х минут до 30 минут. Прошел четыре этапа за пять месяцев. Каждый месяц замерял капнометром  $\text{CO}_2$  - он постепенно увеличивался и где-то в декабре 2009 года  $\text{CO}_2$  у меня стал как до инфаркта 5,5%, а еще через два месяца уже 6,5% - как у здорового человека.

Самочувствие за эти месяцы, конечно, улучшилось. Оно бы и без Самоздравики наверное улучшилось, но уверен, что в меньшей степени.

То, что улучшилось кровообращение в миокарде и других органах, это показал капнометр. По физиологии (написано в книге), если  $\text{CO}_2$  увеличивается, это означает улучшение кровообращения во всех органах.

Главное доказательство огромной пользы занятий с Самоздравом после инфарктов показали мои регулярные посещения платной консультации в кардиоцентре. Перед консультацией мне делали УЗИ - ЭХОграфию. Каждый раз кардиолог отмечал объективные, позитивные, для него иногда неожиданные и удивительные изменения.

Например, месяца через три у меня полностью исчезла жидкость в перикарде. Без применения специальных, как мне объяснили, опасных лекарств, применяемых для удаления жидкости не всегда успешно.

Мой организм справился с опасной жидкостью самостоятельно. Через шесть месяцев почти полностью растворился пристеночный тромб. Даже сердечный выброс немного вырос. Уменьшилось (дошло до нормы) давление в какой-то артерии, кажется в легочной.

Самочувствие нормальное. Веду привычный (как до инфаркта) образ жизни. Правда бросил курить. Почти все таблетки (кроме варфарина и иногда конкора) перестал принимать.

Конечно, не бегаю, но хожу без неприятных ощущений на любое расстояние. Одышка теперь совсем не появляется. К кардиологу давно не ходил.

## О мерцательной аритмии

За 15 лет практического применения комплекса «Самоздрав» накопилось много информации о его положительном влиянии на течение мерцательной аритмии. У многих людей годами и даже десятилетиями страдавших от нарушения ритма сердца постепенно по ходу выполнения ежедневных дыхательных процедур с тренажером в течение трех-четырех месяцев количество приступов постепенно снижается. У большинства из них этот процесс заканчивается тем, что аритмия остается в прошлом. И в этом нет ничего ни чудесного, ни удивительного. Просто уровень кровоснабжения сердечной мышцы восстанавливается до уровня, когда нарушений ритма не было. Ведь у всех когда-то аритмии действительно не было, а именно появляющееся с возрастом кислородное голодание миокарда – наиболее частая причина нарушения ритма сердца.

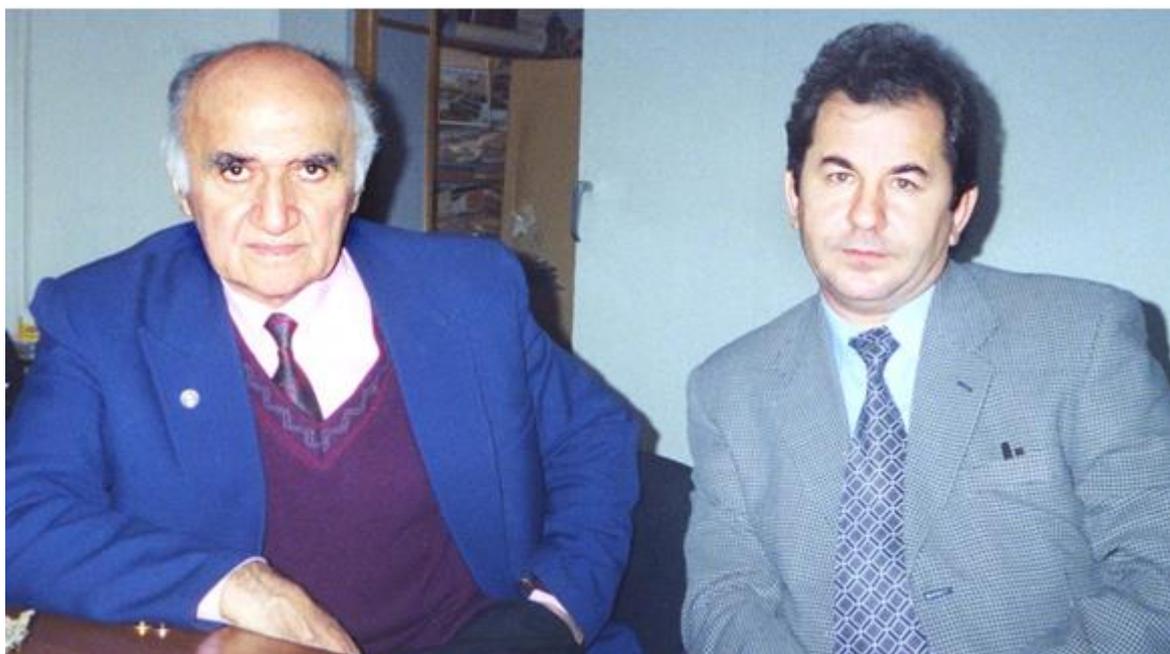
Вывод для тех, у кого бывают нарушения ритма сердца. Поскольку, как Вы уже поняли, никакими лекарствами аритмию не вылечить, остается привести в порядок кровоснабжение миокарда. С большой вероятностью этого окажется достаточным для исчезновения Вашей аритмии.

Выход из тупика. Руководство «сердечника»

Рассеять Ваши сомнения и получить ответы на возникшие у Вас вопросы, можно по бесплатному (по России) телефону горячей линии:

**8-800-500-04-46.**

На Ваш звонок ответят консультанты - физиологи Центра здоровья  
«Самоздрав»



**Академик РАМН Н.А. Агаджанян  
и Ю.Н. Мишустин**

2002 год



2011 год

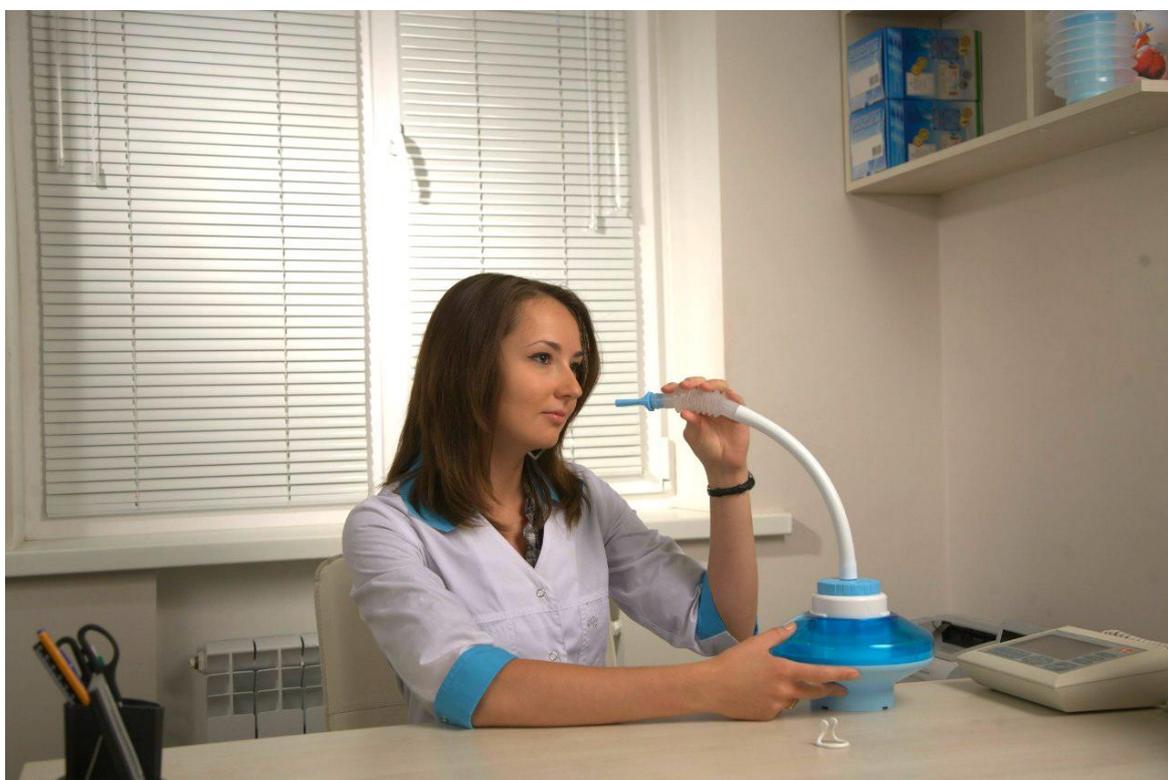
Выход из тупика. Руководство «сердечника»



**Дыхательный тренажер**



**Капнометр**



**Дыхательный тренажер – подарочный вариант**

Выход из тупика. Руководство «сердечника»



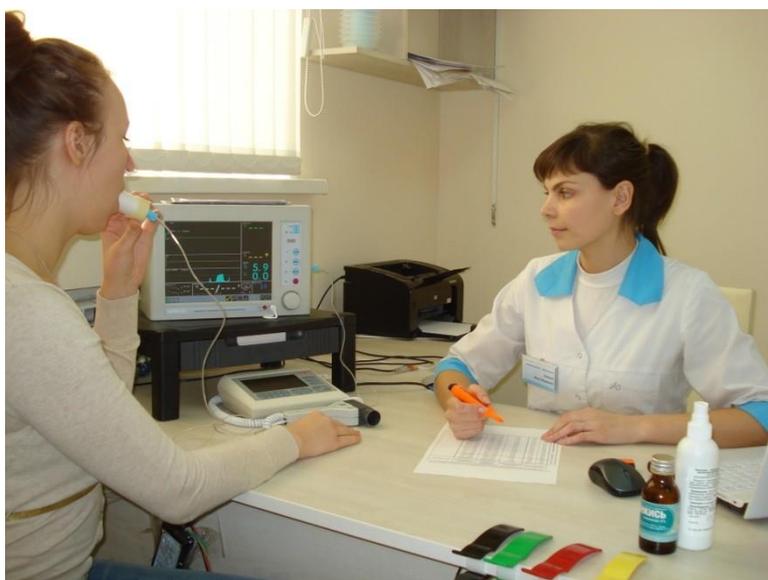
12 декабря 2011 г.

Канал Россия 1 "О самом главном"



7 октября 2011 г.

С. Агапкин и М. Полицеймако  
демонстрируют "Самоздрав"



Диагностика системы кровообращения в  
центре здоровья «Самоздрав» в Самаре

## Выход из тупика. Руководство «сердечника»



Москва, 2001



Брюссель, 1999



Париж, 2000 г.

Комплекс «Самоздрав» 14 лет серийно производится Научно-производственным предприятием «Самоздрав», в городе Кинель, Самарской области. Научное подразделение и офис находятся в Самаре: ул. Гагарина, 153, телефон бесплатный по России 8-800-500-04-46



С 1999 года произведено более 1,5 миллиона комплексов.

Комплекс "Самоздрав" продается в 78 городах России.



**Купить комплекс «Самоздрав» Вы можете на сайте:**

[www.kupit-samozdrav.com](http://www.kupit-samozdrav.com)

На официальном сайте авторов и производителя  
узнайте подробности и отзывы о комплексе "Самоздрав":

**WWW.SAMOZDRAV.RU**

там же можно прочитать, скачать или заказать книгу Ю.Н. Мишустина  
"Выход из тупика. Ошибки медицины исправляет физиология"

