



26 листов
(104 страницы)

К. П. Бутейко

И Н С Т Р У К Ц И Я

по применению метода

ВОЛЕВОЙ ЛИКВИДАЦИИ ГЛУБОКОГО ДЫХАНИЯ (ВЛГД)

(в свете открытия болезни глубокого дыхания,
как главной причины преждевременной старости,
инвалидности, смертности населения от аллергии,
склероза, психоза, рака и других дегенеративных
симптомов болезни и смерти западных цивилизаций)

Для методистов ВЛГД,
прошедших специализацию под руководством
автора

Новосибирск - 1988

"Прежде чем лечить других, излечись сам".
 "Прежде чем предложить что-либо другому,
 испитай на себе".
 "Каждому то, что он желает другому".

ДОЛОЙ ГЛУБОКОЕ ДЫХАНИЕ!

В в е д е н и е

7 октября 1952 года во время дежурства в клинике госпитальной терапии у Петровских ворот I-го Московского медицинского института мне удалось открыть причину наиболее распространенных и неизлечимых заболеваний — аллергических, сердечно-сосудистых, нервно-психических, опухолевых, именуемых болезнями цивилизации. Причиной этих болезней оказалось глубокое дыхание (альвеолярная гипервентиляция).

Своем медицинском знании — в том же году я закончил с отличием упомянутый институт — позволили мне в течение нескольких минут теоретически обосновать это открытие законами физиологии: глубокое дыхание вызывает дефицит CO_2 (гемогипокарбию), что приводит к эффекту Вериге-Бора, спазмам бронхов, сосудов, кишечника и других органов, уменьшает приток кислорода в мозг, сердце, почки, и т.д. и создает кислородное голодание (от глубокого дыхания!).

Тут же, немедленно я проверил истинность этого открытия на себе и на больных астмой, гипертонией, стенокардией, ангинами, язвенной болезнью, геморроем и т.д. с помощью глубокодыхательной пробы, заключающейся в изменении глубины дыхания при неизменной частоте. Уменьшение глубины дыхания в течение нескольких десятков секунд приводило к ликвидации приступов этих болезней, а углубление дыхания столь же быстро (у тяжелых больных — 3-4 глубоких вдоха) вновь вызвало их (см.: Бутейко К.П. и др. Вентиляционная проба у больных бронхиальной астмой // Врачебное дело. — 1968. — № 4. — С. 33-34).

Тем самым в этот же вечер мне удалось создать и апробировать эффективный метод лечения и предупреждения болезней цивилизации. Это и есть метод ВЛГД — волевой ликвидации глубокого дыхания, суть которого заключается в уменьшении глубины дыхания самим больным путем расслабления дыхательной мускулатуры (диафрагмы).

Дефицит CO_2 ведет к нарушениям кислотно-щелочного равновесия, обмена веществ и других процессов в организме. В итоге глубокое ды-

хание необратимо приводит к болезням и смерти.

Спазмы бронхов, сосудов, заложенность носа и т.д. является защитными реакциями организма от потери CO_2 . Поэтому основные принципы и метод лечения западной медицины — глубокодыхательные гимнастики и лекарства, углубляющие дыхание и расширение бронхов и сосудов — ведут к массовому заражению глубоким дыханием и ускорению гибели глубокодыхательных больных.

Отсюда единственным научно обоснованным принципом и методом лечения и предупреждения болезней цивилизации может быть только ликвидация глубокого дыхания и приведение дыхания к норме методом ВЛГД (см.: Бутейко К.П. Осциллографы и гипертония. Полезно ли "большое" дыхание? // Изобретатель и рационализатор. — 1962. — № 10. — С. 7-8).

Более тридцати лет я прошу специалистов по этим болезням потратить тридцать секунд на глубокодыхательную пробу, чтобы убедиться, что все их принципы и методы являются порочными и никого не излечивают. А метод ВЛГД, заявленный 29.I.1962 г. и утвержденный 15.IX.1983 г. (авторское свидетельство № 1067640), дает 100% положительный эффект, что было подтверждено на двух официальных апробациях и на тысячах больных, излеченных этим методом.

Несмотря на приказ № 591 от 30.4.1985 г. министра здравоохранения СССР С.П. Вуренкова о внедрении метода ВЛГД в практику (см.: журн. "Собеседник". — 1985. — № 52. — С. 12), до сих пор нет ни специализации врачей, ни поликлиник и отделений больниц для применения этого метода.

Отучиться от глубокого дыхания чрезвычайно трудно и сложно. Поэтому запрещается самолечение по различным описаниям, лекциям и инструкциям без контроля прошедших у меня специализацию врачей и методистов.

I. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА ВЛГД

Показаниями к применению метода ВЛГД являются:

— наличие гипервентиляции (глубокого дыхания, дефицита CO_2 в легких альвеолах) и, как следствие, наличие симптомов болезни глубокого дыхания (см. Приложение 2).

II. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА ВЛГД

Противопоказаниями к применению метода ВЛГД являются:

— умственная отсталость, не позволяющая больному освоить метод ВЛГД;
 — стадия ремиссии при отсутствии субъективной симптоматики.

Примечание: Если больной взят на обучение в кризисном, тяжелом состоянии, тогда эффект ярче и излечение проходит быстрее, эффективнее.

Ш. КОНТРОЛЬНАЯ, ВОЛЕВАЯ И МАКСИМАЛЬНАЯ ПАУЗЫ, МЕТОДИКА ИХ ИЗМЕРЕНИЯ

Содержание углекислого газа (CO_2) в легочных альвеолах определяется по таблице I (см. Приложение I) в соответствии с контрольной паузой (КП) — задержкой дыхания после естественного выдоха.

Измерение пульса, максимальной и контрольной пауз желательно производить в стандартных условиях, в одно и то же время суток (утром и вечером) после 10-минутного отдыха для выравнивания дыхания.

Табл. I составлена для измерения контрольной паузы сидя. Необходимо сесть в удобную позу; принять правильную осанку, для чего ^{вытянуть} спину, подтянуть живот, затем полностью его расслабить, не теряя при этом осанки; поднять зрачки вверх, не поднимая головы; сесть на пятки или по-турецки (полулотос, лотос) и губы сложить трубочкой (слегка надуть).

Для облегчения запоминания применяется правило правой руки, состоящее из пяти пунктов (соответственно пальцам правой руки, начиная с большого):

1. удобная поза
2. правильная осанка
3. зрачки вверх
4. сесть на пятки
5. губы трубочкой (слегка надуть).

Правило правой руки применяется при измерении контрольной и максимальной пауз, а также в течение тренировки по методу ВЛГД.

Расслабление дыхательных мышц повлечет за собой естественный, ненасиленный выдох. В конце выдоха двумя пальцами несильно зажать нос, зафиксировать по секундной стрелке время начала задержки, поднять глаза вверх и не дышать до первой трудности ~~или~~ легкого недостатка воздуха), что определит легкую (контрольную) часть задержки дыхания.

Если задерживать дыхание дальше до предельной трудности, то можно определить волевую паузу — это время от появления первой трудности до предельной трудности. Когда кончится волевая пауза, опять зафиксировать время. При этом рот должен оставаться закрытым.

Сумма времени контрольной и волевой пауз составляет максимальную паузу.

В дальнейшем необходимо измерять только контрольную паузу и по ней определять уровень CO_2 по табл. I.

Волевая и максимальная паузы измеряются только для специальных целей, например, при беге трусцой.

Правильное измерение контрольной и волевой пауз не должно вызывать глубокого дыхания. Если глубокое дыхание наблюдается, то это значит, что больной слишком затянул паузу и этим сделал ошибку. Поэтому затягивание паузы мешает лечению.

Больной никогда не должен забывать, что пауза не лечит, а только измеряет дыхание.

Контрольная пауза позволяет определить глубину дыхания (альвеолярную гипервентиляцию) по следующей формуле: глубина дыхания в процентах равна результату деления стандартной контрольной паузы здорового человека (эта величина равна 60 секундам) на контрольную паузу больного, умноженному на 100%. Например, контрольная пауза у больного равна 15 сек, отсюда

$$\text{глубина дыхания} = \frac{60}{15} \cdot 100\% = 400\%.$$

В этом случае больному объясняется, что глубина дыхания у него увеличена в 4 раза по сравнению с нормой, т.е. в каждом вдохе, а их в среднем за сутки 40 тысяч, он вдыхает воздуха в 4 раза больше нормы.

По контрольной и волевой паузам можно определить также индекс воли больного по формуле: индекс воли в процентах равен результату деления волевой паузы на контрольную паузу, умноженному на 100%. Например, у больного контрольная пауза 20 сек, а волевая 10 сек, тогда

$$\text{индекс воли} = \frac{10}{20} \cdot 100\% = 50\%, \text{ а норма } 100\%.$$

значит, у больного воля ослаблена в 2 раза. Следует отметить, что способ ВЛГД тренирует волю.

IV. ГЛУБОКОДОХАТЕЛЬНАЯ ПРОБА

I. Проведение пробы.

Перед началом обучения методу ВЛГД обязательно проведение глубоководыательной пробы.

Суть пробы заключается в том, что больной по команде метода ВЛГД изменяет глубину дыхания (увеличивает или уменьшает ее).

Глубоководыательная проба имеет две разновидности:

I) Если у больного в данный момент имеются выраженные признаки болезни, например, приступ или статус у астматика, головные боли у гипертоника, боли под ложечкой у больного язвенной болезнью, зуд кожи у больного экземой и т.д., то больному предлагается уменьшить глубину дыхания по методу ВЛГД (см. ниже раздел V) до исчезновения

или уменьшения симптомов болезни, о чем больной должен информировать методиста ВЛГД.

При этом надо зафиксировать время, которое понадобилось для уменьшения или снятия соответствующего симптома, что происходит обычно при правильном выполнении методики уменьшения глубины дыхания в течение трех-пяти минут.

Затем больному предлагается углубить дыхание в два-три раза, но не максимально (чтобы не получить неправильную пробу), и также зафиксировать время появления симптомов болезни.

После этого больному снова предлагается снять приступ или симптом методом ВЛГД.

Эта разновидность пробы называется "гипо-гипер-гипо" проба.

2) Если больной находится в межприступном периоде, то глубокодыхательная проба начинается с углубления дыхания в два-три раза до появления симптомов болезни, а затем больному предлагается снять эти симптомы методом ВЛГД.

Эта разновидность пробы называется "гипер-гипо" проба.

Каждый больной должен знать, сколько глубоких вдохов ему надо сделать, чтобы вызвать приступ болезни.

Если больной не понял, что причиной его болезни является глубокое дыхание, то проба повторяется.

Если же больной не усваивает метода ВЛГД и не может управлять дыханием (что бывает крайне редко, в основном у психически больных взрослых и детей до 3 лет), то тогда больной не подлежит лечению методом.

Во время проведения пробы необходимо следить за изменением пульса: насколько пульс учащается при глубоком дыхании и становится реже при применении метода ВЛГД. Если пульс резко учащается (больше чем на 50% от исходного) или становится мягким (снижается артериальное давление), то пробу надо прекратить, чтобы избежать пароксизмальной тахикардии или обморока, к чему может привести слишком продолжительное (более трех минут) глубокое дыхание.

Если на последующих занятиях больной на вопрос: "Назовите причину Ваших болезней" не отвечает: "Глубокое дыхание", а говорит об ошибочных представлениях (аллергия, простуда, психическая травма, нервно-переутомление и т.д.), глубокодыхательная проба продолжается до тех пор, пока больной твердо не запомнит, что причиной его болезни является глубокое дыхание. Это необходимо потому, что понимание этого есть один из главных моментов в освоении метода

ВЛГД. В крайнем случае можно применить методику, но без полного сознательного отношения к лечению больному обычно не удается.

2. Оценка пробы. Пробу следует считать положительной, если состояние больного при углублении дыхания ухудшается, а при уменьшении — улучшается. Положительную пробу следует считать специфической, если глубокое дыхание вызывает главные симптомы болезни (у астматиков — приступ бронхиальной астмы, у больного стенокардией — приступ стенокардии и т.д.), и неспецифической, если у больного возникают другие отрицательные симптомы (например, у астматика — головокружение, у больного стенокардией — слабость, тяжесть в ногах и т.д.).

Отрицательная проба (т.е. когда глубокое дыхание улучшает состояние, а уменьшение дыхания — ухудшает) за более чем четверть века применения глубокодыхательной пробы не встречалась ни разу.

Проба позволяет определить наиболее пораженную глубоким дыханием систему. Например, у больного с диагнозом бронхиальная астма проба вызывает, кроме приступа удушья, головную боль и другие признаки спазма мозговых сосудов или спазма мышц в области сердца (стенокардия) и т.д. Такому больному угрожает прежде не поражение легких, а мозговой инсульт или инфаркт миокарда.

Глубокодыхательная проба дает наилучший результат, если проводится в стадии некоторого (не максимального) обострения болезни. Если проба не должна проводиться, если больной недавно принимал бронхорасширяющие и другие средства.

Как уже отмечалось, без предварительного проведения глубокодыхательной пробы применение метода ВЛГД категорически недопустимо, так как без этой пробы обычно не удается убедить больного, что причиной болезни является глубокое дыхание. В первые годы применения метода эта проба проводилась не всем больным и эффективность лечения была в 2-3 раза ниже.

У. ОПИСАНИЕ МЕТОДА ВЛГД

Метод ВЛГД заключается в постепенном уменьшении глубины дыхания путем расслабления дыхательной мускулатуры (диафрагмы) до появления ощущения недостатка воздуха и постоянного сохранения этого ощущения на протяжении всей тренировки.

Для облегчения запоминания применяется правило ладонь, состоящее из пяти пунктов (соответственно пальцам ладони, начиная с большого):

1. уменьшение
2. глубины
3. дыхания
4. расслаблением диафрагмы
5. до недостатка воздуха.

Пятый пункт является наиболее важным и сложным пунктом методики, требующим тщательного разъяснения больному методистом ВЛГД. Существует три степени интенсивности тренировки:

1. легкая (контрольная), во время которой ощущение недостатка воздуха такое же, как в конце контрольной паузы (см. раздел III);
2. сильная (максимальная), во время которой ощущение недостатка воздуха такое же, как в конце максимальной паузы;
3. средняя - промежуточное ощущение.

Интенсивность тренировки меняется под контролем методиста ВЛГД в зависимости от тяжести симптомов, которые снимаются методом ВЛГД, тяжести болезни и необходимой срочности исправления дыхания.

При правильной тренировке КИ и МП после тренировки становятся больше, чем КИ и МП до тренировки примерно на треть.

VI. ОСВОЕНИЕ МЕТОДА ВЛГД

Метод ВЛГД может применяться в любой позе, в любых условиях (лежа, сидя, стоя, в движении), но обучаться методу целесообразно сидя в удобной позе в комфортных условиях.

Для применения метода ВЛГД необходима тщательная подготовка больного, за исключением тех случаев, когда метод должен применяться как экстренная помощь.

Метод ВЛГД не следует сочетать с другими методами лечения, больной должен закончить их либо убедиться в их неэффективности.

Исключение составляют лекарства, используемые при симптоматических опосах лечения для снятия приступа бронхиальной астмы, гипертонического криза и т.д., которые в уменьшенной в 2-3 раза дозе могут применяться в первый период обучения методу ВЛГД, пока больной не полностью освоил метод для снятия приступа.

Необходимо также особо отметить тактику отмены гормональных препаратов, например у больных бронхиальной астмой: следует путем уменьшения или увеличения дозы гормона найти минимальную дозу, на которой в течение недели проявляются симптомы (например, приступы бронхиальной астмы), уже снимающиеся легко методом ВЛГД (см. Приложение 5).

Обязательно полное обследование больного, фиксирующее соответствующую патологию.

Обязательно измерение частоты пульса, контрольной паузы (КП) и максимальной паузы (МП), определение минутного объема дыхания (МОД), глубины дыхания (содержания CO₂ в легочных альвеолах) соответствующими приборами или по таблице, разработанной в нашей лаборатории функциональных методов исследования (см. Приложение I).

Больной обязан заполнять дневник ВЛГД (см. Приложение 6).

Измерение основных показателей, заносимых в дневник ежедневно (частота пульса, контрольная пауза и т.д.), производится не реже трех раз в день: утром, после обеда и вечером перед сном.

Освоение метода ВЛГД следует разделить на этапы.

I. Усвоение теории.

Прежде всего больной должен твердо усвоить следующие положения теории болезни глубокого дыхания.

- 1) Глубокое дыхание является причиной болезни.
- 2) Глубокое дыхание вредно тем, что чрезмерно удаляет из организма углекислый газ (CO₂) и создает тем самым дефицит CO₂ в организме.
- 3) Дефицит CO₂ вызывает сдвиг внутренней среды организма в щелочную сторону и этим нарушает обмен веществ, что выражается, в частности, в появлении аллергических реакций, склонности к простудам, разрастании костных тканей (именуемых в обиходе "отложением солей") и т.д., вплоть до развития злокачественных опухолей.
- 4) Организм защищается от чрезмерного удаления CO₂, суживая, уменьшая просвет каналов, по которым выделяется CO₂ из организма (закладывает нос, образуются полипы и аденоиды, которые, как правило, зажимают нос, спазмируют бронхи, артериальные сосуды, гладкие мышцы кишечника, желудка, желче- и мочепроводящих путей и т.д., склерозируются сосуды и атрофируются легкие и т.д.). А так как по этим каналам (бронхи, сосуды и т.д.) в организм поступает кислород, то сужение каналов вызывает уменьшение притока кислорода к клеткам мозга, сердца и т.д., т.е. глубокое дыхание создает кислородное голодание организма.

Таким образом, здесь действует четкий физиологический механизм: чем глубже дышишь, тем меньше кислорода поступает в ткани организма.

- 5) Образование мокроты в легких при глубоком дыхании полезно, так как она защищает бронхи от глубокого дыхания, а кашель вреден, потому что сопровождается чрезвычайно глубокими вдохами и травмирует легкие, перегружает сердце и глубоко вгоняет мокроту, мешая

ее выделению. Кашлять можно только вдохнув немного носом и не открывая рта, если при этом отходит мокрота.

При уменьшении глубины дыхания мокрота становится ненужной для организма и легко отделяется, если кашать, как было указано выше.

6) Кислородное голодание вызывает подъем артериального давления (гипертонию) для улучшения снабжения тканей кислородом через суженные сосуды.

7) Кислородное голодание организма способствует появлению ложного ощущения недостатка воздуха, что вызывает усилия больного еще больше углублять дыхание, и чем глубже больной дышит, тем сильнее он задыхается, т.е. замыкается порочный круг.

Методика способа ВЛГД на первом этапе больному не объясняется, если нет экстренных показаний для спасения больного.

Для изучения теории больному дается от 1 до 3 суток, после чего у больного проверяется усвоение теории и оценивается по пятибалльной системе. Замечена прямая зависимость между степенью усвоения теории и лечебным эффектом. Сообразительные больные сами начинают уменьшать глубину дыхания и получают облегчение.

2. Применение метода ВЛГД для снятия симптомов (приступов) болезни

На этом этапе использовать метод предлагается только тем больным, которые прошли глубокодыхательную пробу и усвоили теорию на "отлично", а не усвоившие продолжают ее изучать.

Больному, ~~которому не удалось пройти глубокодыхательную пробу, временно не рекомендуется применять метод ВЛГД~~, предлагается применять метод ВЛГД только при наличии симптомов болезни или приступов для их снятия.

При удовлетворительном состоянии больной не должен применять метод ВЛГД.

Умение снимать симптомы является **ГЛАВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ОСВОЕНИЯ МЕТОДА ВЛГД.**

На втором этапе больной может находиться 2-3 дня или оставаться всю жизнь, если нет возможности контролировать его методистам, прошедшим специализацию по методу ВЛГД.

3. Применение метода ВЛГД для предупреждения симптомов (приступов) болезни

Если больной усвоил теорию и методику ВЛГД и снимает симптомы (приступы) болезни за 5-10 минут, что подтверждает освоение метода, он переводится на третий этап.

На третьем этапе больному разрешается следить за дыханием и при углублении дыхания прежде чем появляются симптомы (приступы) болезни, применять метод ВЛГД для их предупреждения. При этом он должен перед применением метода и после измерить все три показателя (частоту пульса, контрольную и максимальную паузы) и записать их в дневник.

4. Постоянная тренировка ВЛГД

На четвертом этапе больному разрешается постоянно следить за дыханием и применять метод ВЛГД, даже если состояние удовлетворительное. При этом больной должен учитывать факторы, углубляющие дыхание (см. раздел УЦ).

Тренировки по методу ВЛГД форсируют уменьшение глубины дыхания и количество этих тренировок следует назначать индивидуально, в зависимости от состояния больного и намеченной быстроты излечения.

Обычно эти тренировки проводятся утром и перед сном. Утром - чтобы сразу уменьшилось глубокое дыхание после сна, а вечером - чтобы больной уснул с минимальным дыханием, чтобы оно меньше усиливалось к утру и не вызывало приступа. Больному предлагаются такие тренировки, если у него возникает симптомы болезни днем, но в этих случаях особенно тщательно напоминают больному, что КП только проверяет дыхание, чтобы он не забывал об основе основ: постоянном уменьшении глубины дыхания и дыхании по потребности организма.

По мере нормализации дыхания и ликвидации болезни количество тренировок можно уменьшить. Если больной выведен из тяжелого состояния и приступы болезни прекратились, интенсивность тренировок можно уменьшить, потому что, в принципе, надо торопиться уменьшить дыхание только в первый период, чтобы спасти больного, остановить болезнь и прекратить разрушительное действие глубокого дыхания на организм. А дальше, чем медленнее идет нормализация дыхания, тем больше времени у организма перестроить обменные процессы и менее ярко проявляются реакции очищения, т.е. необходимо соблюдать принцип "от добра добра не ищут". Если состояние лучше, тренируются поменьше, хуже - тогда больше, а больные, как правило, делают наоборот: получив быструю ликвидацию основных симптомов болезни, начинают усиливать тренировки, вызывая тем самым преждевременные реакции перестройки, что отбрасывает их назад, т.е. и тут принцип алчности порожен.

Этот этап является достаточным для большинства больных для полной нормализации дыхания, уровня CO_2 в альвеолах и, следовательно, выздоровления, о чем будет свидетельствовать изменение показателей: увеличение контрольной паузы до нормальной, урежение пульса иногда 50 ударов в минуту.

Если на четвертом этапе у больного не происходит дальнейшее уменьшение глубины дыхания и возвращаются симптомы болезни, что наблюдается при обострении хронического тонзиллита и очаговой инфекции на корнях зубов, а также при скрытых ошибках в методике тренировки, больной должен провести санацию полости рта и устранить очаги инфекции, после чего методист ВЛГД производит проверку правильности тренировки ВЛГД (см. раздел УЮ).

Если уровень CO_2 поднялся до 4,5% (КП = 20 сек), больной переводится на тренировки с физической нагрузкой.

Б. Тренировки с нагрузкой

Больной, который освоил методику дыхания сидя, должен применять нагрузку, т.е. тренироваться постоянно в медленной и быстрой ходьбе, в беге трусцой и т.д. (см. Приложение 4).

Физическую нагрузку и тренировку в ходьбе и беге можно назначить на любом этапе, если контрольная пауза достигла 20 сек. и ликвидировались основные симптомы болезни, т.е. чем меньше глубина дыхания, тем большую нагрузку можно назначить при условии, если не сбивается дыхание и КП после нагрузки становится больше, чем до нагрузки. Если КП после нагрузки уменьшается, это говорит о чрезмерной нагрузке.

Если в какой-нибудь из дней КП до нагрузки меньше обычного, то физические нагрузки нужно уменьшить заранее.

С момента начала тренировок с нагрузкой больной должен также пользоваться дополнительными факторами, уменьшающими дыхание (см. раздел УЮ).

УП. ПРОВЕРКА ПРАВИЛЬНОСТИ ТРЕНИРОВКИ ВЛГД У БОЛЬНОГО МЕТОДИСТОМ ВЛГД

Для обнаружения скрытых ошибок в методике, методист ВЛГД проводит проверочные тренировки дыхания у больного по 20-30 минут с замером ^{максим.} паузы (МП) через 3-5 минут. Чем тяжелее состояние больного, тем реже измеряется ^{максимальная} МП. Динамика изменения ^{максимальной} паузы позволяет эффективно выявлять ошибки в методике, совершаемые больными.

Весь период проверочной тренировки больной постоянно находится в тренировке (ощущение недостатка воздуха) и на фоне постоянного недостатка воздуха измеряется ^{сохраняя на одном и том же уровне} МП, которая записывается мето-

дистом. Перед началом и после тренировки больной замеряет все три показателя (частоту пульса, КП и МП) и записывает их в дневник.

Оценка проверочной тренировки имеет три варианта:

1. Если все волевые паузы до, после и во время тренировки примерно одинаковы, то это означает, что больной не усвоил методику и не уменьшает дыхание.

2. Если вторая и третья МП больше исходной, а дальше паузы уменьшаются, то это означает, что больной не уменьшает, а углубляет дыхание настолько, насколько вторая и третья МП больше первой. Уменьшение последующих пауз означает нарастание кислородного голодания от глубокого дыхания, что может вызвать приступ болезни.

3. Если вторая МП меньше первой (замеренной до тренировки в свободном дыхании), а начиная с третьей паузы идет увеличение ^{максимальных} пауз, то это означает, что больной правильно тренируется, уменьшает глубину дыхания. В этом случае вторая МП меньше первой настолько, насколько уменьшена глубина дыхания.

Если больной глубину дыхания уменьшил в два раза, то и МП уменьшается в два раза. Это очень сильная тренировка и больному трудно тренироваться долго, дыхание будет срываться, будут проходить глубокие вдохи.

Если больной уменьшил глубину дыхания на одну треть, то вторая МП будет меньше первой на одну треть. Это хорошая интенсивная тренировка дыхания, на ней больной сможет продолжать тренировку 15-20 минут.

Если больной уменьшил глубину дыхания на 1/4, то МП уменьшается на 1/4 - это относительно легкая тренировка и больной может ее продолжать до 30 минут и дольше.

Во всех случаях, если больной тренируется правильно и дыхание уменьшается, то третья и четвертая паузы будут увеличиваться, потому что накапливается кислород в тканях, дыхательный центр адаптируется к увеличивающемуся количеству CO_2 в крови и т.д., и МП после 20-30 минут тренировки будет больше, чем до тренировки, на 20-50%.

Наблюдая за динамикой МП во время тренировки, можно определить, сколько нужно тренироваться. Тренироваться следует до тех пор, пока идет рост МП. Как только больной устает, МП начинает уменьшаться и тренировку надо прекратить.

При сильной тренировке больной быстро устает и падение пауз наступает через 15 минут, при средней - через 20-30 минут, при слабой через 40 минут.

Каждый больной должен знать, какие факторы углубляют дыхание, и избегать их, а также должен сам наблюдать и при помощи измерения КД определять, какие дополнительные факторы углубляют дыхание именно у него, и избегать их.

Факторы, углубляющие дыхание.

Дыхание углубляет идеология алчности, ^{пороже дающая} паразитизм, обман, рабство, насилие, лень, эгоизм, моральное разложение, изоляцию от природы.

Эта идеология проявляется, в частности, в следующих формах:

1. Представление о том, что глубокое дыхание полезно.
2. Глубокодыхательная гимнастика.

3. Переедание (особенно белковой пищи). Наиболее вредны: рыба, яйца, курица, свинина, говядина (баранина менее вредна), молочные продукты, икра рыб, жиры (растительные менее вредны), бульоны, уха, чай, кофе, какао, шоколад, растительные белки в больших количествах — фасоль, горох, грибы (хотя они менее вредны, чем животные белки), все рафинированные и консервированные продукты.

4. Продукты-аллергены: цитрусовые (апельсины и т.д.), земляника, клубника, малина, грецкие орехи, помидоры, баклажаны, картофель, мед.

5. Химические факторы: бытовая химия (нафталин, ДДТ, аэрозоли), ядохимикаты, гербициды, газообразные выделения из поролона, линолеума, резины, синтетические лаки, краски, большинство лекарств (антибиотики, эфедрин, адреналин, кардиамин и т.д.).

6. Гиподинамия (недостаток физической нагрузки).

7. Гигиенические факторы: синтетическая одежда, духота, перегревание на солнце, медленное переохлаждение сквазьяком, постельный режим, продолжительный сон (особенно вреден на спине).

8. Кроме того, дыхание углубляют: нервно-психические напряжения (стресс), разговор, чтение, азартные игры, курение, алкоголь и наркотики (во второй фазе действия), половке излишества.

Факторы, уменьшающие дыхание:

— голод, ограничение питания, вегетарианская пища, сыроедение, сон на животе на жесткой постели, умеренная физическая нагрузка (в частности, бег трусцой), свежий воздух (особенно в горах), массаж, водные процедуры, умеренное закаливание (начиная с ног), парная баня (особенно сухой пар, сауна), психический покой, правильная осанка, подъем глаз вверх, некоторые лекарства и травы, бинтование грудной клетки, груди, корсеты.

Не следует забывать, что отождествление факторов, уменьшающих дыхание, с методом ВЛГД является грубейшей ошибкой, так как эти факторы играют вспомогательную роль, а первоочередной зада-

чей больного является уменьшение дыхания. В первые два-три дня обучения, до тех пор пока больной не научился снижать симптомы методом ВЛГД, запрещается рассказывать больному о факторах, уменьшающих дыхание, иначе его внимание будет рассеиваться и он не сможет сосредоточиться на главном — волевом уменьшении глубины дыхания.

IX. ОШИБКИ БОЛЬНЫХ

Наиболее частыми являются следующие ошибки при освоении метода ВЛГД.

1. Плохо усваиваются основы теории и, в частности, понимание того, что причиной болезни является глубокое дыхание.

2. Забывают о сути метода ВЛГД и начинают думать, что задержки дыхания лечат, хотя задержка (КД и МД) служит прежде всего для целей контроля.

3. Стремясь ускорить излечение, начинают увлекаться, злоупотреблять задержками дыхания, что приводит к углублению дыхания и к ухудшению состояния.

4. Сосредотачивают внимание не на глубине, а на частоте дыхания, стараются дышать более редко, что углубляет дыхание, мешает лечиться.

Если больной правильно тренируется, т.е. уменьшает глубину дыхания, это вначале учащает дыхание, что подтверждает правильность тренировки.

5. Во время измерения контрольной паузы смотрят не вверх, а на часы, стараясь подольше протянуть паузу.

По секундной стрелке нужно отсчитать только начало КД и конец ее.

6. Не выполняют дополнительных рекомендаций, увлекаются лекарствами, думая, что они помогают лечиться.

В приложении 3 приведены вопросы для экзамена по теории болезни глубокого дыхания и метода ВЛГД.

Каждый больной должен хорошо проработать эти вопросы и осмысленно отвечать на них, в противном случае излечение либо затягивается, либо идет без должного эффекта, так как больной не понимает смысла лечения и того, что от него требуется для излечения.

Х. РЕАКЦИИ ОЧИЩЕНИЯ (САНОГЕНЕЗА)

1. Физиологический смысл реакции очищения

Как уже указывалось, глубокое дыхание нарушает обмен веществ в клетках, создает кислородное голодание, приводит к выведению из организма полезных солей (натрия, калия, магния, кальция, фосфора) для компенсации сдвига внутренней среды в щелочную сторону и вызывает иммунные реакции, т.к. ведет к накоплению в организме недоокисленных продуктов и веществ, которые в соприкосновении с внешними белковыми аллергенами дают аллергические реакции.

Глубокое дыхание ухудшает деятельность почек, печени, кишечника и других органов, поэтому в организме накапливается огромное количество так называемых шлаков: недоокисленных продуктов, ненужных солей, лекарств, токсинов очаговой инфекции, избыток холестерина в крови, отложения холестерина и других веществ в сосудах, отложение солей кальция и фосфора в суставах, сосудах и т.д.

При ликвидации глубокого дыхания нормализуется обмен веществ, улучшается деятельность выделительных органов, что приводит к очищению организма. Кроме того, нормализуется тонус сосудов, капилляров, гладкомышечных образований, что также проявляется при выздоровлении симптомами, напоминающими симптомы болезни.

Так как симптомы глубокого дыхания (бронхиальная астма и др.) никогда регулярно не излечивались, то никому не удавалось до появления метода ВЛГД наблюдать реакции очищения, которые неизбежно возникают у большинства больных, вылечившихся этим методом.

Эти реакции идут не постоянно, не в течение всего времени излечения, а как правило, циклами, зависящими не от длительности тренировки, а от тех уровней углекислоты, которые достигаются в процессе ликвидации дефицита CO_2 и приближения его к норме. Организм как бы накапливает силы для очередного извержения нечистот, скопившихся в нем за время прежнего лечения и болезни.

Выдались четыре главных рубежа реакции очищения: это 4%, 4,5%, 5,5% и 6,5% альвеолярного CO_2 , что соответствует КДП, равной 10, 20, 40 и 60 секундам.

Вообще реакции очищения напоминают болезнь, только идущую обратным ходом (подобно кинофильму при обратной перемотке). Те симптомы, которые появились первыми, исчезают последними.

2. Предвестники реакции очищения

1) нарастание CO_2 в организме (увеличение КДП и приближение ее к соответствующему уровню или переход через него);

- 2) нервное возбуждение;
- 3) ухудшение сна либо, наоборот, сонливость;
- 4) озноб;
- 5) повышение температуры до $39-41^{\circ}C$, особенно у хронич. больных;
- 6) головные боли;
- 7) боли в мышцах, суставах, кишечнике и т.д., в тех органах, которые были поражены глубоким дыханием;
- 8) появление соответствующих симптомов болезни, но несколько другого характера;
- 9) если перед реакцией КДП увеличивается, то в период реакции резко уменьшается.

3. Основные проявления реакции очищения

У большинства больных наблюдаются реакции очищения через всевозможные каналы: усиливается слюноотделение, слезотечение, потоотделение, насморк, выделение мокроты, выделение гноя при воспалении придаточных пазух носа, рвота, понос, учащается мочеиспускание, моча при этом имеет кирпично-красный, иногда темнобурый оттенок, усиливается или пропадает менструальный цикл, шелушится кожа, выпадают волосы, (у которых атрофирована луковица). Все выделения могут содержать примесь крови, запах лекарств, ранее применявшихся.

Реакции продолжаются от нескольких часов до нескольких недель, чаще всего 1-2 суток. Чем тяжелее болезнь, чем дольше и чем больше больным принималось лекарств, тем сильнее и продолжительнее реакции очищения.

Следует отметить, что больной бывает необычен в это время, он как бы через муки приходит к выздоровлению: высокая температура, полное отвращение к пище, зловоние изо рта, обильный пот, идет мокрота, хлещет понос, больного всего ломает — кости, суставы, зудит кожа, особенно места, где делались уколы, и все это проходит на фоне симптомов болезней, которые больной когда-то перенес.

Примерно у трети больных (в основном, нетяжелых) эти реакции проходят более или менее безболезненно и почти незаметно.

4. Тактика поведения методиста ВЛГД и больного во время реакции очищения

Методист ВЛГД должен предвидеть начало реакции и объяснить больному, когда она наступит и как себя вести: обычно это делается после объяснения методики ВЛГД, так как реакция выздоровления иногда начинается уже через несколько часов от начала тренировки дыхания.

Г. Методист, прошедший специализацию по методу ВЛГД, может довольно точно предсказать характер реакции очищения.

В основном реакция очищения напоминает симптомы болезни, а каналы очищения действуют те, которые проявили себя во время болезни: у астматика — выделение мокроты, при хроническом насморке — выделения из носа, при болезни печени — рвота и т.д.

Методист ВЛГД должен настроить больного на эту реакцию, чтобы тот не пугался, а радовался выздоровлению, не прекращал бы тренировку дыхания и пытался бы все симптомы снимать методом ВЛГД, хотя в некоторых случаях симптомы не снимаются, а усиливаются от тренировок, что говорит об ускорении реакции и показывает, что в данный момент не следует усиливать тренировку, но нельзя и бросать полностью, иначе дыхание углубится, реакция очищения не завершится, а если глубина дыхания вернется к исходному уровню, то вернется и болезнь.

Это в первую очередь касается головной боли, боли в области сердца, печени и т.д., связанных с дефицитом ионов натрия, калия, реже других солей (магния, кальция, фосфора), которые были удалены из организма при глубоком дыхании.

Поэтому методист ВЛГД должен рекомендовать прием соответствующих солей: хлористого натрия (1/3-1/2 чайной ложки), солей калия (1 грамм) или сульфата магния (2 грамма) на стакан воды, пить маленькими глотками до исчезновения или ослабления симптомов, чайную ложку мела, 2-3 таблетки глицерофосфата кальция (разжевать) и т.д.

При повторении этих симптомов — повторить. Если соли не снимают данные симптомы, то назначаются соответствующие лекарства, которые ранее снимали соответствующие симптомы, но в половинной дозе.

Больной должен ограничивать физическую нагрузку, но стараться больше быть на свежем воздухе; ограничить питание, но не ограничивать прием жидкости (желательно добавлять минеральную воду).

Нетяжелым легочным больным, особенно астматикам, показана паровая баня, лучше сауна (не забывать при этом о методе ВЛГД).

Необходимо помогать организму во время реакции очищения: при появлении тошноты выпить теплой воды с добавлением питьевой соды (1 грамм) и поваренной соли (2 чайных ложки) на литр воды и вызвать рвоту, при отсутствии послабления кишечника назначается

слабительное или клизма с теплой водой 1-2 литра, горячий душ сидя, горячая ванна при удовлетворительном состоянии сердечно-сосудистой системы и т.д.

После реакции очищения наступает или значительное улучшение состояния здоровья или полное выздоровление, если дыхание нормализовалось, о чем свидетельствуют показатели КИ.

XI. ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ИЗЛЕЧЕНИЯ

Больной после излечения не должен забывать о сути открытия причины его болезни — глубоком дыхании, даже если его дыхание нормализовалось, и обязательно проверять контрольную паузу утром, после обеда и вечером, чтобы избежать возвращения глубокого дыхания, т.е. болезни.

Если КИ уменьшается и становится ниже нормы, необходимо возобновить или усилить тренировку.

Больные, получившие облегчение и излечившиеся методом ВЛГД, должны стремиться помочь другим больным, передавая им свой опыт. Для того, чтобы помочь распространению метода ВЛГД и предоставить его в распоряжение народа, что даст возможность избавить от страданий миллионы людей, необходимо отзыв о применении метода ВЛГД направлять в прессу, органы здравоохранения, советские и партийные организации. Примерная форма отзыва приведена в дневнике ВЛГД Приложение 6.

ТАБЛИЦА

| Критерии вентиляции легких | | | | | | | |
|----------------------------|---------------|-------------------|-----------------------------|------------|--|---|------------------|
| Состояние организма | Форма дыхания | Степень нарушения | CO ₂ альвеолярн. | | Контрольная пауза для освоенных за метод сек | Максимальная пауза для освоенных за метод сек | Пульс (в минуту) |
| | | | % | мм рт. ст. | | | |
| Сверхвыносливость | поверхностное | У | 7,5 | 54 | 180 | 210 | 48 |
| | | IV | 7,4 | 53 | 150 | 190 | 50 |
| | | III | 7,3 | 52 | 120 | 170 | 52 |
| | | II | 7,1 | 51 | 100 | 150 | 55 |
| | | I | 6,8 | 48 | 80 | 120 | 57 |
| Норма | | | 6,5 | 46 | 60 | 90 | 60 |
| Болезнь | глубокое | I | 6,0 | 43 | 50 | 75 | 65 |
| | | II | 5,5 | 40 | 40 | 60 | 70 |
| | | III | 5,0 | 36 | 30 | 50 | 75 |
| | | IV | 4,5 | 32 | 20 | 40 | 80 |
| | | У | 4,0 | 28 | 10 | 20 | 90 |
| | | VI | 3,5 | 24 | 5 | 10 | 100 |
| | | VII | с м е р т ь | | | | |

СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ ГЛУБОКОГО ДЫХАНИЯ, ИСЧЕЗАЮЩИЕ В ПРОЦЕССЕ ЛИКВИДАЦИИ ГЛУБОКОГО ДЫХАНИЯ ПО МЕТОДУ ВЛГД

1. Нервная система. Головные боли (иногда по типу мигрени); головокружения; обмороки (иногда с эпилептоидными судорогами); нарушения сна, в том числе: бессонница, плохое засыпание, сонливость и т.д.; шум в ушах; ухудшение памяти; быстрая утомляемость; раздражительность; вспыльчивость; плохая концентрация внимания; чувство беспричинного страха; апатия; ухудшение слуха; парестезия (включая полную потерю всех видов чувствительности, чаще конечностей); вздрагивания во сне; тремор и тик; ухудшение зрения; увеличения старческой дальности зрения; различные мелькания в глазах, сетка перед глазами и т.д.; увеличение внутриглазного давления; болезненность при движении глаз вверх и в стороны; глаукома; катаракта; переходящее комоглазие; радикулиты, остеохондрозы и т.д.; паркинсонизм (начальные формы); рассеянный склероз; эписиндром (эпилепсия); шизофрения (начальная стадия).

2. Вегетативная нервная система. Кризы типа дисцифальных и вегетодистанических, в том числе: потливость, зябкость, бросание в холод или в жар, беспричинные ознобы; неустойчивость температуры тела типа термоневрозов и т.д.

3. Эндокринная система. Гипертиреоз, дистиреоз; базедова болезнь; сахарный диабет; ожирение или истощение, иногда по типу эндокринного; явления патологического климакса; нарушение менструального цикла; токсикозы беременности; фибромиомы; мастопатия; импотенция; фригидность; бесплодие; выкидыши; эрозии и полипы шейки матки и т.д.

4. Система дыхания. Спазмы гортани и бронхов (бронхиальная астма); преастма, в том числе: респираторный аллергоз, полливалентная аллергия, ларингоспазм (потеря голоса); аллергический конъюнктивит; пищевая аллергия, лекарственная аллергия, ложный круп, фарингит, ларингит, трахеит, полинозы; непереносимость запахов кухни, краски, духов табачка, цветов и т.д.; астматический бронхит; обструктивный бронхит; одышка при физической нагрузке и покое; дыхание ртом; частое глубокое дыхание с участием дополнительной дыхательной мускулатуры; отсутствие паузы после выдоха в покое; дыхательные аритмии или периодические ощущение недостатка воздуха; ощущение неполноценности вдоха; ощущение ограничения

подвижности грудной клетки; (стеснение в грудной клетке); боязнь духоты; задержка дыхания; частое и при небольшой физической нагрузке; хронический насморк (заложенность носа); ринит по типу вазомоторного; склонность к простудным заболеваниям; в том числе: частые катары дыхательных путей, бронхиты, гриппы и т.д.; кашель сухой или с мокротой; сухость во рту или в носоглотке; хронический тонзиллит; гайморит; фронтит; синусит; аденоиды; полипы в трахее, бронхах; острая эмфизема легких; пневмосклероз; интерстициальная пневмония, хроническая пневмония; бронхоэктазы и спонтанный пневмоторакс; потеря обоняния; боли различного характера в грудной клетке; нарушение осанки; деформация грудной клетки; вздутые надключичные области (эмфизема верхушек легких и т.д.)

5. Сердечно-сосудистая система крови. Тахикардия; экстрасистолия; пароксизмальная тахикардия; мерцательная аритмия; спазмы сосудов конечностей, мозга, сердца, почек; похолодание, зябкость конечностей и других областей; боли в области сердца; ишемическая болезнь сердца; стенокардия; гипертония; гипотония; болезнь Рейно (спазм верхних конечностей); облитерирующий эндартериит; телеангиэктазия; варикозное расширение вен, в том числе геморроидальных; мраморность кожи; ломкость сосудов, в том числе: кровоточивость десен, частые носовые кровотечения и т.д.; ощущение пульсации различных областей, пульсирующие шумы в ушах; сосудистые кризы; арахноидит (посттравматический, гриппозный); инфаркт миокарда; постинфарктный кардиосклероз; инсульт; параличи, парезы; повышение свертываемости крови; тромбозы (тромбофлебиты); уменьшение щелочных резервов крови, электролитные нарушения; гиперхолестеринемия; эозинофилия; гипер- и гипоглобулия; изменения pH крови; уменьшение парциального давления кислорода в артериальной крови в начальных стадиях болезни и противоположные изменения в конечных стадиях болезни и т.д.

6. Система пищеварения. Понижение, повышение, извращение аппетита; слюнотечение или сухость во рту; извращение или потеря вкуса; спазмы пищевода, желудка (боли в подложечной области и т.д.); колит (запоры, поносы); боли в правом подреберье; дискинезия желчных путей; изжога; частая отрыжка; тошнота; рвота; метеоризм; некоторые формы гастритов и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и т.д.; хронический холецистит; хронический панкреатит; желчекаменная болезнь.

7. Почки и мочевыделительная система. Белок в моче; оксалаты, ураты в моче; мочекаменная болезнь; пиелонефрит; гломерулонефрит;

учащение мочеиспускания, особенно по ночам; иктурия (ночное недержание мочи); цистит; дизурические явления и т.д.

8. Костно-мышечный аппарат. Мышечная слабость; быстрая физическая утомляемость; ноющие боли в мышцах, чаще голеней (икроножных мышц и мышц стопы); подергивание групп мышц; усиление или ослабление тонуса мышц, атрофия мышц, атрофия мышц; боли в трубчатых костях и т.д.; коллагенозы (склеродермия, послеоперационные рубцы и т.д.); контрактура сухожильных класть рук.

9. Кожа и слизистые. Сухость кожи (ихтиоз); пустулезные сыпи (акне); кожный зуд; крапивница; экзема (нейродермит, диатез); псориаз; склонность к грибковым заболеваниям; бледность с серым оттенком кожи; акроцианоз; отеки Квинке; витилиго (очаговая депигментация кожи); юношеские угри; пастозность лица; экзематозный блефарит; синюха и т.д.

10. Обменные нарушения. Липомы (жировики); инъекционные инфильтраты; остеофиты и отложения солей в области суставов по типу подагры; обменные и ревматоидные полиартриты; отложения холестерина на коже (чаще на веках); тканевая гипоксия; скрытые отеки; нарушения тканевого обмена по типу аллергических реакций и т.д.

ЭКЗАМЕН ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОШИБОК БОЛЬНОГО, ОБУЧАЕМОГО МЕТОДУ ВЛГД

Главным в методе ВЛГД является осознание больным причины своей болезни. Поэтому перед обучением больному обязательно демонстрируют, что причина его болезни заключается в глубоком дыхании. С этой целью проводят глубокодыхательную пробу: больного заставляют глубоко дышать (обычно от 15 секунд до 3 минут) до появления или усиления его болезни и затем предлагают уменьшить глубину дыхания, что приводит к столь же быстрому исчезновению симптомов болезни. Если больной после трехкратного выполнения глубокодыхательной пробы не понимает причины своей болезни, его переводят на другие методы лечения.

Успешное обучение методу ВЛГД идет только в том случае, если больной хорошо осваивает теорию метода, саму методику, т.е. практику, и достаточно прилежен. Однако глубокое дыхание приводит к ослаблению умственных способностей и памяти, отсутствию у них самокритичности и самоконтроля, появлению чувства страха и трусости. Особенно ярко эти качества выражены у больных с признаками склероза. Указания особенности глубокодыхающих людей затрудняют освоение или теории и практики метода. Поэтому необходимо на каждом занятии контролировать знания больного, задавая ему нижеперечисленные вопросы. В ответах на эти вопросы заключается минимум знаний, которые должен усвоить больной для успешного освоения метода ВЛГД. Больному нужно ставить оценки по пятибалльной системе: за теорию, методику, измерение дыхания и прилежание.

Знание теории необходимо потому, что данный метод является методом самолечения и требует от больного сознательного и активного отношения к своему лечению. Тренировка дыхания без знания приводит к углублению дыхания. Особенно ухудшается состояние больных, пренебрегающих теорией метода, в случае интенсивных тренировок дыхания. В связи с этим к применению методики ВЛГД можно допускать только больных, знающих теорию на 4 и 5.

Часто больные, владеющие теорией метода, делают ошибки в практике и поэтому необходимо также проверить, как больной практически выполняет методику уменьшения глубины дыхания и измеряет КИ (контрольную паузу). Наиболее частыми практическими ошибками больных являются затягивание задержки дыхания при измерении КИ, так что после нее прорывается глубокий вдох, отождествление КИ с методикой

ВЛГД, измерение КИ после вдоха, фиксация внимания больного на уменьшении частоты дыхания, а не глубины его. В связи с этим следует еще раз подчеркнуть, что методика тренировки дыхания заключается в уменьшении глубины дыхания. В результате успешного применения этой методики происходит самопроизвольное уменьшение частоты дыхания.

Вопрос - Какова причина Вшей болезни?

Ответ - Глубокое дыхание ртом или носом в покое, в нагрузке и разговоре.

Вопрос - Чем вредно глубокое дыхание?

Ответ - Глубокое дыхание уменьшает содержание углекислого газа в организме.

Вопрос - Какие нарушения в организме вызывает недостаток углекислого газа?

Ответ - Недостаток углекислого газа в организме вызывает кислородное голодание, возбуждение нервной системы, спазмы бронхов, сосудов и других органов, а также нарушение обмена веществ.

Вопрос - Глубокое дыхание улучшает или ухудшает поступление кислорода в организм?

Ответ - Ухудшает.

Вопрос - В чем заключается сущность открытия болезни глубокого дыхания?

Ответ - В том, что причиной многих распространенных болезней является глубокое дыхание.

Вопрос - Как расшифровать название метода - ВЛГД?

Ответ - Волевая ликвидация глубокого дыхания.

Вопрос - В чем заключается суть метода ВЛГД?

Ответ - В уменьшении глубины дыхания до нормы.

Вопрос - Каким путем достигается уменьшение глубины дыхания?

Ответ - Путем расслабления дыхательной мускулатуры, т.е. мышц грудной клетки, живота и диафрагмы.

Вопрос - Что помогает достигнуть расслабления?

Ответ - Удобная поза (лучше сидя), правильная осанка, для чего необходимо подтянуть живот и, затем его расслабить. Для расслабления также необходимо поднять глаза вверх (но не голову), можно закрыть веки, не допуская при этом опускания глаз, ноги скрестить по-турецки, губы сложить трубочкой (слегка надуть).

Вопрос - Как измеряется глубина дыхания и содержание углекислого газа в организме?

Ответ - С помощью специальных приборов или с помощью измерения КИ (контрольной паузы - легкой задержки дыхания после естествен-

венного вдоха). Вдох после окончания измерения КИ не должен быть глубоким.

Вопрос— Помогает ли лечиться задержка дыхания при измерении КИ?

Ответ — Нет, не помогает. А если ее сильно затягивают (до глубокого вдоха после КИ), то приводит к углублению дыхания и тем самым мешает лечению.

Вопрос— Какие показатели определяют правильность тренировки по методу ВМД?

Ответ — Главным показателем правильности тренировки является ощущение недостатка воздуха. Другие показатели: потепление рук, ног, исчезновение симптомов болезни, увеличение контрольной паузы.

Вопрос— Полезны или вредны мокрота и кашель?

Ответ — Мокрота полезна, так как она защищает легкие от глубокого дыхания, а кашель вреден, так как он является одной из форм глубокого дыхания.

Вопрос— Какие факторы углубляют дыхание?

Ответ — Удлиненный сон — особенно на спине, переедание, особенно белковой пищи (рыба, мясные бульоны, яйца, творог, молоко), кофе, чай, какао, шоколад.

Вопрос— Как протекает реакция очищения?

Ответ — Реакция очищения длится в среднем 1 — 3 дня и сопровождается ознобом, повышением температуры, головной болью, болью во всем теле, суставах, костях, очищением организма (обильное слезотечение, выделение мокроты, рвота, учащение мочеиспускания, понос, примеси крови в мокроте и других выделениях, потливость). Эти выделения иногда имеют запах ранее принявшихся лекарств.

Вопрос— Как больной должен вести себя во время реакции очищения?

Ответ — Не бросать тренировку дыхания, не затягивать КИ, насильно не есть, особенно белки, не ограничивать потребление жидкости. В случаях применения гормонов больной должен увеличить их дозу на время реакции очищения, остальные лекарства применять в этот период в дозе в 2 — 3-раза меньше обычной.

Вопрос— Когда наступает реакция очищения?

Ответ — После достижения больного углекислого газа в легких в 4, 4,5, 5,5, и 6,5 %, что соответствует КИ, в равной 10, 20, 40 и 60 сек.

Вопрос— Какие показатели характеризуют нормальное дыхание?

Ответ — Дыхание носом, не слышно и не видно, КИ равна 60 сек., что

МЕТОДИКА ТРЕНИРОВКИ БЕГА ТРУСЦОЙ

Показания: дефицит CO_2 в легочных альвеолах и недостаточность физической нагрузки (сидячий образ жизни).

Противопоказания:

- дефекты в двигательном аппарате,
- выраженная недостаточность жизненно важных органов (сердца, печени, почек и.д.).
- период заболевания и восстановительный при острых инфекциях, инсульте, инфаркте и т.д.,
- слишком глубокое дыхание (резко повышенная гипервентиляция), ощущение одышки в покое и ходьбе, снижение CO_2 в легочных альвеолах ниже 4,5 % (см. табл. I).
- отсутствие постоянного контроля методиста ВМД,
- другие противопоказания, устанавливаемые методистом ВМД.

I этап.

а) обучение больного измерению CO_2 в легочных альвеолах по контрольной паузе с помощью секундомера и обучение измерению частоты пульса.

б) Обучение ведению дневника бега трусцой.

В дневнике указывается:

1. дата,
2. время тренировки,
3. продолжительность бега,
4. частота пульса,
5. частота дыхания,
6. максимальная пауза после вдоха до тренировки,
7. после тренировки в первую минуту,
8. пятую минуту,
9. десятую минуту,
10. пятнадцатую минуту отдыха в ходьбе или сидя,
11. самочувствие, симптомы до тренировки,
12. после тренировки.

Для больных с неустойчивым артериальным давлением желательно также регистрировать:

13. артериальное давление до тренировки,
14. после тренировки, в том числе
- 15, 16, 17. в пятую, десятую, пятнадцатую минуту времени во

время отдыха. Если бег трусцой продолжается более 5 минут, желательно определение

18. максимальной паузы во время бега через каждые 5 минут.

в) Обучение больного правильной осанке стоя, в ходьбе и в беге. Для этого необходимо встать у вертикальной поверхности (стена без плинтуса). Затылок, плечи, крестец должны касаться вертикальной поверхности на ширину 2 - 4 пальцев руки тренирующегося. Центр тяжести должен располагаться на 2/3 расстояния от пальцев до пяток и находиться поближе к пяткам. Голова и туловище должны держаться так, чтобы между поверхностью стены и шейным и поясничным изгибами позвоночника было не более толщины ладони (3-4 см).

Лявот слегка втянут и при этом должны быть расслаблены по возможности все мышцы, которые непосредственно не участвуют в беге и статике.

Руки согнуты в локтях до угла, удобного тренирующемуся (80-140°). Смотреть прямо, так, чтобы в нижнем поле зрения видеть землю на расстоянии 1 - 2 метров.

Дышать только носом, и если в беге дыхание носом становится недостаточным, надо прекратить бег. У лиц с хроническим насморком (заложенность носа), не позволяющим дышать носом, необходимо предварительно тренировать дыхание методом ВЛГД до восстановления свободного носового дыхания.

Одежда и обувь не должны стеснять движения.

Перед началом бега необходимо пройти 2 - 5 минут ускоренным шагом, соблюдая осанку и дыхание носом. При учащении пульса более чем на 20 % от исходного и невозможности дышать только носом бег начинать нельзя.

Если быстрая ходьба проходит нормально, можно начинать бег. При беге основную тяжесть следует переносить на пятки, а не на носки, как это иногда ошибочно принято делать.

Следует добиваться приятного встряхивания всего тела при каждом толчке ногой, что является полезным массажем внутренних органов.

Бежать вначале надо как можно медленнее (но не на одном месте, что обычно неудобно), чтобы скорость бега не превышала скорость пешехода.

Бег дозировать только временем, показаниями пульса, носового дыхания, максимальной паузой и самочувствием, а не расстоянием. Во время бега пульс не должен учащаться более чем на 20 %, максимальная пауза должна быть не менее 5 секунд, должно сохраняться

легкое носовое дыхание и хорошее самочувствие, в противном случае необходимо прекратить бег и учиться быстро ходить. В принципе применение данной методики допустимо для таких больных с той разницей, что бег заменяется быстрой ходьбой.

II этап.

Второй этап включает в себя установление времени, в течение которого не наступает превышения указанных выше критериев бега, т.е. частота пульса не увеличивается более чем на 20 %, сохраняется максимальная пауза в беге не менее 5 секунд, легкое носовое дыхание, отсутствует перебой пульса и сохраняется хорошее самочувствие. Это время может оказаться от нескольких десятков секунд до нескольких минут и даже часов, в зависимости от тренированности, тяжести болезни, возраста и т.д.

Это время бега является ориентиром и в течение определенного периода надо проверять это время по критериям бега, обучаясь соблюдать осанку и все другие условия.

Когда это время стабилизируется, тогда можно начинать увеличение бега, но не более чем на 25 % в первые 3 - 5 дней бега, а затем не более чем на 10 % в день, причем следует строго следить за указанными критериями бега. Если критерии нарушены, необходимо немедленно прекратить бег.

Нет ничего безрассуднее и опаснее, чем наобум взятое и вблуженное наращивание время бега, что широко практикуется и описывается в популярных брошюрах.

Необходимо избегать резкого увеличения потливости (в этом случае прекращать бег) и последующего медленного охлаждения. Необходимо осторожность в последующих водных процедурах, которые тоже являются дополнительной нагрузкой на кровообращение. Предпочтительней душ приятной температуры (теплый), сидя, непродолжительное время под контролем пульса.

Для лиц, освоивших метод ВЛГД, во время бега следует соблюдать основные требования методики ВЛГД, помня, что максимальная пауза в беге по сравнению с максимальной паузой сидя сокращается примерно в два раза! Также следует соблюдать контроль за критериями бега и прекращать его по тем же показателям.

Возникающие при этом вопросы следует разрешать с методом ВЛГД. Лицам, не владеющим методом ВЛГД, не следует предпринимать углублять, урезать или как-то по другому изменять дыхание, а надо предоставить его регуляцию автоматическому управлению дыхательным центром.

После тренировки обычно наблюдается снижение аппетита, кушно

рассматривать это как положительный эффект и не стремиться есть, пока не появится легкое чувство голода, лучше просто выпить по желанию что-нибудь по вкусу — минеральную воду, просто воду и т.д.

В случае снижения тяги ко сну тем, кто занимается вечером, не следует считать это за бессоницу и заставлять себя уснуть, лучше использовать освободившееся в результате физической нагрузки время и энергию на что-то полезное.

Лицам, имеющим CO_2 ниже 45 % (КП не меньше 20 сек.), следует сначала повисить CO_2 до этого уровня методом ВЛГД и только потом начинать тренировку бега трусцой.

Если время бега окажется слишком коротким, меньше 2 — 3 минут, то тренировки можно повторять 2 — 3 раза в день. Общее время бега трусцой необходимо согласовывать с методистом ВЛГД в зависимости от состояния здоровья и поставленных задач, а также учитывая общую дневную физическую нагрузку. В среднем время бега трусцой оказывается оптимальным в границах от 30 до 60 минут в сутки, а умеренная физическая нагрузка, включая ходьбу, в среднем возрасте должна продолжаться на свежем воздухе не менее 2 — 3 часов.

По мере увеличения возраста, в принципе, это время должно увеличиваться, так как нахождение в закрытом помещении без физической нагрузки может переносить только здоровый и молодой организм. Чем старше человек и чем тяжелее он болен, тем дольше он должен находиться на свежем воздухе и больше двигаться, т.е. соблюдать оптимальную долю физической нагрузки (незаменимой никакими витаминами). Величина нагрузки устанавливается строго индивидуально в динамическом наблюдении методистом ВЛГД.

ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ГОРМОНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С ВЛГД

Кортикостероидные гормоны — это лекарства, которые являются естественными для организма, так как они тождественны тем веществам, которые выделяются надпочечниками в организме человека. Они гораздо безвреднее, чем другие лекарства, применяемые при лечении бронхиальной астмы (спазмолитики, ингаляторы, интал и т.п.). Оказалось, что гормоны уменьшают глубину дыхания и тем самым помогают больному. Но уменьшают дыхание только на треть. Таким образом действием гормон помогает при освоении метода ВЛГД. И нам легче лечить больных, принимающих гормон. Больные же принимают гормон с чувством страха и обреченности, а когда начинают заниматься ВЛГД, то бросают принимать гормон и погибают не от того, что принимали гормон, а от того, что бросили его принимать, и возникает очень большая гормональная задолженность и острая сердечная недостаточность. Таких больных почти невозможно спасти и они погибают.

Поэтому ни в коем случае нельзя бросать гормон сразу.

Нам показано, что прием гормонов по старым схемам вреден, так как врачи назначают больным гормон в дозах, значительно превышающих потребности организма, что приводит к атрофии надпочечников и к понижению в организме выделяемых гормонов. Полная атрофия надпочечников возникает у больных, принимавших 20 таблеток преднизолона в сутки в течение 3-х месяцев ежедневно. Лишь только тогда больной становится гормонозависимым.

Кроме того, многие современные методы "лечения" бронхиальной астмы применяются только по отношению к гормонально независимым больным.

Все это вызывает чувство страха перед гормонами и стремление всеми силами и средствами избавиться от их приема. При этом у больных, ранее принимавших гормон, развивается состояние гормональной недостаточности (даже если гормон принимался всего лишь один раз, не говоря уже о том, если был проведен курс гормонотерапии). Поэтому с первого же дня нужно выявлять всех больных, когда-либо принимавших гормон (вызвал ли скорую, что вводилось внутривенно, был ли в реакциях, ставили ли капельницу в стационаре).

Установить срок, когда была принята последняя порция гормона,

какова была максимальная разовая доза вводимого гормона и как долго пригизал гормон.

Основные положения приема гормонов

1. Бойтесь глубокого дыхания, а не гормона.
2. Токсическая доза гормона не установлена. В терапии принимают до 100 таблеток за один прием без последствий.
3. Метод ВЛГД заменяет гормон.
4. Особенно опасно сокращение гормона, ранее принимавшегося, и резкая отмена его.
5. Неправильный прием гормонов по жесткой схеме разрушает надпочечники.
6. Прием гормона и дозировка определяются по трем параметрам: пульсу, контрольной паузе и самочувствию.

| | | |
|-------------------------|---|-------------------|
| Пульс у детей 2 - 3 лет | - | 100 - 110, |
| у детей 4 - 5 лет | - | 90 - 100, |
| у детей 6 - 7 лет | - | не выше 95, |
| у детей с 8 лет | - | как и у взрослых, |
| у мужчин | - | не выше 80, |
| у женщин | - | не выше 85. |
7. Дозу гормона менять ежедневно - по пульсу, паузе, самочувствию.
8. Суточную дозу приема можно менять на четверть и даже наполовину от суточной дозы в сторону увеличения или уменьшения.
9. Определять у больного дозу гормона в сутки, на которой он себя хорошо чувствует, а приступы легко снимает ингалятором или методом ВЛГД. Это и будет его базовая суточная доза.
10. Принимать гормон, тщательно разжевывая его или растерев в порошок и запивая горячей водой не менее полстакана.
11. Необходимо помнить, что гормон при приеме в виде таблеток начинает действовать через 1 - 2 часа после приема. В это время нужно измерять пульс.
12. При развитии состояния гормональной недостаточности частота пульса возрастает.
13. Максимальное по силе действие гормона наступает через 3 - 4 часа после приема его в виде таблеток. Поэтому принимать большую дозу нужно за 3-4 часа до наступления тяжелого состояния. Обычно тяжелое состояние возникает ночью или к утру. Поэтому гормон в основном применять непосредственно перед сном. Если больной принимает 2 или менее таблеток в сутки, то их принимать перед наступлением

ем тяжелого состояния, а если больше 2-х таблеток, то 2/3 или даже 3/4 суточной дозы принимать перед наступлением тяжелого состояния.

14. Выяснить, какую максимальную дозу принимал больной и в период ухудшения состояния, например, при наступлении реакции опущения при тренировке ВЛГД (достижения контрольной паузы 10, 20, 40 и 60 сек.) принять для облегчения состояния 1/2 максимальной дозы, после окончания реакции можно опять начать снижающие дозы гормона, наблюдая за пульсом, паузой и самочувствием.

15. У человека в зависимости от ситуации уровень гормона в крови может колебаться. В стрессовой ситуации (радость, испуг и т.д.) уровень гормона в крови резко возрастает. В полной спокойствия обстановке уровень гормона в крови уменьшается. В соответствии с этим вести прием гормона (в виде таблеток) нужно по самочувствию: стресс - добавить, спокойное состояние - убавить дозу гормона. Таким образом, колебания гормона в крови необходимо компенсировать за счет приема гормональных препаратов, что позволит жить, не углубляя дыхания, т.е. избежать приступов астмы.

Отсюда видна бессмысленность назначения гормонов в виде мертвых, негибких "схем", не учитывающих пульс и состояние организма.

16. При занятиях ВЛГД так снижать суточную дозу гормона, чтобы рост контрольной паузы опережал отмену гормона.

17. Наименее аллергичен из гормональных препаратов кенакорт (синонимы: триамцинолон, полькортолон), хуже - преднизолон и дексаметазон. Поэтому больным лучше перейти на менее аллергичный кенакорт. Перевод постепенный, с таблетки на таблетку, менять по одной таблетке в сутки.

18. При уменьшении дозы гормона больной, занимающийся методом ВЛГД, даже при нормальной частоте пульса и удовлетворительном самочувствии должен следующую отмену гормона делать через 3 - 4 дня усердных занятий ВЛГД и слежения за пульсом и самочувствием. Это необходимо для того, чтобы дать возможность частично восстановить надпочечники до величины отмененного гормона. Без занятий ВЛГД надпочечники не восстанавливаются и потому такие длительные снижения гормона делать не следует, так как может развиваться гормональная недостаточность. При занятиях ВЛГД отмена малой дозы будет стимулировать организм усилить производство своего гормона; а накопление углекислого газа в организме будет способствовать восстановлению пораженной части надпочечников. Оба эти фактора, действуя одновременно заставят организм восстановить нарушенную

функцию надпочечников. Без ажитий методом ВЛГД накопления углекислого газа не происходит и надпочечники не восстанавливают своей функции. Поэтому в таком случае можно только заниматься поддержанием гормонального равновесия на более или менее приемлемом для себя уровне.

19. Только на методе ВЛГД возможно постепенное снижение дозы гормона с восстановлением турни надпочечников. По нашим данным, у больных, достигших КИ равной 30 - 40 сек., пульса 65 - 70 уд/мин, полностью отпадает необходимость в приеме гормонов.

20. Гормон можно временно отменить и ранее, чем достигнута КИ в 40 сек., при условии нормальности пульса и если больной усердно занимается методом ВЛГД.

21. Если больной принимает в сутки более 8 мг гормона (более 2 таблеток преднизолона или кенакорта), то необходим прием солей калия: примерно по 0,5 г. на каждую таблетку. Соли калия содержатся в препаратах панангин (аспаркам), сенасол. Экстрасистологии сердца и судороги в ногах возникают от недостатка солей калия в организме.

22. Учесть, что гормон повышает выделение инсулина в кровь, поэтому нужна осторожность в ведении больных на гормонах при наличии сопутствующего диабета. Такому больному ни в коем случае не делать больших перерывов в приеме пищи и всегда иметь при себе сухарики.

23. Если больной не занимается уменьшением глубины дыхания и снижает ежедневную суточную дозу гормона, то при ухудшении состояния и увеличении пульса необходимо срочно вернуть весь задолженный за предыдущее время отмени гормон. Т.е. принять за один раз весь долг и в этот же день принять свою базовую (основную) дозу гормона. Если и это не помогло, то принять еще половину от максимальной, когда-либо принимавшейся дозы гормона.

24. Учесть, что при внутривенном вливании гормона требуется доза в два раза меньшая, чем при приеме в виде таблеток. Например, больному ввели ампулу дексаметазона (4мг гормона), это соответствует 28 мг преднизолона (примерно ампула преднизолона - 25 мг); в таблетках это будет 12 табл. \times 5 мг = 60 мг, т.е. максимальная доза в таблетках преднизолона - 12 штук.

25. При инъекциях кеналога (вводится 1 раз в месяц 1 см³). Таким больным вводить кеналог по необходимости. Если пульс в норме, то вводить кеналог не нужно. Или ввести половинную дозу. Кеналог - это гормон с адсорбентом, он медленнее рассасывается в крови. Лучше всего такого больного перевести на таблетки (кенакорт), и тогда самому больному легко регулировать количество гормона в сутки

по пульсу и самочувствию.

26. Все остальные лекарства применять по необходимости, но в половинной дозе или даже трети от той дозы, которая помогала раньше снимать симптомы заболевания. При условии, что больной занимается методом ВЛГД. Аналогично просить вводить в половинной дозе лекарства при вызове скорой помощи, если больной находится на методе ВЛГД.

27. Еще раз напоминаем, что о полном прекращении приема гормона можно говорить только при достижении КИ = 30 - 40 секунд. Но и после этого иметь при себе гормон не менее года и применять его при ухудшении состояния или при простудных заболеваниях - до половины максимальной дозы.

ДНЕВНИК ВЛГД

1-я страница обложки:

ДНЕВНИК ВЛГД ПО БУТЕЙКО

Фамилия больного
Имя
Отчество
Год рождения
Место рождения
Домашний адрес
Телефон
Профессия
Должность
Инвалидность
Основной диагноз
Начат:
Окончен:

2-я страница обложки:

До занятий
ВЛГД

После курса
занятий ВЛГД

1. Контрольная пауза (КП)
2. Углекислый газ в альвеолах легких
3. Глубина дыхания в % от нормы
4. Альвеолярная вентиляция (глубина дыхания)

$$ГВ = \frac{60}{КП} \cdot 100 \%$$

5. Максимальная пауза (МП)
6. Волевая пауза (ВП = МП - КП)
7. Индекс воли (ИВ = $\frac{ВП}{КП}$)
8. Жизненная емкость легких
9. Частота дыхания
10. Пульс
11. Рост
12. Вес

Страница 1:

ДИАГНОЗЫ

(сопутствующие болезни)

| Название | Дата установления |
|----------|-------------------|
|----------|-------------------|

Страницы 2,3,4:

СИМПТОМЫ ГЛУБОКОГО ДЫХАНИЯ,
за которыми необходимо следить в период нормализации дыхания

| Название | Дата появления | Дата усиления | Дата исчезновения |
|----------|----------------|---------------|-------------------|
|----------|----------------|---------------|-------------------|

Страница 5:

ПРИМЕНЯВШИЕСЯ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ
(где и чем лечился до ВЛГД)

| Название | Когда и сколько лечился | Эффект лечения |
|----------|-------------------------|----------------|
|----------|-------------------------|----------------|

Стационарно:

Курорты, санатории:

Операции:

Амбулаторно (количество дней по больничным листам за последний год):

Климатолечение:

Гормоны:

Ингаляторы

Бронхолитики:

Антибиотики, сульфаниламидные препараты:

Гипноз:

Иглотерапия:

Скорая помощь:

Реанимация:

Гемосорция:

Страница 6:

КАКИЕ ЛЕКАРСТВА ПРИНИМАЛИСЬ:
непосредственно перед ВЛГД (за последние два месяца)

| Название | Однократная и суточная дозировка | Дата назначения | Эффект | Дата отмены |
|----------|----------------------------------|-----------------|--------|-------------|
| ----- | | | | |

Страница 7:

ГЛУБОКОДУШАТЕЛЬНАЯ ПРОБА

- 1! Гипервентиляция легких (глубокое дыхание): какие симптомы возникают.
2. Гиповентиляция легких (уменьшение глубины дыхания): какие симптомы исчезают.

Страницы 8-9 (разворот):

ДНЕВНИК САМОЧУВСТВИЯ

| Дата | Время и продолжительность занятий | Пульс | КП сидя | МП сидя | Другие показатели и лекарства | Состояние организма: кишечник, питание, сон, бег и т.д., приступы, симптомы, применение метода ВЛГД для снятия симптомов |
|-------|-----------------------------------|-------|---------|---------|-------------------------------|--|
| ----- | | | | | | |

Последняя страница:

ОТЗЫВ О ПРИМЕНЕНИИ МЕТОДА ВЛГД

1. Фамилия, имя, отчество
2. Домашний адрес, телефон
3. Дата начала лечения методом ВЛГД
4. Когда прекращен прием лекарств
5. Когда прекратились тяжелые приступы
6. Сколько приступов сняли у себя и других методом ВЛГД
7. Как Вы оцениваете метод ВЛГД по эффективности и скорости ликвидации болезней и различных симптомов в сравнении с другими методами лечения.
8. Какие симптомы исчезли после применения метода ВЛГД.
9. Дата, подпись

ПРИМЕРЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕТОДОМ ВЛГД

Пример I. Больной С., 40 лет, инженер-механик, в прошлом мастер спорта по конькам. Госпитализирован скорой помощью 8.06.80 с диагнозом: atopическая бронхиальная астма, тяжелая форма, приступный пер.бд, астматический статус, легочно-сердечная недостаточность II-III степени, гормонально зависящий, поллиаллергия к запахам, лекарствам - седуксену, коргликону и пр.

Жалобы на астматическое состояние, на фоне которого преимущественно в ночное время и от малейшей физической нагрузки возникают 10-15 тяжелых приступов удушья, сильный кашель с трудно отделяемой мокротой, одышка в покое, потливость, слабость, сердцебиение, плохой сон, метеочувствительность, чувство страха, раздражительность.

Болен с апреля 1976г. - во время заболевания гриппом ввели внутривенно полиглюкин, после чего развился первый тяжелый приступ удушья. Состояние астматического статуса держалось два месяца. С первых дней заболевания принимал преднизолон до 60 мг, гидрокартизон 300 мг, затем полкортолон 32 мг в сутки. 12.08.76. была проведена операция денервации корней левого легкого, после чего состояние ухудшилось. С 13.09 по 30.12.76 находился из Ленинграда в аллергологическом отделении областной больницы г. Новосибирска с диагнозом: узелковый периартериит подострое прогрессирующее течение с синдромами бронхиальной астмы, коронарита и очаговыми изменениями в миокарде, нефрита, полиневрита поражением желудочно-кишечного тракта, кахексии. В больнице был переведен на инвалидность II, а затем I группы. В последующем больным 15 раз лечился в стационарах без должного эффекта. Специфическое обследование и лечение у аллерголога не проводилось из-за тяжелого общего состояния.

Последнее обострение началось 4. 06.80, когда для снятия приступа удушья до 6 раз в сутки вызывал скорую помощь и был госпитализирован в астматическом состоянии. 11.06.80 кроме массивной терапии (бронхолитики, сердечные, гормоны, седативные) больной бесконтрольно за ночь использовал два полных ингалятора с астмопентом и новодрином. Состояние значительно ухудшилось и была вызвана реанимационная бригада. Несмотря на реанимационные меры, полностью снять астматическое состояние не удалось.

12.06.80 к больному был применен метод ВЛГД. Все медикаментозные средства, кроме преднизолона, были отменены. Доза преднизолона, регулярно употреблявшаяся больным последние 3,5 года /35 мг в сутки/

была снижена в два раза. В момент осмотра состояние больного было тяжелым, выраженная одышка в покое с участием дополнительной дыхательной мускулатуры. Больной занимал вынужденное положение, дышал шумно, ртом, шаноз губ. Грудная клетка расширена в нижних отделах, фиксирована на вдохе. Частота дыхания — 32 в минуту, КИ — 2-3 сек.

Метод ВЛГД усвоил с первого объяснения, а через 2-3 минуты кашель и приступ удушья купировались, уменьшилось сердцебиение, улучшилось общее состояние. Сразу же была проведена вентиляционная проба: глубокое дыхание (12 вдохов за 30 секунд) вызвало кашель и приступ удушья, дрожь в теле, сердцебиение, которые исчезли за 2-3 минуты при повторном применении метода.

Таким образом, проба оказалась положительной и специфической и подтвердила зависимость бронхоспазма, кашля и сердцебиения от гипервентиляции. В дальнейшем больной научился самостоятельно снимать приступы кашля и удушья. Приступы прекратились с первого дня устранения гипервентиляции и необходимость в медикаментозной терапии полностью отпала. Сниженные дозы преднизолона были временно сохранены. Впервые за несколько последних месяцев больной стал значительно активнее, свободно ходил по коридору и поднимался по лестнице на третий этаж.

На второй день занятий, когда уровень CO_2 повысился с 24,5 до 31,5 мм рт.ст., а КИ увеличилась с 3 до 12 секунд, отмечались симптомы реакции очищения: головная боль, повышение температуры до 39° , которая удерживалась 4 часа. Это сопровождалось выделением обильной мокроты (до 150 мл) в виде слизи, пробок, тяжей. Мокрота отходила легко, без напряжения. Уменьшился аппетит, усилилась жажда и выделение горькой, вязкой слюны с запахом принявшихся ранее лекарств. Участились мочеиспускание и стул. Эти явления продолжались в течение суток, после чего состояние улучшилось. Нормализовался сон, аппетит, исчезли сердцебиение, одышка, кашель, слабость, потливость.

На 8 день лечения, когда уровень CO_2 повысился с 31,5 до 31,7 мм рт.ст., а КИ увеличилась до 20-30 секунд, отмечалась вторая реакция очищения: болезненность в мышцах, повторно отходило много мокроты. Проявления реакции были менее продолжительными, чем в первый раз. Выписан из отделения на 10-й день госпитализации со значительным улучшением. Физически активен. Трудоспособен.

В последующий период наблюдения, более 1,5 лет, отмечались редкие обострения бронхиальной астмы, связанные с прекращением контроля за дыханием и поездкой на южный берег Крыма.

Пример 2. Больной Ш., 6 лет. Поступил на амбулаторное лечение методом ВЛГД 29.II.80 с диагнозом: атопическая бронхиальная астма, тяжелая форма, астматический статус. Легочно-сердечная недостаточность II. Вазомоторная ринитация. Поллиаллергия.

Жалобы на постоянное астматическое состояние, на фоне которого, преимущественно в ночное время (и после малейшей физической нагрузки), возникает 6-7 тяжелых приступов удушья в сутки, сильный кашель с трудно отделяемой мокротой, иногда доходящий до рвоты, одышка при физической нагрузке, насморк, потливость, слабость, плохой сон, раздражительность, плаксивость, кожный зуд, запоры.

Болен с трехмесячного возраста, когда внезапно начались тяжелые приступы удушья и астматическое состояние, продолжавшееся несколько суток или недель. За 6 лет жизни 18 раз находился на стационарном лечении в специализированных отделениях, из них 5 раз в реанимационном отделении. Проведено 10 бронхоскопий, во время последней бронхоскопии после фторотанного наркоза больной впал в крайне тяжелое состояние и переведен на управляемое дыхание. Весь 1979 год до 28.09.79 находился на стационарном лечении. Проводилась терапия, в том числе и гормональная, не давала стойкого эффекта и ремиссий. Для купирования приступа, кроме обычной терапии, больной бесконтроль пользовался 4 ингаляторами каждые 15-20 минут (новодрин, эуспиран, адуцент, сальбутамол). Отмечается непереносимость к интерферону, альбуциду, фторотану, гостиничной пыли, запаху ели, винограду, яблокам, помидорам, сафре, треске и другим продуктам.

В момент осмотра состояние средней тяжести. Дышал шумно, ртом, с участием вспомогательной дыхательной мускулатуры. Грудная клетка расширена, особенно в нижних отделах, по всем легочным полям масса сухих и влажных хрипов, частота дыхания — 30 в мин., КИ — 3 сек., пульс — 118 в мин., тахикардия, тоны приглушены.

Метод ВЛГД усвоил с первого объяснения и через 10-15 минут снял астматическое состояние. Глубокое дыхание (12 вдохов за 30-40 секунд) вызвало кашель, заложенность носа, приступ удушья, усилилось сердцебиение. Вызванные гипервентиляцией симптомы исчезли за 5-7 минут при повторном уменьшении дыхания.

Таким образом, проба была положительной и специфической и подтвердила зависимость бронхоспазма, кашля, заложенности носа, сердцебиения от гипервентиляции. С первого дня лечения ребенок самостоятельно научился купировать приступы кашля, удушья, снимать насморк. Приступы стали реже (1-2 раза в сутки) и легче. Значи-

тельно сократился прием лекарств. На 6-й день прекратились приступы удушья и полностью отпала необходимость в медикаментозной терапии. Больной стал значительно активнее, впервые в жизни свободно ходил по комнате, поднимался по лестнице на 3 этаж, гулял по улице.

На 6-й день лечения, когда КИ увеличилась с 3 до 9-10 секунд, а уровень CO_2 в альвеолах повысился с 27,3 до 31,8 мм рт.ст., отмечалась реакция очищения в виде слабости, головной боли, уменьшения аппетита, выделения горькой, вязкой слюны с запахом, рвоты, учащения мочеиспускания и стула. С кашлем обильно отходила густая, вязкая мокрота. Эти явления продолжались в течение суток. В дополнительной терапии больной не нуждался, состояние улучшилось, нормализовался сон, аппетит, исчезла одышка, потливость, слабость.

На 14-й день лечения, когда уровень CO_2 повысился с 31,8 до 35,6 мм рт.ст.; а КИ увеличилась до 20 сек., отмечалась вторая реакция очищения: появилась болезненность в мышцах всего тела, обильные выделения из носа, температура $37,6^{\circ}-39,7^{\circ}$, вновь отходило много мокроты. Эти симптомы держались 7 дней.

По достижении КИ 30-40 секунд исчезли клинические проявления аллергии, в том числе на запахи. Впервые за все 6 лет жизни ребенка в доме была установлена новогодняя елка, запах которой которой он не переносил раньше. После лечения он гуляет в любую погоду по несколько часов в день, принимает водные процедуры. Под наблюдением 4 года. За это время обострений бронхиальной астмы, аллергических реакций и простудных заболеваний не отмечалось. Улучшилось общее состояние, полностью исчезли приступы удушья.

Пример 3. Больная Б; 14 лет. Поступила на стационарное лечение методом ВЛГД с диагнозом: инфекционно-аллергическая бронхиальная астма средней тяжести, приступный период. Легочно-сердечная недостаточность I-II. Вазомоторный ринит. Жалобы на астматическое состояние, длящееся десятые сутки на фоне которого возникает 2-3 приступа удушья в сутки, насморк, сильный кашель, одышку в покое; слабость, потливость, плохой сон и аппетит, кахлю.

До одного года - диатез. С 3 лет - астматический компонент, с 5 лет - приступы бронхиальной астмы, 4 раза переболела бронхопневмонией. Несмотря на то, что многократно и длительно лечилась в стационарах и 5 раз находилась в санаториях на южном берегу Крыма, состояние ухудшалось. При поступлении - состояние средней тяжести, выраженная одышка с участием дополнительной дыхательной мускулатуры, затрудненное носовое дыхание, умеренный цианоз губ, расширение грудной клетки в нижних отделах, по всем легочным полям масса

сухих звучных хрипов. Частота дыхания - 32 в мин., КИ - 3 сек, пульс - 120 в минуту.

6.07.78 до объяснения методики ВЛГД больной проведенна нагрузка на велоэргометре в течение 1,5 минут, в дальнейшем нагрузка была прекращена из-за усилившегося приступа удушья. При этом увеличился пульс на 50 ударов в мин., со 120 до 170, МОД: а 8,7 л/мин., с 7,3 до 16, л/мин.; снизились: ЭЕЛ на 169 мл, с 1,36 до 1,22 л., тест Тиффи на 13 % Д, с 35 до 22,5 % Д, ПГА вдоха и 0,4 л/сек, с 0,6 до 0,2 л/сек, КИ на 2 сек, с 3 до 1 сек, альвеолярное CO_2 на 6,8 мм рт.ст., с 25,3 до 18,5 мм рт.ст., на 10-й минуте восстановление - МОД 12,2 л/мин., пульс - 120 ударов в мин.

Методику ВЛГД усвоила с первого объяснения и через 10-15 минут сняла астматическое состояние. Глубокое дыхание (12 вдохов за 30 сек) вызвало кашель, заложенность носа, приступ удушья, усилилась сердцебиение. Вызванные гипервентиляцией симптомы исчезли за 3-5 минут повторным устранением гипервентиляции. Проба оказалась положительной и специфической и подтвердила зависимость бронхоспазма, кашля, заложенности носа, сердцебиения и цианоза от глубокого дыхания.

В дальнейшем больная самостоятельно снимала приступы кашля, удушья, насморк, через сутки приступы и реж, и легче. Больная свободно передвигалась по отделению. Значительно сократился прием лекарств.

На второй день лечения, когда КИ увеличилась с 3 до 10 сек., а уровень CO_2 повысился с 27,5 до 31,8 мм рт.ст., началась реакция очищения. Появилась слабость, головная боль, выделение горькой, вязкой слюны с запахом, уменьшился аппетит, усилилась кахля. Болезненность в мышцах, обильное выделение из носа, температура тела $37,5^{\circ}-38,3^{\circ}$. Отходила много густой, слизистой, вязкой мокроты с уплотненными пробками. Эти явления держались 3-5 часов, в дополнительной терапии больная не нуждалась.

На 4-й день приступы удушья прекратились, и полностью отпала необходимость в медикаментозной терапии. Нормализовался сон, аппетит, исчезли одышка, насморк, кашель, потливость, слабость. На 14-й день госпитализации больная выписана из отделения в удовлетворительном состоянии. В последующие 6 лет наблюдения обострений бронхиальной астмы, вазомоторного ринита, пневмонии и простудных заболеваний не было. Физически активна, не было пропусков в школе, посещала уроки физкультуры.

Динамика показателей функций внешнего дыхания в покое и после лечения ВЛГД: снизились Д0 на 55 мл - с 429 до 374 мл., МОД

на 1,3 л/мин — с 7,3 до 5,9 л/мин, r_{CO_2}/A (показатель неравномерности и неадекватности газообмена в легких) снизился на II, I мм рт.ст./сек. — с 21,8 до 10,7 мм рт.ст./сек. Повисились: ЖЕЛ на 1,8 л — с 1,4 до 3,2 л, ММ на 32,3 л — с 14,0 до 46,3 л, РД на 33,7 л — с 6,6 до 40,3 л, тест Тиффино на 43% — с 17 до 60% Д, ПТМ вдоха на 1,4 л/сек — с 0,6 до 2,0 л/сек, ПТМ выдоха на 1,9 л/сек — с 1,1 до 3,0 л/сек, КТ на 27 сек. — с 3 до 30 секунд, альвеолярный CO_2 на 13,5 мм рт.ст. — с 25 до 38,8 мм рт.ст.

Общий анализ крови: до лечения Эр. $4,5 \cdot 10^{12}/л$, Нв 16 г/л, Л. $9,2 \cdot 10^9/л$, Э. 23%, п. 1%, л. 31%, м. 5%, CO_2 9 мм/час; после лечения — Л. $7,2 \cdot 10^9/л$, Э. 3%, п. 5%, с. 37%, л. 54%, м. 1%, CO_2 5 мм/час.

После двух недель лечения методом ВЛГД больная смогла выполнить ступенчатую физическую нагрузку на велоэргометре 150-330-450 кг/м в течение 6 мин. без признаков бронхоспазма и удушья, что по нормам ВОЗ соответствует нагрузке для здоровых детей. Во время нагрузки увеличились: пульс на 85 уд/мин — с 75 до 160, МОД на 9,1 л/мин — с 5,9 до 15,0, альвеолярный CO_2 на 12,5 мм рт.ст. — с 38,8 до 41, ПТМ вдоха на 0,3 л/сек — с 2,0 до 2,3, КТ на 3 сек. — с 30 до 33 сек. На 5-й минуте восстановления пульс вернулся к исходному — 76 уд/мин, МОД 7,3 л/мин.

Таким образом, по мере уменьшения гипервентиляции и дефицита CO_2 в альвеолах, в процессе применения метода ВЛГД, показатели функций внешнего дыхания приблизились к должным величинам, ухудшилось общее состояние больной, уменьшились, затем полностью исчезли приступы удушья, вазомоторный ринит и другие признаки болезни. Физическая нагрузка на велоэргометре после лечения не сопровождалась усилением и снижением альвеолярного CO_2 , что вызывало удушье до лечения, а напротив привела к увеличению CO_2 и расширению бронхов, что подтвердилось увеличением ПТМ вдоха на 1,4 л/сек.

Пример 4. Бальной Ч. 56 лет, инвалид I группы. Поступил на амбулаторное лечение методом ВЛГД 1.12.66 с диагнозом: инфекционно-аллергическая астма, тяжелая форма, приступный период. Легочно-сердечная недостаточность II-III. Лекарственная аллергия, вазомоторный ринит. Залобы на тяжелые частые приступы удушья, которые длятся по 8 часов, одышку в покое и при малейшей физической нагрузке, сильный кашель, насморк, потливость, слабость, плохой сон. Годами не выходит на улицу в зимнее и холодное время года.

Наряду с объективными улучшениями отмечалась и положительная динамика функций внешнего дыхания в надлежательном поле зрения. МОД снизился на 18,0 л/мин. — с 23,0 до 5,0 л/мин (100% Д), показатель неравномерности и неадекватности газообмена в легких уменьшился на 18 мм рт.ст./сек — с 21,8 до 3,8, абсолютное количество эритроцитов в периферической крови уменьшилось на 181 — с 278,5 до 87,5. ЖЕЛ увеличилась на 3,5 л — с 0,5 (17,8%) до 4,0 л (100%), ПТМ вдоха на 3,3 л/сек — с 1,3 до 4,5 ПТМ выдоха на 4,4 л/сек — с 0,6 (17,8%) до 5,0 (100% Д), альвеолярный CO_2 на 21 мм рт.ст. — с 24,5 до 45,5 мм рт.ст.

Общий анализ крови: до лечения Л. $5,2 \cdot 10^9/л$, Э. 11%, п. 3%, с. 62%, л. 23%, м. 2%, CO_2 14 мм/час; после лечения Л. $7,6 \cdot 10^9/л$, Э. 4%, п. 1%, с. 46%, л. 39%, м. 10%, CO_2 8 мм/час.

Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля без патологических изменений. В базальных отделах определяется усиление и сгущение легочного рисунка за счет перибронхиальных и интерстициальных изменений. Корни легких уплотнены и структурны. Сердце в размерах не увеличено. Таким образом, в результате лечения методом ВЛГД полностью исчезли приступы удушья, вазомоторный ринит и т.д. Трудоспособен, здоров.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

I. Научные публикации

1. Бутейко К.П.: Осциллографы и гипертония: Полезно ли "большое" дыхание?// Изобретатель и рационализатор. - 1962. - № 5. - С. 7-8.
2. Бутейко К.П., Шургая Ш.Н. Функциональная диагностика коронарной болезни// Тезисы симп. по хирург. лечению коронарной болезни. - М., 1962. - С. 42-43.
3. Бутейко К.П., Демин Д.В. Кросскорреляционный анализ физиологических функций// Изв. Сиб. отд. АН СССР. - 1963. - № 6. Сер. биол.-мед. наук. - Вып. 2. - С. 127-129.
4. Бутейко К.П., Одинцова М.В., Демин Д.В. Влияние гипер- и гипоксемии на тонус периферических сосудов// Материалы Второй сиб. науч. конф. терапевтов. - Иркутск. - 1964. - С. 27-28.
5. Бутейко К.П., Демин Д.В., Одинцова М.П. Применение регрессионного анализа для дифференцировки влияния газовых компонентов артериальной крови на функциональное состояние мелких периферических артерий// Материалы Второй сиб. науч. конф. терапевтов. - Иркутск, 1964. - С. 38.
6. Бутейко К.П. Инструкции лечения бронхиальной астмы, стенокардии, гипертонической болезни и облитерирующего эндартериита волевым нормализации дыхания/ Препринт. - Новосибирск, 1964. - 6 с.
7. Бутейко К.П., Демин Д.В., Одинцова М.П. Математический анализ взаимосвязи физиологических показателей // Физико-математические методы исследования в биологии и медицине. Материалы I Новосиб. конф., 1965. № С. 63-64.
8. Бутейко К.П., Демин Д.В., Одинцова М.П. Взаимосвязь между легочной вентиляцией и тонусом артериальных сосудов у больных гипертонической болезнью и стенокардией// Физиологичний журн. - 1965. - Т. II. № 5. - С. 683-686 (на украинском языке).
9. Бутейко К.П., Демин Д.В., Одинцова М.П. Зависимость между углекислотой в альвеолах, артериальным давлением и холестерином крови у больных гипертонической болезнью и стенокардией // Материалы Третьей сиб. науч. конф. терапевтов. - Иркутск, 1965. - С.
10. Бутейко К.П., Кросскорреляционная методика анализа физиологических регуляций// Материалы 7-й Всесоюз. конф. по автоматич. контролю и методам электр. измерений. - Новосибирск, 1965. - С. 284.
11. Бутейко К.П. Комплексные исследования функциональных систем в биологии и медицине// Докл. секции мед. электроники 9-й обл.

- науч.-техн. конф., посвящ. Дню радио. - Новосибирск, 1966. - С. 12
12. Бутейко К.П., Демин Д.В., Одинцова М.П. Зависимость между периферическим давлением в альвеолярном воздухе и тонусом периферических артерий у больных гипертонической болезнью и стенокардией// Здравоохранение Туркменистана. - 1966. - № 2. - С. 11-15.
13. Бутейко К.П., Демин Д.В., Одинцова М.П. Действие углекислоты на крупные артерии больных гипертонической болезнью и атеросклерозом// Здравоохранение Казахстана. - 1966. - № 6. - С. 29-30.
14. Бутейко К.П., Демин Д.В., Одинцова М.П. Линейная модель регуляции сосудистого тонуса газовыми компонентами артериальной крови// Докл. 9-й обл. науч. конф., посвящ. Дню радио. - Новосибирск, 1966. - С. 3-11.
15. Бутейко К.П. и др. Влияние волевой регуляции дыхания на некоторые физиологические функции на высоте// Вопросы авиационной медицины. - М., 1966. - С. 94-99.
16. Бутейко К.П., Часовских С.Ф., Демин Д.В. Косвенное определение степени гипертензии малого круга по данным калиброванной фонокардиографии // Материалы 4-й Поволжской конф. физиологов, биохимиков и фармакологов... Саратов. - 1966. - С. 251.
17. Бутейко К.П., Одинцова М.В., Демин Д.В. Влияние гипер- и гипоксемии на тонус артериальных сосудов// Сов. медицина. - 1967. - № 3. - С. 44-49.
18. Бутейко К.П., Мурахтанова З.М. и др. К вопросу характеристики внешнего дыхания у больных сколиозом// Сб. работ Новосиб. ин-та травматологии и ортопедии. - Новосибирск, 1967. - С.
19. Бутейко К.П. и др. О применении корреляционных методов для исследования сердечно-сосудистой системы// Мат. методы в авиацион. и космич. медицине. - М., 1967. - С. 50.
20. Бутейко К.П., Демин Д.В., Одинцова М.П. Взаимная информативность сердечного ритма и других физиологических функций человека по данным кросскорреляционного анализа// Мат. методы анализа сердечного ритма. - М., 1968. - С. 99.
21. Бутейко К.П., Одинцова М.П., Насонкина Н.С. Вентиляционная проба у больных бронхиальной астмой// Врачебное дело. - 1968. - № 4. - С. 33-36.
22. Бутейко К.П., Одинцова М.П. Гипервентиляция как одна из причин спазма гладкой мускулатуры бронхов и артериальных сосудов// Материалы 4-й науч. - практ. конф. по врач. контролю и леч. флз-культуре. - Свердловск, 1968. - С. 315-316.

23. Бутейко К.П. Комплексные методы исследования сердечно-сосудистой системы и дыхания // Вопросы функциональной диагностики. - Новосибирск, 1969. - С. 94-99.
24. Бутейко К.П. Теория CO₂-дефицитных болезней цивилизации как адаптации к эволюции атмосферы // Кибернетические аспекты адаптации системы "человек-среда". Тез. семинара. - М., - С. 38-41.
25. Бутейко К.П. Способ лечения гемоглокарбии. Авторское свидетельство № 1067640. - Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений СССР от 15 сентября 1983г.
26. Бутейко К.П., Генина В.А. К патогенезу приступа удушья при физической нагрузке // Немедикаментозные методы лечения больных бронхиальной астмой. Тез. докл. Всесоюз. конф. - М., 1986. - С.12.
27. Бутейко К.П., Генина В.А. Сравнение обоснованности и эффективности комплексного, симптоматического и монотерапевтического принципов лечения бронхиальной астмы и других аллергозов // Там же. - С. 65-66.
28. Бутейко К.П., Генина В.А. Теория открытия глубокого дыхания (гипервентиляция) как главной причины аллергических, бронхо-сосудистых и других болезней цивилизации // Там же. - С. 66.
29. Бутейко К.П., Генина В.А., Насонкина Н.С. Реакция самогенеза при лечении методом ВЛД (волевой ликвидации глубокого дыхания) // Там же. - С.67-68.
30. Путинцев Е.В., Варламова З.А., Мецарикова Л.Р. К вопросу о лечебной физкультуре при бронхиальной астме // Сб. материалов к годичной науч. сессии ин-та. - Новокузнецк, 1967. - С. 235-236.
31. Шеломова К.В. Волевая нормализация дыхания в комплексе лечебной физкультуры при бронхиальной астме // Мат. 4-й науч.-практ. конф. по врачебному контролю и леч. физкультуре. - Свердловск, 1968. - С. 317.- 318.
32. Панова Л.А. Бронхиальная астма - модель адаптации к измененным условиям среды // Кибернетические аспекты адаптации системы "человек-среда". Тез. семинара. - М., 1975. - С.99-101.
33. Гавалов С.М., Генина В.А., Гавалова Р.Ф. Волевая регуляция дыхания в комплексном лечении бронхиальной астмы у детей // Аллергические заболевания у детей. Тез. Всесоюз. конф. - Саратов, 1978. - С.188-190.
34. Генина В.А., Глушенко И.Р. Построение обобщенного показателя состояния при бронхиальной астме // Методы физических измерений параметров экологических систем и математическая обработка полученных данных. - Новосибирск, - С. 72-82.
35. Генина В.А. Роль гипервентиляции в патогенезе бронхиальной астмы и ее лечение путем уменьшения вентиляции легких // Эпидемиологическая характеристика неспецифических заболеваний легких у различных профессиональных групп. - Новосибирск, 1982. - С.116-126.
36. Генина В.А. и др. Лечение бронхиальной астмы у детей методом волевой нормализации дыхания (ВЛД) по данным детской клиники БСМУ // Педиатрия. - 1982. - № 2. - С.74-75.
37. Генина В.А. Методика устранения хронической гипервентиляции при лечении больных с обструктивным синдромом // Лечение неспецифических заболеваний легких. - Новосибирск, 1985. - С.95-106.

2. Популярные публикации

1. Комбайн против гипертонии в Институте экспериментальной биологии и медицины // Изобретатель и рационализатор. - 1961. - № 4. - С.
2. Бутейко К.П. Электроника в медицине // За науку в Сибири. - 1961. - № 3.
3. Галимов Л. Лечение без ... лекарств // Курортная газета. Ялта, от 25 августа 1965г.
4. Формула хвороби // Радянська Україна, Киев, от Июля 1966г.
5. Коган В. Атакованная неизбежность // Красное знамя, Томск, от 10 сентября 1966г.
6. Бутейко К.П. Физиология дыхания и здоровья // Наука и общество, 1966, № 9 (на укр. языке).
7. Атакована астма // Svet socializmu (Польша), 1967, № 24.
8. Коган В. Астматики, не дышите глубоко! // Zdravie ludi (Чехословакия). 1967, № 13.
9. Соколов В. Дышите глубже! А надо ли? // Лит. газета, № 8, 1 мая 1967г.
10. Шапов Ю. В защиту доктора Бутейко // Сов. Россия, Январь 1968г.
11. Федоров Б. Не дышите глубоко! // Вечерний Новосибирск, 6 августа 1968г.
12. Каримов О. Угроза глубокого дыхания? // Кавказская здравница, Ставрополь, 20 сентября 1968г.
13. Бутейко К.П. Экономное дыхание // Химик, Ростов, 10 и 24 марта 1969г.
14. Полковников в Удивительный парадокс // Сельская молодежь, 1969, № 10.

15. Колесников Г. Не дышите глубоко // *Спутник*, 1980, № 3, с. 130.
16. Михайлов М. Человеку не хватает углекислого газа // *Мирков News*, 1971, № 35. - С. 11 (на англ. языке).
17. Пасарчик В. "Дышите глубже!" А надо ли? // *Труд*, 14 ноября 1984г.
18. Андреев Н. Учитесь ... дышать // *Собеседник*, 1984. - № 42, - С. 13.
19. *Unga Halsö revolutionen. - Stockholm, Medat, 1985. - 112 p.* (Русская революция здоровья. - Стокгольм: Ридат / на шведском языке).
20. Чудо ... с авторским свидетельством // *Черноморская здравница*, Сочи, 29 августа 1985г.
21. Андреев Н. Не дышите... // *Собеседник*, № 52, декабрь, 1985г.
22. Ильинская Н. Учимся ... дышать // *Соц. индустрия*, 9 февраля 1986г.
23. Устинов В. А вы умеете дышать? // *Сов. молодежь*, Иркутск, 4, марта 1986г.
24. Дмитрук М. Вдох - выдох // *Неделя*, № 20, 12 мая 1986г.
25. Паламарчук Г. Заново родиться // *Правда*, 22 сентября 1986г.
26. Яценев В. Дышите легче // *Вечерний Новосибирск*, 8 октября 1986г.
27. Курносенко В. Открытие Бутейко // *Лит. газета*, № 51, 17 декабря 1986г.
28. Нелюбин В. И отступит боль // *Красноярский рабочий*, 23 декабря 1986г.
29. Грачева С. Только ли осторожность? // *Вечерний Новосибирск*, 12 января 1987г.
30. Бутейко К.П. Дыхание: семь раз отмерить // *Сов. Сибирь*, Новосибирск, 12 февраля 1987г.
31. Дмитрук М. Парадоксы дыхания // *Спутник*, 1987, № 3. - С. 118-121 (на семи языках).
32. Балакли Г. Второе дыхание (о судьбе метода К.П. Бутейко) // *Мед. газета*, 13 марта 1987г.
33. Райлин Д. Связь врача и больного // *Алтайская правда*, Барнаул, 1987г.
34. Якушин С. Учитесь ... не дышать // *Московская правда*, 1 июля 1987г.
35. Антонова Е. "Рецепт на дыхание" // *Вечерняя Одесса*, 29 июня 1987г.
36. Шербаков А. Испытание без лекарств (Еще раз о методе К.П. Бутейко в зеркале медстатистики красноярских больниц) // *Известия*, 4 декабря 1987г.

СО Д Е Р Ж А Н И Е

| | |
|--|----|
| Долой глубокое дыхание! Введение..... | 1 |
| I. Показания к применению метода ВЛГД..... | 2 |
| II. Противопоказания к применению метода ВЛГД..... | 2 |
| III. Контрольная, волевая и максимальные паузы, методика их измерения..... | 3 |
| IV. Глубокодыхательная проба..... | 4 |
| V. Описание метода ВЛГД..... | 6 |
| VI. Освоение метода ВЛГД..... | 7 |
| VII. Проверка правильности тренировки ВЛГД у больного методистом ВЛГД..... | 11 |
| VIII. Дополнительные рекомендации..... | 13 |
| IX. Ошибки больных..... | 14 |
| X. Реакция очищения (саногенеза)..... | 15 |
| XI. Поведение больного после излечения..... | 15 |
| Приложения : | |
| 1. Таблица I..... | 1 |
| 2. Симптомы болезни глубокого дыхания..... | 1 |
| 3. Экзамен для выявления ошибок больного, обучаемого методу ВЛГД..... | 1 |
| 4. Методика тренировки бега трусцой..... | 1 |
| 5. Инструкция по применению гормонов при лечении больных бронхиальной астмой в сочетании с методом ВЛГД..... | 1 |
| 6. Дневник ВЛГД..... | 1 |
| 7. Примеры лечения больных методом ВЛГД..... | 1 |
| 8. Список литературы..... | 1 |

В подготовке материалов принимали участие методисты ВЛГД
Митрофанов Б.С., Чешев С. И.