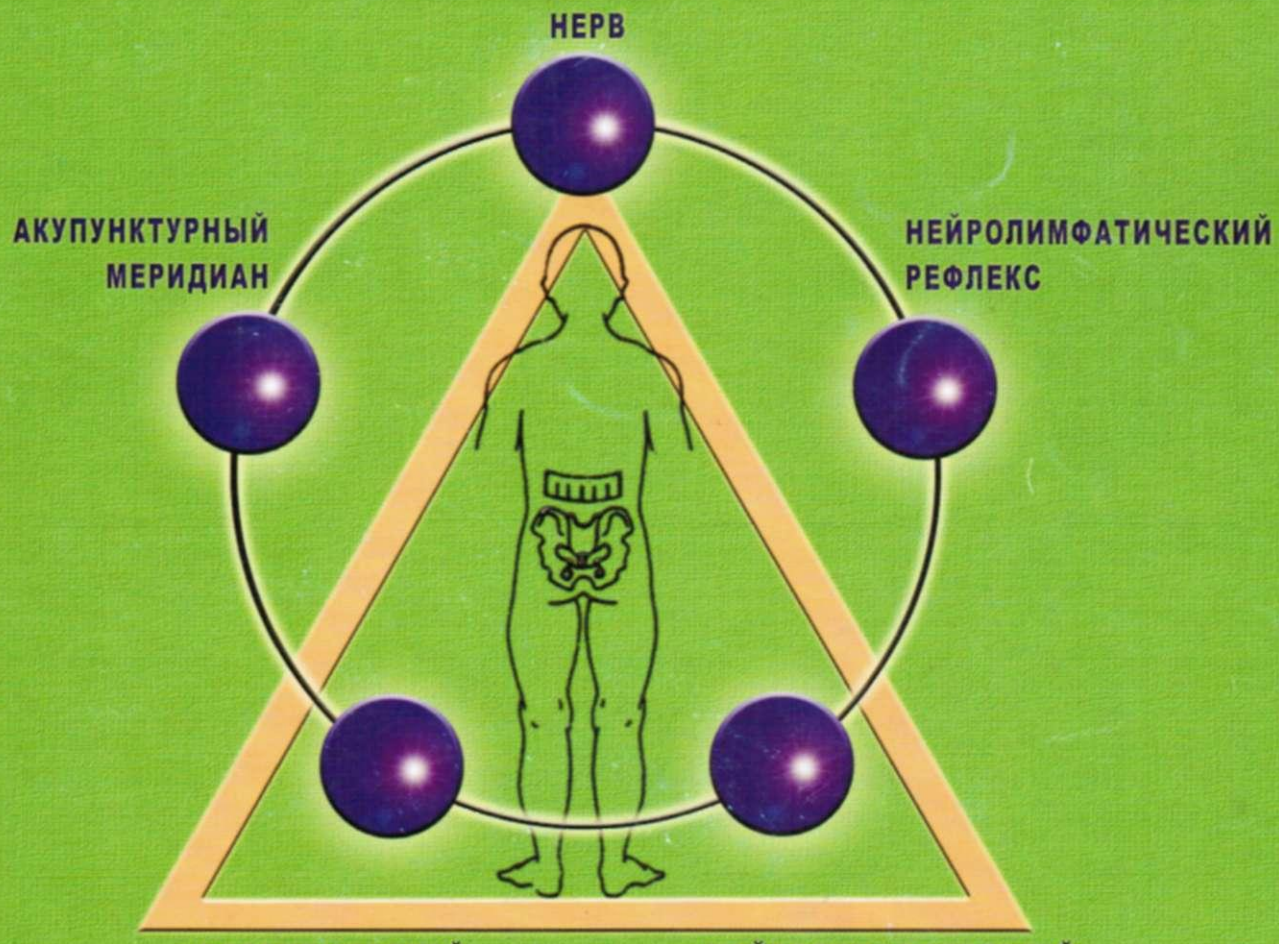
ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

№ 1 (2) 2003



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЗ РФ

МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

НЕМЕЦКО-РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ И ФИЗИОТЕРАПИИ

На этой фотографии Вы виОете перед соиой ***учаетжшое*** *международного семинара по мануальной терапии,* ***органишшашо*** *профессором К. Левитом в 1991* л

В этом семинаре принял участие проф В. Янда (в середине первого ряда), скончавшийся 22 ноября 2002 г., не дожив несколько месяцев до своего 75-летия.

Слева от него:
проф. Иваничев Г.И. (Россия, Казань), проф. Левит К. (Чехия, Прага), д-р Бухман (Германия, г. Росток), д-р Садовский (Польша, Варшава).

Справа:
д-р Горинова М. (Чехия), проф. Скоромец А.И. (Россия, Санкт-Петербург), доцент Попелянский А.И. (Россия, Казань).

В числе участников также присутствовали:
доцент Касванде З. (Рига), проф. Прохорский А.А. (Ставрополь), проф. Веселовский В.П. (Казань), проф. Барвинченко А.А., проф. Федин А.И. (Москва), проф. Бобко Я.Н. (Санкт-Петербург), проф. Жулёв Н.М. (Санкт-Петербург), проф. Филиппович Н.Н. (Минск), доцент Шитиков Т.А. (Украина), проф. Клименко А.В. (Украина), проф. Васильева Л.Ф. (Новокузнецк), проф. Марчук Г.С. (Киев), доцент Саморуков А.А. (Москва), доцент Саяпин В.В. (Новокузнецк), проф. Мерзинюк О.С. (Новокузнецк), доцент Малевик В.Ф. (Новокузнецк), доцент Дуранян А.Р. (Москва), доцент Маломут (Молдавия), доцент Баранцевич Е.Р. (Санкт-Петербург).

Именно на этом семинаре профессору В. Янде удалось познакомить ведущих специалистов с основами визуальной диагностики и обучить диагностике 4 этапов формирования функциональной слабости.

Полученное представление о роли функционально расслабленных мышц явилось основой для дальнейшего изучения данной проблемы уже в рамках прикладной кинезиологии.

Более подробную информацию о проф. Владимире Янде и его работах можно получить на сайтах:
www.kineziolog.ru, www.tonus.biz

«ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ»

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
Учредитель и издатель
Общероссийский общественный фонд
«Социальное развитие России»

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Л.Ф. Васильева, доктор мед.наук, профессор, заведующая лабораторией мануальной терапии Федерального научного клинико-экспериментального центра традиционных методов диагностики и лечения Минздрава Российской Федерации, зав. курсом неврологии и традиционной медицины при кафедре неврологии ФУВ РГМУ, вице-президент Российской ассоциации мануальной терапии, президент ассоциации прикладной кинезиологии (далее ПК)

ЗАМ. ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА
И.Р. Шмидт, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой неврологии ГИДУВа, почетный президент межрегионального филиала ПК, г. Новокузнецк
Я.Н. Бобко, доктор мед. наук, профессор кафедры реабилитации педиатрической академии, президент филиала ассоциации ПК, г. Санкт-Петербург
А.И. Беляев, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой реабилитации ВМИ, г. Владивосток
А.Г. Чеченин, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой неврологии, мануальной терапии и иглорефлексотерапии, г. Новокузнецк
Т.Н. Чернышова, канд. мед. наук, директор частнопрактикующего центра «Манус», г. Владивосток, президент Приморского филиала межрегиональной ассоциации ПК
А.М. Михайлов, канд. мед. наук, доцент кафедры неврологии, мануальной терапии и иглорефлексотерапии, президент филиала ассоциации ПК, г. Новокузнецк

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ
Г.Д. Вереземская, научный сотрудник лаборатории мануальной терапии Федерального научного клинико-экспериментального центра традиционных методов диагностики и лечения Минздрава РФ, секретарь межрегиональной ассоциации ПК, г. Москва

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
А.А. Карпеев, генеральный директор Федерального научного клинико-экспериментального центра традиционных методов диагностики и терапии
Ф.А. Юнусов, доктор мед. наук, академик РАЕН, ректор Российской академии медико-социальной реабилитации, г. Москва
Е.Д. Тимофеева, доктор мед. наук, профессор, директор частнопрактикующего центра, президент филиала межрегиональной ассоциации ПК, г. Екатеринбург
С П. Субботин, главный врач хозрасчетного санатория «Ува», президент филиала межрегиональной ассоциации ПК, Удмуртия
О.Е. Дуванская, директор частнопрактикующего центра, президент Байкальского филиала межрегиональной ассоциации ПК, г. Ангарск
А.И. Коршунов, директор частнопрактикующего центра, президент филиала межрегиональной ассоциации ПК, г. Красноярск
Г.М. Крамер, врач частнопрактикующего центра, президент филиала межрегиональной ассоциации ПК, г. Новосибирск
А.И. Федоров, врач частнопрактикующего центра, президент филиала межрегиональной ассоциации ПК, г. Томск
А.В. Ульихин, президент филиала межрегиональной ассоциации ПК, г. Пятигорск

ИНОСТРАННЫЕ КОЛЛЕГИ
Smith C.R.A., Diplomat ICAK, Dr osteopathy, the Manse Health Centre, England
Deal S., Diplomat ICAK, Dr chiropractic, International Board of Examiners Representative ICAK, USA
Goodheart G.I., Diplomat ICAK, Dr chiropractic, research director of the ICAK, USA
Gates Tracy, Diplomat ICAK, Dr osteopathy Donnechka Clinic West Sussex, Great Britain
Shafer J., Diplomat ICAK, Dr chiropractic, Scotland

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «РЕА»
МОСКВА

——2003 —

СОДЕРЖАНИЕ

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА 4

ПОЗДРАВЛЕНИЯ 4

ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ В СВЕТЕ ЕВРОПЕЙСКОЙ ПОЛИТИКИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ
Ф.А. Юнусов 6

ОСНОВЫ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ (ЛЕКЦИЯ, ПРОДОЛЖЕНИЕ)
И.Р. Шмидт 10

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ЭФФЕКТА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СЛАБОСТИ МЫШЦ
Л.Ф. Васильева, В.И. Коренбаум, Т.Н. Чернышева, Т.П. Апухтина 12

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ОБУЧЕНИЯ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В РОССИИ
Л.Ф. Васильева 15

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В РАЗНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ

НЕВРОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА ГРУШЕВИДНОЙ МЫШЦЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ КИШЕЧНИКА
И.Д. Зотов 18

ПЕДИАТРИЯ

НЕХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ПОЗВОНОЧНИКА И ФОРМИРОВАНИЕ ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТСКОГО ОРГАНИЗМА
Я.Н. Бобко, В.Г. Часнык 22

ПСИХОЛОГИЯ

ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ
А.Ф. Беляев, Е.В. Ярощук 26

ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ, СВЯЗАННОГО С ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЕМ, МЕТОДОМ ИГЛОУКАЛЫВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АКТИВНЫХ ДВИЖЕНИЙ ПАЦИЕНТА ВО ВРЕМЯ СЕАНСА
А.Г. Семенов, Е.А. Полукарова, А.Г. Чеченин 31

ТЕРАПИЯ

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ АТЕРОГЕННЫХ ФАКТОРОВ КРОВИ ПОД КОНТРОЛЕМ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ
О.В. Кузнецова, В.А. Михайлов 32

CONTENTS

FROM THE EDITOR ACKNOWLEDGEMENTS 4

CELEBRATIONS 4

ARTICLES

MEDICAL REHABILITATION - AN INTEGRATED TREND IN MEDICINE. PROSPECTS OF DEVELOPMENT
By Yunusov F.A. 6

BASICS OF APPLIED KINESIOLOGY. LECTURE (CONTINUATION)
By Schmidt I.R. 10

THE EFFECT OF FUNCTIONAL MUSCULAR WEAKNESS
By Vasilyeva L.F., Korenbaum V.I., Chernishova T.N., Apukhtina T.P. 12

ORGANIZATIONAL ISSUES OF TEACHING APPLIED KINESIOLOGY
By Vasilyeva L.F. 15

USAGE OF APPLIED KINESIOLOGY IN VARIOUS AREAS OF MEDICINE

NEUROLOGY

FORMATION OF PIRIFORMIS SYNDROME IN PATIENTS WITH INTESTINAL DYSFUNCTION
By Zotov I.D. 18

PEDIATRICS

NON-SURGICAL SPINE PATHOLOGY AND F ORMATION OF TYPOLOGICAL PECULIARITIES OF A CHILD'S BODY
By Bobko Ya. N, Chasnik V.G. 22

PSYCHOLOGY

APPLIED KINESILOGY METHOD IN CHRONIC FATIGUE SYNDROME DIAGNOSTICS
By Belyayev A.F., Yaroshuk E.B. 26

ACUPUNCTURE AND REFLEX THERAPY

ACUPUNCTURE AND PATIENT'S ACTIVE MOVEMENT IN TREATMENT OF LUMBER SPINE ACUTE PAIN SYNDROME RELATED TO COLD EXPOSURE
By Semyonov A.G., Polukarova E.A., Chechenin A.G. 31

THERAPY

APPLIED KINESIOLOGY IN NON-MEDICATION CORRECTION OF ATHEROGENIC BLOOD FACTORS
By Kuznetsova O.V., Mikhailov V.A. 32

СТРАНИЧКА ЧЛЕНА АССОЦИАЦИИ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

УСТАВ (ПРОДОЛЖЕНИЕ) 35

ПРАВИЛА ВСТУПЛЕНИЯ В АССОЦИАЦИЮ МАПК 36

ФОРМИРОВАНИЕ АССОЦИАЦИЙ В ДРУГИХ СТРАНАХ 36

СТАТУС МЕЖДУНАРОДНОГО КОЛЛЕДЖА ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ (ICAK) 37

ВПЕЧАТЛЕНИЯ ОТ ЗНАКОМСТВА С МЕЖДУНАРОДНОЙ КОЛЛЕГИЕЙ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ - США
Т.Н. Чернышева 39

ОТЧЕТ О VIII КОНГРЕССЕ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ
Л.Ф. Васильева 40

ИНФОРМАЦИЯ О КОНГРЕССАХ 41

СТРАНИЧКА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

ДИСФУНКЦИЯ ГРУДОБРЮШНОЙ ДИАФРАГМЫ ВРАЧА. САМОДИАГНОСТИКА И САМОКОРРЕКЦИЯ
Л.Ф. Васильева 43

СТРАНИЧКА ВРАЧА - КУРСАНТА

ПЛАН-ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В РОССИИ
Л.Ф. Васильева 48

ИНФОРМАЦИЯ 52

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

ВИСЦЕРОМОТОРНЫЕ РЕФЛЕКСЫ В РАБОТАХ М.Р. МОГЕНДОВИЧА (ОБЗОР РАБОТ М.Р. МОГЕНДОВИЧА И ЕГО УЧЕНИКОВ)
А.Е. Шуляк 53

СТРАНИЧКА ПАЦИЕНТА

БОЛЬ-ОБМАН ЛОКАЛИЗАЦИИ И ПРИЧИНЫ ЕЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)
Л.Ф. Васильева 56

СТРАНИЧКА ПАМЯТНЫХ ДАТ

НЕКРОЛОГ 58

СМЕРТЬ УЧИТЕЛЯ 59

ЮБИЛЕЙ 60

ПИСЬМА ЧИТАТЕЛЕЙ 61

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ! ТРЕБОВАНИЯ К МАТЕРИАЛАМ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫМ В РЕДАКЦИЮ 62

ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ 63

РАСЦЕНКИ НА РАЗМЕЩЕНИЕ РЕКЛАМЫ В ЖУРНАЛЕ 64

APPLIED KINESIOLOGY ASSOCIATION MEMBER'S PAGE

CHARTER OF THE INTERREGIONAL ASSOCIATION OF APPLIED KINESIOLOGY

MEMBERSHIP IN THE INTERREGIONAL ASSOCIATION OF APPLIED KINESIOLOGY

ADDRESSES OF NEW AK CHAPTERS

ICAK STATUS

IMPRESSIONS OF ATTENDING THE ICAK CONGRESS
By Chernishova T.N.

REPORT ON THE VIII CONGRESS OF AK
By Vasilyeva L.F.

ADVERTISING

PRACTITIONER'S PAGE

DYSFUNCTION OF PHYSICIAN'S THORACIC-ABDOMINAL DIAPHRAGM. SELF-DIAGNOSIS, SELF-CORRECTION
By Vasilyeva L.F.

COURSE ATTENDEE'S PAGE

PROGRAM FOR TEACHING APPLIED KINESIOLOGY
By Vasilyeva L.F.

INFORMATION

REVIEWS OF LITERATURE

VISCERAL MOTOR REFLEXES
By Shulyak A.E.

PATIENT'S PAGE

PAIN - DECEPTIVE LOCALIZATION OF ITS CAUSE. (CONTINUATION)
By Vasilyeva L.F.

OBITUARIES

POPELYANSKY YA. YU.

V. JANDA

CELEBRATIONS - G. GOODHEART

READERS' LETTERS

ATTENTION FOR AUTHORS

INFORMATION ON SUBSCRIPTION

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Дорогие коллеги!

Первый номер журнала был с интересом встречен врачами различных специальностей. Пришли поздравления. С ними вы можете познакомиться в начале журнала. Было много конкретных предложений по улучшению подачи материала, организации живых дискуссий по основным проблемам, в частности по введению новых рубрик, таких, как письма читателей, терминологический словарь, наши учителя, обзор литературы. Эти пожелания мы сразу же учли, так что с содержанием новых рубрик вы можете познакомиться на страницах этого номера.

ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

В данной рубрике опубликованы материалы по объективизации феномена функциональной слабости, дискуссия между современными представлениями о теоретической физиологии и возможностями её использования в прикладной кинезиологии для осмысления основных её положений.

НА СТРАНИЧКЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

опубликован ответ на просьбу одного из читателей о необходимости разработки самокоррекции и самозащиты врача, так необходимых при работе. Вниманию читателя предложена информация об одном из наиболее частых осложнений - спазме грудобрюшной диафрагмы.

В СТРАНИЧКЕ ЧЛЕНА АССОЦИАЦИИ

продолжается опубликование устава, правила вступления в ассоциацию, приведены статьи наших коллег из международного колледжа ПК по организации международной ассоциации, отчет о 8-м Международном конгрессе. Его участники смотрят на вас со второй страницы журнала.

В СТРАНИЧКЕ КУРСАНТА

вниманию читателей предложен план-программа обучения прикладной кинезиологии для обсуждения и внесения необходимых деталей, для принятия его функционирования по РФ. По просьбе читателей выделена рубрика терминологический словарь, где будут публиковаться обозначения терминов, предложенные разными авторами.

В РУБРИКЕ «ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ»

- история жизнедеятельности выдающихся деятелей науки, внесших свой вклад в развитие прикладной кинезиологии как функциональной неврологии. На сегодняшний день представлен некролог, посвященный Я.Ю. Попелянскому, и поздравление к юбилею Гудхарда.

В конце приложены Интернет-адреса, где можно познакомиться с различными материалами по ПК.

Главный редактор проф. Л.Ф. Васильева

ПОЗДРАВЛЕНИЯ

Глубокоуважаемая Людмила Федоровна!

Поздравляю Вас и весь авторский коллектив с выходом журнала «Прикладная кинезиология». 1-й номер великолепен и по содержанию, и по оформлению. Очень приятно и трогательно, что в журнале отведено место истории становления прикладной кинезиологии в России. Надо постараться не снизить планку и в следующих номерах журнала. Он должен стать проводником идей и практики прикладной кинезиологии. Их строгое научное обоснование - залог развития нового направления в теории и практике медицины, основанной на целостном подходе к организму.

Хочется пожелать журналу долгой жизни.

Зав. кафедрой неврологии Новокузнецкого института усовершенствования врачей, доктор медицинских наук, академик РАЕН, профессор **И.Р. Шмидт.**

y t is a pleasure and honor for me J. to welcome all those who will be attending the Russian Chapter's Congress of Applied Kinesiology. Both my wife and myself have happy memories of attending the Russian Chapter Congress in 2000. The AK concept is advancing both in Europe and Russia, not to mention the United States.

Best wishes and congratulations to all readers AK in Russia.

George J. Goodhearth, D.C. DIBAK. Research Director.

Для меня большая честь и гордость приветствовать всех, кто является членом Российского филиала Международной ассоциации прикладной кинезиологии. Мы вместе с моей супругой с большим удовольствием приняли участие в заседании конгресса Межрегиональной ассоциации прикладной кинезиологии России в 2000 году. Я горжусь, что концепции прикладной кинезиологии завоевали умы не только думающих людей в Соединенных Штатах Америки, но также в Европе и России.

Наилучшие пожелания и искренние поздравления всем читателям журнала «Прикладная кинезиология» в России.

To all my Russian's friends and colleagues, I send you my fondest greetings from Scotland.

That first journey was both difficult and magnificent for the both of us. It was a journey that would come to change our lives for the better, forever. At first, much of your growth in AK was dependent on us. Now it is independent of us, and this is as it should be.

Who would have thought that from an intense interest in craniosacral mechanics and a sports medicine seminar in 1991, that AK in Russia was begun. Only because of the intuitive foresight and perseverance of Ludmila was this process that brings you here today began. Her persistence and will-power convinced my good friend and colleague Chris and I to begin teaching in Russia; the first time in Mezhdurechensk at a place called Paradiso! It wasn't quite paradise, but what has come out of that first week is a truly impressive AK organization Congratulations on doing so well.

My Compliments to all of you who have worked so very hard at perfecting skills in applied kinesiology and at becoming one of the best AK Chapters in the world. And this is right!!!

It is impossible in this short message to name all the Sergeis, Nickolais, Igors, Ivans, Natalyas, Natashas, and many others who have touched our lives so deeply for so many years. But to all of you, named and unnamed, our warmest remembrances.

Thank you also for asking me to be an honorable member of your editorial board for your AK publication. I will try to serve you well in that capacity.

AS I DID ON A VIDEO MANY YEARS AGO, I AGAIN RAISE A VODKA SALUTE TO ALL OF YOU AGAIN! VASHAE ZDOROVIE!

Joseph P. Shafer DC,
CCSP, DIBAK.

Я посылаю сердечный привет из Шотландии всем моим замечательным друзьям и коллегам в России.

Первая поездка в Россию была одновременно и трудной, и замечательной для нас обоих. Это была поездка, которой было суждено изменить наши жизни к лучшему навсегда. Сначала ваш рост в области ПК зависел от нас. Сейчас он не зависит от нас, и это то, что должно быть.

Кто бы мог подумать, что с активного интереса к краниально-сакральным техникам и семинара по спортивной медицине в 1991 году началось развитие прикладной кинезиологии в России. Только благодаря интуитивному предвидению и стараниям Людмилы начался этот процесс, который сегодня привёл вас сюда. Её настойчивость и сила воли убедили меня и моего хорошего друга и коллегу, Криса, начать преподавание в России; первый раз - в Междуреченске, в местечке под названием Парадисо! (Прим. переводчика - «парадис» по английски означает рай). Это было не совсем раем, но то, что вышло из этого в течение той первой недели, является сейчас поистине впечатляющей организацией ПК! Мои поздравления вам за отличную работу.

Мои комплименты всем вам, кто так усердно работал над совершенствованием навыков в области прикладной кинезиологии и становлением одного из лучших филиалов прикладной кинезиологии в мире. И это правда.

В таком коротком послании невозможно поимённо назвать всех Сергеев, Николаев, Игорей, Иванов, Наталий и многих других, которые затронули наши жизни так глубоко на многие годы. Всем вам - названным и неназванным - наши самые тёплые приветствия.

Спасибо вам за предоставленную честь быть членом редакционной коллегии вашего журнала по ПР. Я буду стараться хорошо работать в этом качестве.

Как я записал на видеокассете много лет назад, я опять поднимаю бокал и снова приветствую всех вас!

ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ!

Дж. Шейфер, дипломат ДИБАК,
доктор хиропрактики.

ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ В СВЕТЕ ЕВРОПЕЙСКОЙ ПОЛИТИКИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Ф.А. Юнусов,
ректор Российской академии медико-социальной реабилитации

РЕЗЮМЕ

В России десятки лет складывалась структура государственного здравоохранения. Да, она в современных социально-экономических условиях несовершенна, но все же имеет и определенные позитивные элементы. Коренной ломки или поспешных преобразований она не выдержит. Служба медицинской реабилитации должна органически вписаться в существующую структуру здравоохранения и развиваться вместе с ней. И в этом, несомненно, большую помощь может оказать прикладная кинезиология, обладающая тонким индикатором - тестированием функционального состояния мышечного тонуса и его изменением под влиянием различных методов реабилитации.

Программы медицинской реабилитации широко используются и разрабатываются в развитых странах мира в рамках Всемирной организации здравоохранения и других международных организаций. Определенное развитие медицинской реабилитации*, хотя явно и недостаточное, происходит и в нашей стране.

Исторически эволюцию медицинской реабилитации в России можно проследить на примере создания и трансформации головного «профильного» научно-исследовательского института.

1920 г. - Физио-механоортопедический институт

1922 г. - Государственный институт физиатрии и ортопедии

1935 г. - Государственный институт физиотерапии и физкультуры

1938 г. - Государственный НИИ физиотерапии

1958 г. - Центральный НИИ курортологии и физиотерапии

1988 г. - Всесоюзный научный центр медицинской реабилитации и физической терапии

1991 г. - Российский научный центр реабилитации и физиотерапии

1998 г. - Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии (РНЦВМ и К).

В соответствии с концепцией руководителя РНЦВМ и К профессора А.Н. Разумова, медицинская реабилитация является частью восстановительной медицины (ВМ). ВМ как научное направление интегрировалась в новой научной дисциплине (14.00.51) «Восстановительная медицина, лечебная физкультура и спортивная медицина, физиотерапия и курортология»**.

Необходимость срочных мер по совершенствованию службы медицинской реабилитации обусловлена, в первую очередь, ростом заболеваемости с временной утратой трудоспособности и инвалидности. Основной контингент больных, нуждающихся в реабилитационной помощи, формируют заболевания ортопедотравматологического, неврологического, кардиологического и пульмонологического профилей.

Как считают эксперты ВОЗ, медицинская реабилитация должна быть доступна всем без исключения больным с поражениями сердца. Цель реабилитации - улучшить функциональные способности, облегчить или уменьшить неоправданную инвалидизацию и дать возможность вернуться к выполнению полезной роли в обществе. Значимым измеримым социально-экономическим результатом для самого реабилитируемого и для общества является не только возвращение к оплачиваемой работе, но и достижение и поддержание им независимого образа жизни. В данном случае речь идет о благоприятном влиянии на качество жизни человека.

Реабилитация весьма актуальна для больных с поражениями опорно-двигательного аппарата в связи с тем, что причиной инвалидности у этого контингента больных в 25% случаев являются не анатомические, а функциональные нарушения.

Большое значение реабилитация имеет в педиатрии, так как именно в детском возрасте регистрируются многие заболевания, в том числе врожденные аномалии, приводящие к инвалидности. В этом случае очень важен комплексный медико-психолого-педагогический подход в развитии принципов детской реабилитологии. В этом деле большой вклад на федеральном уровне вносит реабилитационный центр «Детство» Минздрава РФ под руководством профессора Е.Т. Лильина.

Современное общество требует и эффективной медицин-

*** В 80-х годах в СССР специалистами и экспертами в области здравоохранения был достигнут консенсус о равнозначности терминов «восстановительное лечение» и «медицинская реабилитация»**

**** При этом была ликвидирована научная дисциплина (14.00.12) «Лечебная физкультура и спортивная медицина»**

ской реабилитации граждан, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и военных конфликтов, лиц с опасными профессиями, а также большой группы населения с «новыми» синдромами и болезненными состояниями, такими как, например, синдром хронической усталости и рядом других предпатологических нарушений. Современное общество стремительно «стареет» и проблема медико-социальной реабилитации пожилых обостряется с каждым годом.

Если говорить в целом, то по данным отечественных и зарубежных специалистов нуждаемость в медицинской реабилитации составляет около 23% всех больных стационара и около 46% всех пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений.

Раннее назначение медицинской реабилитации и эффективное ее проведение ведет к снижению временной нетрудоспособности и во многих случаях предотвращает развитие инвалидности. В этом и состоит позитивный экономический эффект самой реабилитации. Такое значение трудно переоценить, так как ущерб нашего государства по временной нетрудоспособности ежегодно достигает десятков процентов от внутреннего валового продукта.

В 1993 г. ВОЗ впервые произвела оценку глобального бремени болезней, что дает возможность дополнительной оценки их экономической стоимости для общества. При этом был введен новый метрический показатель (DALY) - годы жизни, скорректированные на инвалидность и преждевременную смертность. Таким образом, один DALY может быть представлен как один потерянный год здоровой жизни, а бремя болезни - как показатель разрыва между реальным состоянием здоровья и идеальной ситуацией, когда человек доживает до преклонного возраста без болезней и инвалидности.

Определяющую роль в программах медицинской реабилитации играют средства лечебной физкультуры. По данным различных авторов, у 2/3 всех больных, прошедших курс медицинской реабилитации, были назначены лечебная физкультура (лечебная гимнастика, механотерапия, гидрокинезитерапия, трудотерапия) и массаж. Такие процедуры являются наиболее часто назначаемыми врачами-специалистами в процессе восстановительного лечения. Основным средством лечебной физкультуры (ЛФК), как известно, являются физические упражнения, а тестирование функционального состояния мышц для определения характера двигательной реабилитации является важным компонентом деятельности врача ЛФК. С другой стороны, одной из общепризнанных теоретических основ ЛФК является учение М.Р. Могендовича (1961-1966 гг.) о моторно-висцеральных и висцеромоторных рефлексах. Если учесть, что прикладная кинезиология (ПК) также основана на системе мышечного тестирования с целью комплексной оценки функционального состояния здоровья человека и коррекции его нарушений, то можно считать, что ПК является методом, тесно связанным с ЛФК, а врач ЛФК, применяя ПК, может получить больше диагностических и терапевтических возможностей в процессе медицинской реабилитации.

Важным компонентом в системе медицинской реабилитации является мануальная терапия (МТ) - метод, направленный на восстановление подвижности суставов позвоночника, конечностей и анатомо-функциональную коррекцию внутренних органов. Многие врачи ЛФК и других специальностей успешно применяют МТ, но последняя, как правило, ограничивается деблокированием суставов разнообразными техниками либо механическим (ручным) воздействием на внутренние органы. Мало распространенные в России научно обоснованные методики по стабилизации функции суставов и позвоночника (например, медицинская тренировочная терапия) в процессе и после МТ, а также по висцеральным техникам ограничивают высокоэффективное восстановление нарушенных функций больных и инвалидов. В этом плане тесное развитие ПК и медицинской реабилитации имеет большое будущее.

Развитие медицинской реабилитации, как и любой другой медицинской службы, во многом определяется совершенством законодательства в социальной сфере. Нормативно-правовая база, регламентирующая деятельность по медицинской реабилитации в нашей стране, весьма несовершенна и во многом устарела. В 1990 г. на коллегии Минздрава СССР было принято решение, утвердившее разработанные Всесоюзным научным центром медицинской реабилитации и физической терапии «Принципы и концепцию развития медико-социальной реабилитации больных и инвалидов». Эта же коллегия утвердила план по комплексному и системному совершенствованию реабилитационной помощи населению как единой службы медико-социальной реабилитации больных и инвалидов. Однако эти рекомендации впоследствии не были своевременно подкреплены соответствующими приказами Минздрава РФ.

В настоящее время в основные задачи и функции Минздрава РФ входят: профилактика инвалидности и медицинская реабилитация инвалидов, проведение государственной политики в области курортного дела. Минздрав РФ осуществляет также меры по совершенствованию реабилитационной помощи населению, методическое руководство проведением медицинской реабилитации больных, страдающих хроническими заболеваниями и выдачу разрешений на применение новых медицинских технологий и методов реабилитации. Ряд мероприятий по совершенствованию медицинской реабилитации отражен в «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» на 2001-2005 годы и на период до 2010 г. Однако в ней все же отсутствует в полной мере комплексный и системный подход в решении вопросов оказания реабилитационной помощи населению с учетом реальных нужд граждан нашей страны и положений Европейской политики охраны здоровья. Эти положения, на мой взгляд, имеют ряд положительных моментов, которые можно использовать для развития службы медицинской реабилитации. Так, в 1991 г. представители государств - членов Европейского региона ВОЗ - утвердили свою общую политику в области охраны здоровья - Европейскую стратегию достижения здоровья для всех. В 1998 г. эта стратегия была сформулирована в про-

грамме «Здоровье -21». В рамках этой политики явно прослеживаются задачи, связанные с оказанием реабилитационной помощи населению.

Задача 3 - Лучшие возможности для инвалидов

Инвалиды должны иметь возможность жить полнокровной в социальном, экономическом и психическом отношении жизнью с помощью особых мероприятий, повышающих их относительные физические, социальные и экономические возможности.

Задача 4 - Сокращение распространенности хронических болезней

Необходимость последовательного и непрерывного сокращения заболеваемости, инвалидности и страданий, связанных с дегенеративными, ревматическими, неврологическими и хроническими респираторными болезнями и аллергическими проявлениями.

Задача 6 - Сохранение здоровья и старости

Необходимость увеличения числа лет, в течение которых люди в возрасте 65 лет и старше живут свободной от инвалидности жизнью, и улучшения качества их жизни,

Задача 7 - Здоровье детей и молодежи

Необходимо обеспечить:

социально-экономическую и психологическую поддержку детям, находящимся в неблагоприятном положении, включая детей с хроническими болезнями и дефектами, а также их семьи; организацию службы охраны здоровья в дошкольном и школьном возрасте.

Задача 9 - Сокращение распространенности сердечно-сосудистых болезней

Один из путей выполнения этой задачи - физическая, психологическая и социальная реабилитация людей с сердечно-сосудистыми болезнями.

Задача 11 - Несчастные случаи

Случаи травматизма, инвалидности и смертности в результате несчастных случаев должны сократиться по крайней мере на 25%.

Задача 24 - Экология человека и населенные пункты

Необходимо обеспечить состояние социальной и физической среды проживания, благоприятствующей укреплению здоровья, особенно для таких специальных групп, как лица старшего возраста и инвалиды.

Задача 25 - Здоровье работающего населения

Необходимо снизить показатели инвалидности и временной нетрудоспособности, обусловленные производственными факторами риска.

Задача 26 - Политика в отношении здравоохранения

Учреждение первичной медико-санитарной помощи в качестве основы медико-санитарного обслуживания.

Задача 28 - Первичная медико-санитарная помощь

Необходимо обеспечить предоставление и укрепление профилактического и лечебного медико-санитарного обслуживания, включая реабилитацию через организованные на местах системы оказания соответствующей помощи.

Задача 30 - Коммунальные (муниципальные) службы для людей с особыми нуждами и потребностями

Необходимо создать службу здравоохранения, специально предназначенную для удовлетворения особых потребностей людей, страдающих от хронических болезней или инвалидизирующих состояний, обусловленных физическими, психическими или социальными причинами.

Решение проблемы медицинской реабилитации в нашей стране имеет ряд аспектов, главные из них - организационный, лечебно-диагностический и кадровый.

Как известно, основные этапы медицинской реабилитации больные проходят в стационарах, амбулаторно-поликлинических учреждениях и учреждениях санаторно-курортного типа. Опыт регионов, в частности Санкт-Петербурга, доказал необходимость дальнейшего формирования реабилитационных отделений в стационарах и амбулаторно-поликлинических учреждениях. Особое внимание следует обратить на проведение ранней реабилитации в стационаре и переноса основной тяжести реабилитационной помощи в дневные стационары и амбулаторно-поликлинические учреждения с тем, чтобы медицинская реабилитация стала действительно одним из видов первичной медико-санитарной помощи. Возможно, стоит обсудить вопрос организации реабилитационных практик по типу семейных, либо об их кооперации и интеграции, что реально приблизит реабилитационную помощь к месту жительства наших граждан. В этом ключе требуется понимание со стороны руководства Федерального фонда обязательного медицинского страхования и Фонда социального страхования РФ.

Надо заметить, что и сама система медицинского страхования не стимулирует человека быть здоровым, что не способствует снижению заболеваемости, а наоборот ведет к увеличению финансовых затрат страховщиков и страхователей. Так, например, в Европе медицинские страховые компании ежегодно все больше оплачивают увеличивающийся объем медицинской помощи населению и вынуждены вследствие этого уменьшать перечень предлагаемых услуг.

Дальнейшего совершенствования требует и этап санитарно-курортной реабилитации. К сожалению, этот вид реабилитации с каждым годом становится менее доступным для россиян.

В последние годы в отдельных регионах появился положительный опыт по организации домашней (семейной) реабилитации, что немаловажно для закрепления реабилитационного эффекта и поддержания функциональных способностей человека, особенно ребенка-инвалида. В рамках реабилитационного процесса это и есть осуществление на деле мер по вторичной медицинской профилактике.

Отдельный организационный вопрос - дальнейшая разработка учета и отчетности, стандартов, перечня и сертификации реабилитационных услуг.

Вопрос взаимодействия и преемственности медицинской реабилитации с другими службами имеет принципиальное значение для осуществления непрерывности и эффективности реабилитационной помощи. В этом плане в первую очередь важен оптимальный контакт со службой медико-социальной экспертизы, которая и сама имеет ряд серьезных

проблем, например составление и реализация индивидуальной программы реабилитации.

Затрагивая лечебно-диагностический аспект медицинской реабилитации и составление реабилитационных программ, следует обратить внимание на вопрос комплексности и комплексирования преимущественно физических методов лечения, лечебной физкультуры, механотерапии и трудотерапии. К сожалению, на сегодня у нас еще мало доступной аппаратуры для двигательной реабилитации, которая действительно позволяет проводить индивидуальную функциональную терапию. Свой позитивный вклад в дело восстановления нарушенных функций больного вносят традиционная медицина, мануальная терапия, рефлексотерапия, фитотерапия, гомеопатия и другие естественно-биологические методы. Эти относительно дешевые и безвредные методы становятся с каждым годом все более востребованными.

Особый вопрос - диагностика функциональных отклонений и резервов организма, что имеет ключевое значение в выборе программ реабилитации. Надо сказать, что в этом направлении в нашей стране имеются хорошие предпосылки. Достижения и открытия в области адаптационных реакций, моторно-висцеральных рефлексов и других теорий и учений открывают большие перспективы для развития медицинской реабилитации. Немаловажно при этом проведение тщательной экспертизы и официальной регистрации предлагаемых методов и приборов.

Хотелось бы отметить факт бурного роста оздоровительных учреждений и фитнес-клубов. Как показывает практика, среди занимающихся почти нет здоровых людей. И оказание в данном случае оздоровительно-реабилитационных услуг должно осуществляться в высшей степени профессионально. Эта сфера деятельности тесно граничит и проникает в область медицинской реабилитации.

Большое значение для развития реабилитационной службы имеет Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ), утвержденная ВОЗ в 2001 году. МКФ является логичным дополнением к МКБ - 10, позволяет оценить «составляющие» здоровья человека и интегрирует две противоположные модели (медицинскую и социальную) для понимания и объяснения ограничений жизнедеятельности и функционирования на основе «биопсихосоциального» подхода. Так, медицинская модель рассматривает ограничение жизнедеятельности как проблему, вызванную непосредственно болезнью, травмой или другим изменением здоровья, которое требует индивидуальной медицинской помощи. Она рассматривается как основной выход из этого положения. На уровне политики - данная модель может предусматривать реформирование здравоохранения. Социальная модель ограничения жизнедеятельности рассматривает подобную проблему как социальную, а эти ограничения - как комплексное сочетание условий, многие из которых сформированы социальным окружением. Следовательно, в этом случае предполагается коллективная ответственность общества и требуются социальные изменения, которые на политическом уровне становятся вопросом прав человека. В соответствии с этой моделью, ограничения жизнедеятельности приобретают политический смысл.

Теперь позволю себе перейти к кадровому аспекту медицинской реабилитации. Уже всем практическим врачам, сталкивающимся с реабилитационной помощью, понятно - надо вводить специальность врач-реабилитолог. Как эту специальность можно назвать по другому - это вопрос второй, главное - что врач должен делать.

Врач-реабилитолог должен иметь прежде всего общеклиническую подготовку и знания в области физической и реабилитационной медицины. Он не подменяет другого врача-специалиста, а составляет индивидуальную программу реабилитации, четко представляет смысл, возможности и ожидаемые результаты своих назначений, грамотно оценивает реабилитационный потенциал, ход реабилитации и ее прогноз, обеспечивает координацию и преемственность с другими специалистами. В большинстве стран мира существует специальность «врач физической и реабилитационной медицины», а его подготовка в рамках последипломного обучения длится 3 года.

У врача-реабилитолога должен быть хороший специалист-помощник, который непосредственно реализует программу реабилитации. Как вариант наименования такой должности - методист по реабилитации или методист-физиотерапевт. Уже с 1951 года существует Всемирная конфедерация физической терапии. В настоящее время она насчитывает 83 страны-участницы (России в ней пока нет) и объединяет в мире 225000 специалистов по физической терапии - физиотерапевтов. Эти специалисты не являются врачами, но именно они проводят практические занятия и процедуры с больными и инвалидами по индивидуальному плану, который назначает и контролирует врач-реабилитолог.

Уважаемые коллеги, в заключение хотелось бы сказать следующее.

В России десятки лет складывалась структура государственного здравоохранения. Да, она в современных социально-экономических условиях несовершенна, но все же имеет и определенные позитивные элементы. Коренной ломки или поспешных преобразований она не выдержит. Служба медицинской реабилитации должна органически вписаться в существующую структуру здравоохранения и развиваться вместе с ней. И в этом, несомненно, большую помощь может оказать прикладная кинезиология, обладающая тонким индикатором - тестированием функционального состояния мышечного тонуса и его изменением под влиянием различных методов реабилитации.

Любая другая модель может оказаться инородным телом и не привьется, какой бы прогрессивной она не казалась.

В данном контексте, на мой взгляд, будет уместно привести высказывание Президента нашей страны В.В. Путина на встрече с ведущими российскими учеными и специалистами в городе Байкальске в 2002 году: «Нам нужно действовать системно, аккуратно по очень многим направлениям, осторожно и взвешенно, но не бояться новизны при принятии решений».

ОСНОВЫ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ
(ЛЕКЦИЯ, ПРОДОЛЖЕНИЕ. НАЧАЛО В №1)

И.Р. Шмидт,
Новокузнецкий ГИДУВ, кафедра неврологии

РЕЗЮМЕ

Во второй части лекции продолжено описание методов диагностики, используемых в прикладной кинезиологии (провокации), подробно описаны этапы алгоритма диагностики. Приведены основные синдромы структурного, химического и психического дисбаланса в составляющих триады здоровья. Описаны мышечные синдромы.

ABSTRACT BASICS OF APPLIED KINESIOLOGY . BY I.R. SCHMIDT, NOVOKUZNETSK:

The second part of the lecture continues to describe diagnostic methods used in Applied Kinesiolgy (provocation). Algorithm stages of diagnosis are described in detail. Basic syndromes of structural, chemical and psychological disbalance, and the constituents of the health triad are provided. Muscle syndromes are described.

В предыдущей части были приведены определение прикладной кинезиологии, подробно описан предмет её воздействия, уточнены цели и задачи, описана история развития, проведена дифференциальная диагностика с кинезотерапией, уточнены основы. Особое внимание уделено возможности прикладной кинезиологии в рассмотрении человека как единого целого. Подробно приведено понятие «триады здоровья». Описаны закономерные специфические ассоциации мышц с различными системами организма. Описан феномен мышечной слабости как универсальной реакции на любой дисбаланс в организме. Указаны причины гипо- и гипертонии.

Описаны методы диагностики, используемые в прикладной кинезиологии: язык тела, мануальное мышечное тестирование, терапевтическая локализация.

Провокация - диагностический прием в виде специфической стимуляции (раздражения) исследуемой стороны триады с тестированием реакции индикаторной и ассоциированной мышц на это раздражение. Это позволяет установить, в какой системе или органе имеется дисбаланс и где первичное звено в дисбалансной системе. При помощи провокации также прогнозируется эффективность предполагаемого лечебного воздействия и эффект от курса лечения. В зависимости от реакции мышц провокация может быть отрицательной и положительной.

Считается, что провокация - феномен неврологический и работает на постоянной частоте. Физиологической основой реакции организма в целом и тестируемых мышц в частности является тот факт, что при различных воздействиях на организм, в том числе стрессогенных, которые могут воздействовать на любую из трех сторон треугольника, выявляются два типа реакций - гипо- и гиперреакция. В основе этих реакций также лежит биохимия - гиперреакция связана с увеличением норадреналина, гипореакция - с увеличением серотонина. Это, по Гансу Селье, соответствует фазам стресса. В ответ на стрессогенные воздействия возникают реакции адаптации, проходящие три фазы: 1 - гиперреакция (гиперадрения), 2 - адаптация, 3 - при продолжающемся стрессе - истощение (гипоадрения). И гипо- и гиперреакции диагностически важны, так как представляют собой аспекты одной проблемы: ответа регуляторной системы на стресс. Наиболее важной частью регуляторной системы является гипоталамус, который регулирует биохимические процессы в организме, баланс в КМС и обеспечивает, таким образом, адаптационные процессы и реакции.

Одним из важных мест, объединяющих регуляторные процессы в канально-меридиональной системе (КМС) и центральной нервной системе, являются точки акупунктуры - **K(R)-27** (рис. 1) и **VG-20. K-27** представляет собой не только конечную точку канала почки, но и объединяет все шу-пункты (мастер-шу). Шу-пункты, как известно, расположены на задней поверхности тела на канале мочевого пузыря и топографически простираются до mm. rotatores ПДС.

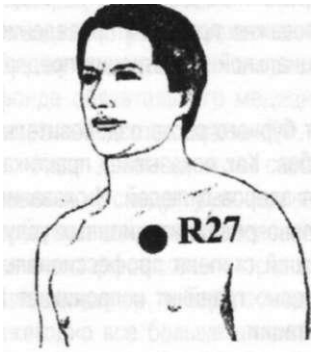


Рис. 1. Кузнецова О.В., 2000
Локализация точки К-27.
Объяснение в тексте.

При структурных изменениях в области ПДС (разные виды соматических дисфункций, дуральная торзия и др.) всегда реагируют ротаторы, а с ними и шу-пункты (рис. 2). В свою очередь, шу-пункты реагируют на избыточность энергии в канале, что приводит к гипертонусу ротатора и вторичному развитию сублюксации в соответствующем ПДС. К-27 реагирует на дисбаланс в любом канале, то есть на дисбаланс в КМС в целом. Если есть такой дисбаланс с избыточностью, который проявляется мышечной гиперреактивностью, то терапевтическая локализация (ТЛ) с К-27 играет роль выключателя, и мышца слабеет. Если же мышца нормальна, то стимуляция К-27 ее силы не меняет.

Для постановки правильного диагноза иногда целесообразно искусственно нарушить адаптацию, воздействуя на организм тем или иным стрессогенным фактором.

Для оценки реакций организма проводится мышечное тестирование с оценкой исходного состояния мышц и их реакции на стимуляцию центральной нервной системы (ЦНС)

при помощи провокации.

Способы провокации:

- пальцевой контакт с кожей и другими тканями, в том числе с применением кинестезической стимуляции (надавливание, постукивание и др.) в области определенных рецепторов при исследовании роли 5 факторов межпозвонкового отверстия, в области внутреннего органа;
- короткий направленный толчок в области сустава, шва черепа; растяжение или укорочение (сближением концов) мышцы, связки, сухожилия;
- фаза дыхания, в том числе с задержкой на вдохе или выдохе, с дыханием через одну ноздрю и др.;
- оральная стимуляция химическими веществами, в том числе пищевыми;
- раздражение специфических органов чувств при помощи световой, звуковой, обонятельной, проприоцептивной стимуляции;
- психическая и эмоциональная провокация - решение задач, воспоминания определенных ситуаций (приятных или неприятных), проговаривание эмоционально значимых фраз и т.д.

В ответ на любую провокацию мышца может дать три типа реакций:

- отсутствие реакции, что свидетельствует об адаптации организма к данному стрессу;
- гиперреакция (гипертоничная, гиперреактивная мышца), что отражает повышение уровня адреналина и избыточность в определенном отделе КМС;
- гипореакция (гипотоничная, ослабевающая мышца), что отражает повышенный уровень серотонина и недостаточность в определенном отделе КМС.

Любое воздействие, вызывающее слабость мышцы, для организма вредно. Некоторые вещества ослабляют любого человека - например цианиды, другие - вызывают неоднозначную реакцию в виде нормотонии, гипертонии или гипотонии (ослабления) тестируемой исходно сильной мышцы.

Под влиянием провокации (ТЛ также является своего рода провокацией) возможны следующие реакции: ослабление индикаторной мышцы, усиление слабой мышцы, ассоциированной с исследуемой структурой, органом, фактором межпозвонкового отверстия и т.д. Такая реакция оценивается как положительная провокация, и лечение проводится в этом направлении. Если же индикаторная мышца осталась сильной, а ассоциированная - слабой, то такой результат оценивается как отрицательная провокация. Но это не позволяет окончательно решить вопрос об интактности исследуемой стороны триады или ее элемента. Для более точной диагностики используется стрессогенное воздействие, которое помогает определить, где и какой дисбаланс имеется. Одним из таких воздействий является, например, искусственное создание торзии тела в положении лежа при помощи подкладывания треугольных блоков под контралатеральные плечо и таз. При помощи ТЛ, провокации и ММТ устанавливается благоприятная и неблагоприятная торзия и проводится исследование в условиях стресса. Могут использоваться эмоциональный, энергетический и другие виды стресса.

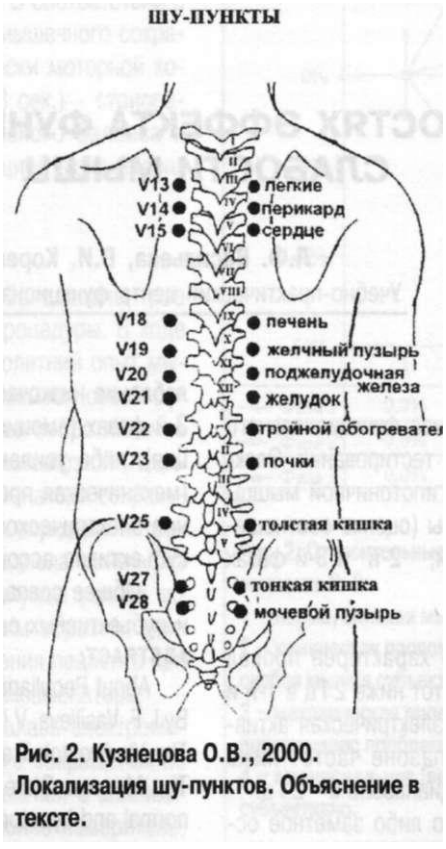


Рис. 2. Кузнецова О.В., 2000. Локализация шу-пунктов. Объяснение в тексте.

Итак, прикладная кинезиология использует четыре основных метода диагностики: анализ позы («язык тела»), мануальное мышечное тестирование, терапевтическая локализация и провокация.

Алгоритм исследования в наиболее общем виде включает следующие этапы:

- визуальная оценка позы и положения отдельных элементов тела - на этом основании выносится предположение о том, какая мышца или мышцы ослаблены;
- мануальное тестирование мышц, на которые указал «язык тела»;
- ТЛ в области зон позвоночника и таза, с которыми ассоциирована слабая мышца;
- если ТЛ положительна, проводится провокация для подтверждения структурной дисфункции в области позвоночного двигательного сегмента или таза, уточняется ее характер и вектор, в направлении которого должна проводиться коррекция. Сразу же после диагностики дисфункции в структурной составляющей проводится коррекция и повторяется ТЛ, провокация и вновь тестируется ассоциированная мышца;
- если сила ассоциированной мышцы не восстановилась или при ее тестировании отмечается болезненность, то проводится исследование 5 факторов межпозвонкового отверстия. Тестируются зоны нейроваскулярных и нейролимфатических рефлексов, дуральная торзия и значение изменений краниосакральной системы, а также ассоциации с канально-меридианальной системой;
- исследование химической составляющей;
- исследование психической составляющей.

Последовательность диагностического процесса может быть иной в зависимости от жалоб и анамнеза болезни, а также от результатов находок в процессе диагностики и лечения.

Причины и факторы, предрасполагающие к развитию синдро-

мое системных *дисфункций,* могут быть представлены следующим перечнем: недостаточность генов, определяющих ту или иную ферментную систему, дефекты развития в эмбриогенезе и раннем онтогенезе, конституциональные факторы, неврологическая дезорганизация, органические и функциональные заболевания, энергетический дисбаланс, паразиты, инфекции, токсические вещества и т.д. Ведущим патогенетическим механизмом любых дисфункций является стресс.

В процессе знакомства с теорией и практикой прикладной кинезиологии выясняется, что расстройства здоровья связаны не столько с патоморфологическими изменениями, сколько с нарушениями функции нормальных или сохранившихся при органической патологии тканей и систем. Этот факт делает обоснованным воздействие методами прикладной кинезиологии при любом заболевании, так как устранение ДФ при органической патологии способствует ремиссии и улучшению общего состояния человека.

О дисбалансе в организме свидетельствуют два основных, но неспецифических симптома: боль и утомляемость (хроническая усталость). При анализе боли необходимо учитывать, что по своему генезу боль может быть механической и биохимической. Она может быть следствием и эмоциональных проблем. Важно не просто убрать боль, но установить ее причину и воздействовать на нее.

Характеристика механической боли: острая, рецидивирующая - она исчезает и появляется под влиянием механического фактора, в том числе позы, движения и т.д. В основном боль провоцируют два механических фактора: сжатие (компрессия) и растяжение. Поэтому важно установить, имеется ли зависимость от механического фактора и в каком положении боль появляется и исчезает. Механическая боль передается от ноцицепторов сустава и проводится в ЦНС по ноцицептивным путям.

Характеристика биохимической боли: постоянная, жгучая, сверлящая, не зависит от механических воздействий. В основе биохимической боли - алгогенные химические вещества: гистамин, брадикинин, дисбаланс простагландинов, серотонин, калий и лейкотриены и др. Гистамин и кинин вызывают аллергические реакции. Лейкотриены - следствие нарушения метаболизма незаменимых жирных кислот (обычно вследствие дефицита ненасыщенных жирных кислот) и продукции свободных радикалов (реакция на инфекции и загрязнение внешней среды).

Важным положением для понимания методов диагностики и коррекции в прикладной кинезиологии является представление о том, что боль - симптом стресса в любой составляющей триады. Установление главной причины и ее устранение способствуют сохранению здоровья и замедляют старение. В связи с этим представляется необходимым специальное тестирование для установления патогенеза боли с использованием методов, принятых в прикладной кинезиологии.

Основные синдромы дисбаланса в составляющих триады здоровья...

Продолжение следует

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ЭФФЕКТА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СЛАБОСТИ МЫШЦ

Л.Ф. Васильева, В.И. Коренбаум, Т.Н. Чернышева, Т.П. Апухтина,
Учебно-практический центр функциональной медицины «Манус» (г. Владивосток)

РЕЗЮМЕ

Приведены результаты ЭМГ - анализа функционального состояния мышцы во время мышечного тестирования. Электромиографические сигналы нормо- и гипотоничной мышцы регистрировались в виде спектрограммы (оценка соотношения: время - частота - амплитуда) в 1-й, 2-й и 3-й фазах мышечного сокращения.

Результаты исследований показали:

1. Для «сильной» мышцы (норма) характерен провал электрической активности в области частот ниже 2 Гц в 1-й и частично 2-й фазах. К концу 2-й фазы электрическая активность значительно возрастала в диапазоне частот ниже 0,5 Гц, а к концу 3-й фазы - и во всем диапазоне 0 - 2 Гц.

2. Для «слабой» мышцы характерно либо заметное ослабление низкочастотной электрической активности во 2-й и 3-й фазах (эмоциональная провокация, химическая провокация), либо усиление электрической активности в 1-й фазе (механическая провокация, попытка восстановления). Усиление электрической активности «слабой» мышцы в 1-й фазе субъективно ассоциировалось с появлением тремора.

Общее совпадение результатов анализа спектрограммы и субъективных оценок экзаменатора достигло 87,5%.

ABSTRACT:

About Peculiarities of the Functional Muscle Weakness Effect. By L.F. Vasiljeva, V.I. Korenbaum, T.N. Chernishova, T.P. Apukhtina The Vladivostok Training Center of Functional Medicine «Manus». The Moscow State Medical Academy. During muscle testing of normal and hypotonic muscles electro-myographical signals were

recorded with the images of time, frequency and amplitude. The strong (normal) muscle showed decreased electrical activity when the frequency was lower than 2 Hz, in the first phase, and partially in the second phase. By the end of the second phase electrical activity considerably increases within the range of the frequency lower than 0,5 Hz. By the end of the third phase it increases within the entire range: from 0 to 2 Hz. The weak muscle showed either a considerable weakening of the low-frequency electrical activity at the 2-nd and 3-rd phases (emotional provocation, chemical provocation) or an increase in electrical activity at the 1st phase (mechanical provocation, an attempt at restoration). An increase in electrical activity of the weak muscle at the 1-st phase is subjectively associated with the onset of tremor. The results of the spectrograms analysis and the examiners' subjective evaluations coincided in 87,5%.

ВВЕДЕНИЕ

Изменение мышечной силы человека в ответ на различного рода провокационные воздействия было описано Goodheart (1962) и используется в качестве основы диагностической процедуры прикладной кинезиологии (ПК) - одного из современных направлений интегративной (холистической) медицины [1]. Несмотря на подтверждаемую клинически достоверность [2, 3], физиологическая сущность данного феномена остается не вполне ясной. Целью авторов явилось исследование физиологических механизмов длительного поддержания мышечного усилия сопротивления.

В основу исследования положена гипотеза о существовании различных механизмов поддержания силы изометрического мышечного сокращения, включающихся последовательно во времени при длительном усилии. В соответствии с этим [4] предполагается, что первая фаза мышечного сокращения (около 3 сек.) управляется паретически моторной корой головного мозга, вторая фаза (около 3 сек.) - стриопалидарной системой поддержания тонического баланса и третья (около 3 сек.) - химической активацией актинмиозиновых комплексов мышечных волокон.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В качестве пилотного исследования обследованы трое добровольцев, не осведомленных о цели процедуры. В ходе эксперимента экзаменатор, имеющий многолетний опыт мышечного тестирования по методике ПК, оказывал своей рукой давление на руку обследуемого, вызывая сопротивление трапециевидной (пациенты № 1, № 2) и дельтавидной (пациент № 3) мышц. Тестирующее усилие экзаменатора сохранялось постоянным в пределах примерно 3-секундных интервалов времени. С целью выделения трех предполагаемых фаз мышечного сокращения через каждые 3 секунды усилие экзаменатора увеличивалось ступенчато. Таким образом, каждый опыт включал в себя оценку сопротивления пациента при трех последовательных градациях усилия экзаменатора.

Тестируемая мышца пациента подвергалась электромиографическому исследованию произвольного сокращения по стандартной методике [5]. Электрический сигнал с аппликационных электродов вводился в информационно-измерительно-

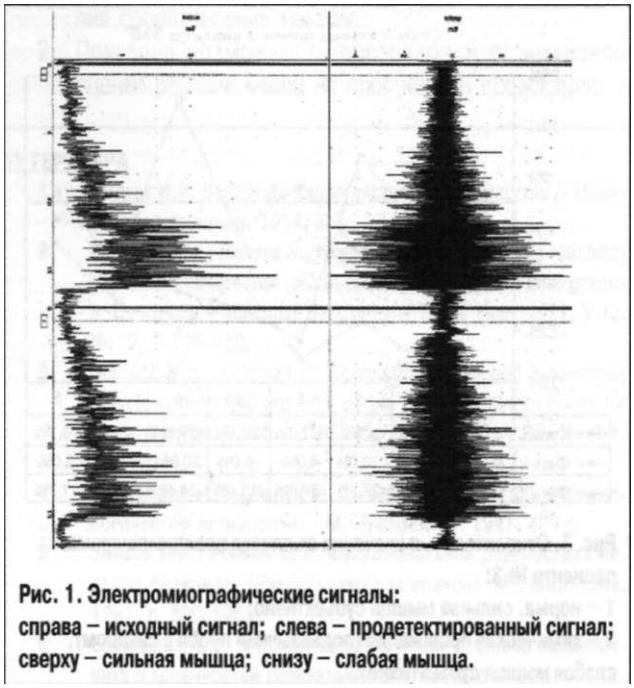
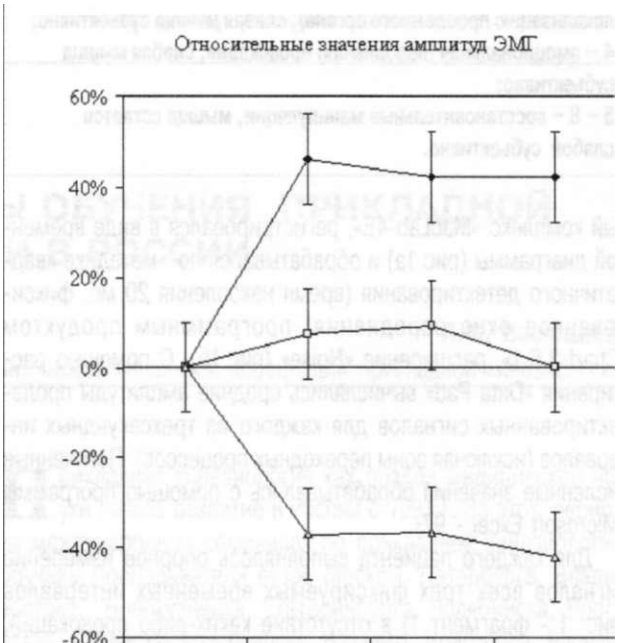
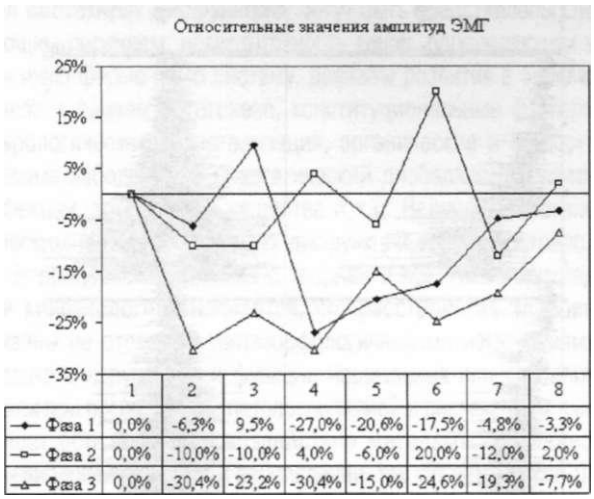


Рис. 1. Электромиографические сигналы:
справа – исходный сигнал; слева – продетектированный сигнал;
сверху – сильная мышца; снизу – слабая мышца.



	1	2	3	4
Фаза 1	0,0%	46,2%	42,3%	42,3%
Фаза 2	0,0%	7,5%	9,4%	0,0%
Фаза 3	0,0%	-37,1%	-36,3%	-41,9%

Рис. 2. Относительные значения амплитуд электромиограмм пациента № 2:
1 – норма, сильная мышца субъективно;
2 – химическая провокация (подъязычная проба с сахаром), слабая мышца субъективно;
3 – механическая провокация (воздействие на терапевтическую локализацию проблемного органа), слабая мышца субъективно;
4 – эмоциональная (вербальная) провокация, слабая мышца субъективно.



	1	2	3	4	5	6	7	8
Фаза 1	0,0%	-6,3%	9,5%	-27,0%	-20,6%	-17,5%	-4,8%	-3,3%
Фаза 2	0,0%	-10,0%	-10,0%	4,0%	-6,0%	20,0%	-12,0%	2,0%
Фаза 3	0,0%	-30,4%	-23,2%	-30,4%	-15,0%	-24,6%	-19,3%	-7,7%

Рис. 3. **Относительные значения амплитуд электромиограмм пациента №** 3:
1 - норма, сильная мышца субъективно;
2 **- химическая провокация (подъязычная проба с сахаром), слабая мышца субъективно;**
3 **- механическая провокация (воздействие на терапевтическую локализацию проблемного органа), слабая мышца субъективно;**
4 **- эмоциональная (вербальная) провокация, слабая мышца субъективно;**
5 - 8 **- восстановительные манипуляции, мышца остается слабой субъективно.**

ный комплекс «MacLab-4E», регистрировался в виде временной диаграммы (рис. 1а) и обрабатывался по методике квадратичного детектирования (время накопления 20 мс, фиксированное окно осреднения) программным продуктом «Chart-3.6.1», расширение «Noise» (рис. 16). С помошью расширения «Data Pad» вычислялись средние амплитуды продетектированных сигналов для каждого из трехсекундных интервалов (исключая зоны переходных процессов). Полученные численные значения обрабатывались с помощью программы "Microsoft Excel - 97».

Для каждого пациента выполнялось опорное измерение сигналов всех трех фиксируемых временных интервалов (рис. 1 - фрагмент 1) в отсутствие каких-либо провокаций, соответствующее субъективному ощущению экзаменатором сильной мышцы (норма). Затем измерялись сигналы в случаях провокаций (например, рис. 1 - фрагмент 2) трех типов: механическая (воздействие на терапевтические локализации проблемного органа), химическая (подъязычная проба сахаром), эмоциональная (вербальное задание проблемной ситуации). При провокационных воздействиях экзаменатором субъективно ощущалось ослабление мышцы обследуемого. Для восстановления мышцы после провокаций использовались специальные мануальные манипуляции [6]. Все полученные при провокациях (а для пациента № 3 и при восстановительных манипуляциях) амплитуды сигналов пофазно отнесены к соответствующим амплитудам сигналов в норме. Относительные численные показатели в процентах приведены в виде диаграмм (рис. 2, 3). Случайная погрешность измерения численных показателей (среднеквадратическое отклонение) не превышала **±10% (рис. 2).** Достоверными показателями реакции мышцы полагались изменения уровней сигнала, достигавшие примерно 20% ($p < 0.05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В качестве наиболее показательных приведены результаты обследования пациентов № 2 и № 3 (рис.2, 3). Пациент №1 реагировал сходно с пациентом № 2.

У пациента № 2 (рис. 2) электрическая активность тестируемой мышцы достоверно изменяется при проведении положительных провокаций в 1-й и 3-й фазах и остается постоянной (в пределах погрешности эксперимента) в фазе 2. Резкий спад электрической мышечной активности в фазе 3 полностью коррелирует с субъективным ощущением слабости экзаменатором. Интересно отметить, что в фазе 1, определяемой предположительно высшей нервной деятельностью, электрическая активность при положительных провокациях возрастает. Данный эффект можно интерпретировать как попытку пациента на сознательном уровне усилить сопротивление мышцы. Однако эти усилия, очевидно, не сказываются на 2-й и тем более 3-й фазах. Отсюда следует, что электрическая мышечная активность в этих фазах, видимо, определяется различными физиологическими механизмами.

У пациента № 3 (рис. 3) наблюдается еще более тонкое дифференцирование последствий провокаций. Если электрическая активность мышцы в 3-й фазе демонстрирует достоверный спад при положительных провокациях и совпадает (за исключением пятого и восьмого опытов) с субъективным ощущением экзаменатора, то в фазе 1 механическая и химическая положительные провокации не приводят к достоверным изменениям сигналов. В то же время при эмоциональной провокации (опыт 4) в 1-й фазе наблюдается резкий спад электрической активности мышцы, который затем с трудом удается парировать (опыты 7, 8) только после нескольких восстановительных манипуляций. Интересно также отметить, что хотя мышечная активность во 2-й фазе, как и у пациента № 2, остается постоянной (в пределах погрешности эксперимента), при провокациях после одной из восстановительных манипуляций (опыт 6) происходит ее резкое усиление на фоне сохраняющегося спада в 1-й и 3-й фазах. Эти наблюдения также свидетельствуют в пользу предположения о различных путях регуляции усилия в выделенных фазах мышечного сокращения.

В заключение следует заметить, что, несмотря на очевидные возможности дифференциальной оценки состояния механизмов регуляции сопротивления с учетом 1-й и 2-й фаз мышечного сокращения, которые требуют дальнейшего изучения, наиболее близкой к субъективным ощущениям силы-слабости мышцы экзаменатором оказалась оценка амплитуд электрической активности мышц в 3-й фазе сокращения. Совпадение по 3 пациентам (16 опытов) составило 81,3%.

С целью объективизации мышечного тестирования была также предпринята попытка использования трехмерного (время - частота - амплитуда) представления записанных электромиографических сигналов в виде спектрограммы. На рис.4

видно, что паттерн спектрограммы в области низких частот (0 - 2 Гц) существенно изменяется для случаев сильной и слабой мышц. Так, для сильной мышцы (норма) характерен провал электрической активности (темно-серый цвет) в области частот ниже 2 Гц в 1-й и частично 2-й фазах. К концу 2-й фазы значительно возрастает электрическая активность (белый цвет) в диапазоне частот ниже 0,5 Гц, а к концу 3-й фазы - и во всем диапазоне 0 - 2 Гц. Для слабой мышцы характерно либо заметное ослабление низкочастотной электрической активности (темно-серый цвет) во 2-й и 3-й фазах (эмоциональная провокация, химическая провокация), либо усиление электрической активности (белый цвет) в 1-й фазе (механическая провокация, попытка восстановления). Усиление электрической активности слабой мышцы в 1-й фазе субъективно ассоциировалось с появлением тремора. Общее совпадение результатов анализа спектрограммы и субъективных оценок экзаменатора по 3 пациентам (16 опытов) достигло 87,5%.

ВЫВОДЫ

1. Экспериментально подтверждена справедливость предположения о существовании различных физиологических механизмов поддержания длительного усилия сопротивления мышцы.
2. Показана возможность достоверной объективной оценки реакции мышц на проблемные провокации.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Шмидт И.Р. Введение в прикладную кинезиологию // Мануальная медицина, 1994, 8, с. 30-36.**
2. **Florence J.M., PandyaS., King W.M., et al. Intrarater reliability of manual muscle test (Medical research council scale) grades in Duchenne's muscular dystrophy // Phys. Ther. 1992. V.72. No. 2. P.115-122.**
3. **Schmitt W.H., Leisman G. Correlation of applied kinesiology muscle testing findings with serum immunoglobulin levels for food allergies // Int. J. Neuroscience. 1998. V.96. No.3-4. P.237-244.**
4. **Бернштейн Н.А. Очерки по физиологии движения и физиологической активности. - М.: Биомедгиз. 1947. 420 с.**
5. **Зенков Л.Р., Ронкин М.А. Функциональная диагностика нервных болезней. (Руководство для врачей). М.: Медицина, 1991, с. 526-596.**
6. **Васильева Л.Ф. Функциональные блоки суставов позвоночника и конечностей (мануальная диагностика и терапия с основами прикладной кинезиологии).- Новокузнецк. Новокузнецкий институт усовершенствования врачей. 1999. 159 с.**

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ОБУЧЕНИЯ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В РОССИИ

Л.Ф. Васильева,

президент межрегиональной ассоциации прикладной кинезиологии

РЕЗЮМЕ

На основании анализа 10-летнего опыта развития прикладной кинезиологии в России вскрываются причины её замедленного развития и внедрения в систему знания. Указываются пути решения: дальнейшее развитие научного обоснования феномена мышечного тестирования, рассмотрение вопросов развития прикладной науки как самостоятельного направления и в рамках утвержденной специальности - мануальной терапии.

ABSTRACT ORGANIZATIONAL ISSUES OF TEACHING APPLIED KINESIOLOGY IN RUSSIA.BY L.F. VASILJEVA.

The Moscow State Medical Academy, Neurology Department: Based on the analysis of 10-year development of Applied Kinesiology in Russia, reasons for its slow progress and implementation into the overall system of knowledge are revealed. Options for solution are offered, such as further development of scientific substantiation of the muscle testing phenomenon; issues of developing the applied science as an independent branch within the framework of the newly established specialty i.e. manual therapy, are considered.

Прикладная кинезиология как раздел медицинской науки начала развитие в России с 1991 г. За этот период на международных семинарах по прикладной кинезиологии обучены преподаватели вузов Москвы, Петербурга, Владивостока, Новокузнецка, Екатеринбурга, Челябинска, Ярославля, Обнинска, Красноярска, Нижнего Новгорода, Барнаула, Минска, Казани, Новосибирска, Харькова, Томска, Краснодара, Одессы, Калининграда и многих других городов. Преподаватели посетили много семинаров, хорошо усвоили мышечное тестирование, широко применяют его в своей клинической практике, однако мало используют полученные знания в преподавательской деятельности. Это значительно снижает возможности знакомства врачей различных специальностей с данным направлением. Не имея возможности приехать на курсы в Москву, Новокузнецк, Владивосток, Красноярск, врачи вынуждены обучаться по видеокассетам и книгам, что не позволяет им в совершенстве овладеть практическими навыками. А использование мышечного тестирования с ошибками приносит больше вреда, чем пользы.

Возможно, причины снижения интенсивности преподава-

ния прикладной кинезиологии - в недостаточном научном обосновании, в неполном понимании её основных понятий и её места среди других методов традиционной медицины. Именно на этом вопросе хотелось бы остановиться в данной статье.

Как известно, каждое из направлений медицины только тогда имеет право на выделение из общих направлений, когда определены её основные понятия:

* *Предмет воздействия*
* *Методы диагностики*
* *Методы терапии*

Для прикладной кинезиологии данные характеристики могут быть представлены следующим образом:

Предмет воздействия · нарушение функциональных взаимосвязей (баланса) между отдельными системами организма, которые условно могут быть разделены на:

- ***механические*** - функциональные нарушения в мышечно-скелетной, висцеральной, краниосакральной системах;
- ***химические*** - метаболические, эндокринные нарушения;
- ***энергетические*** (энергоинформационные) - канально-меридианные, эмоциональные изменения.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ

1. Образование функциональных связей между системами:

- ассоциативных - единство эмбриогенеза
- топографических - взаиморасположение
- иннервационных - общность иннервации
- функциональных (объединения для выполнения статической или динамической задачи).

Это связи между различными системами организма, образованные организмом на разных этапах его развития и имеющие в основе приобретенные или врожденные рефлексы, которые активизируются в ответ на нейрологическую дезорганизацию, компенсируя несостоятельность одной системы перегрузкой другой.

2. Гипо- или дезафферентация, поступающая из периферических экстра-интра-проприорецепторов по спиноталамическим путям, приводит к искажению афферентного потока в виде функционального изменения тонуса определенных скелетных мышц. В связи с этим данные мышцы являются индикатором несостоятельности связанных с ними различных органов и систем и провокатором болевых мышечных синдромов в других компенсаторно перегруженных мышцах.

Функциональные изменения тонуса мышц проявляются в снижении активности рефлекса на растяжение при изометрическом сокращении мышц, что особенно проявляется постуральной гипоактивностью в статике, гиповозбудимостью в динамике, снижении выраженности сухожильных рефлексов. Это состояние обратимо, если удается восстановить афферентацию на периферическом, спинальном или надсегментарном уровне.

3. Принципиально важным является то, что клинически манифестирует именно последнее звено в построенной организмом компенсаторной цепи вследствие истощения резервных возможностей.

Наиболее часто это укорочение мышцы, асимметричное расположение позвонков в позвоночно-двигательном сегменте, компримирующие прилежащие сосуды и нервы.

Методы диагностики прикладной кинезиологии:

- мануальное мышечное тестирование нарушения тонуса мышц, имеющих вышеперечисленные связи со всеми системами организма, и выявление причин его формирования на механическом, химическом и энергетическом уровне;
- методы терапевтической локализации и провокации - поиск механической, химической и эмоциональной стимуляции, позволяющей изменить функциональное состояние тонуса мышц.

Методы терапии прикладной кинезиологии:

- любой из возможных методов механического, химического или эмоционального воздействия;
- устраняющий функциональную слабость тестируемых мышц;
- устраняющий боль в компенсаторно статически и динамически перегруженных мышцах.

В зависимости от преобладающего нарушения структурной, эмоциональной или химической систем прикладная кинезиология использует методы диагностики и терапии соответствующих методов традиционной медицины (психокоррекцию, гомеопатию, аллопатию, иглорефлексотерапию, мануальную терапию и др.). В связи с этим прикладная кинезиология может развиваться как самостоятельное направление и в рамках одного из вышеперечисленных направлений.

Особое внимание хотелось бы уделить возможностям развития прикладной кинезиологии в рамках мануальной терапии, изучающей функциональные изменения в мышечно-скелетной системе.

МЕСТО ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Благодаря современным методам мануальной диагностики и терапии выявлены функциональные изменения не только в суставах позвоночника и конечностей, но и в сочленениях костей черепа и крестца, в натяжении мышечно-фасциальных структур, во взаимном расположении внутренних органов (птоз, висцероспазм) и др. В связи с этим мануальная терапия (МТ) условно разделилась на вертебральную, краниосакральную, миофасциальную, неоптимальный двигательный стереотип, прикладную кинезиологию и др. Каждый из перечисленных направлений изучает патобиомеханические изменения различной локализации, имеет специфические методы мануальной диагностики и терапии, и в каждом из указанных направлений прикладная кинезиология совершенствует возможности мануальной диагностики и расширяет способы мануальной терапии.

МЕСТО ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В РАЗЛИЧНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Неоптимальный двигательный стереотип

Предмет воздействия - неоптимальная статика и динами-

ка, регионарный постуральный дисбаланс мышц, атипичный моторный паттерн.

Тестирование мышечного тонуса позволяет определить локализацию расслабленных мышц, постуральная и динамическая несостоятельность которых приводит к формированию неоптимальности статики и динамики. Это, в свою очередь, приводит к статической и динамической перегрузке других мышечных групп, клинически манифестирующих болевыми мышечными синдромами.

Вертебральная мануальная терапия

Предмет воздействия - нарушение подвижности позвоночных двигательных сегментов, сочленений таза и суставов конечностей.

Тестирование мышечного тонуса позволяет определить направление движения в суставе или позвоночном двигательном сегменте, восстанавливающее тонус расслабленных и/или компремированных мышц, что является показанием к выполнению манипуляции.

Краниосакральная терапия

Предмет воздействия - нарушение подвижности костей черепа и таза и растяжимости твердой мозговой оболочки.

Тестирование мышечного тонуса используется с целью определения реактивности краниосакральной системы на пробу с повышением внутричерепного давления, вызывающего натяжение твердой мозговой оболочки (изменение состояния тонуса мышц на задержку разных фаз дыхания, пассивное смещение костей черепа и крестца свидетельствует о наличии дисфункции краниосакральной системы).

Висцеральная терапия

Предмет воздействия - нарушение подвижности, положения и спазм внутренних органов

Тестирование мышечного тонуса позволяет определить направление смещения органа, устраняющего гипотонус мышц ассоциированных с различными органами (показание к висцеральной манипуляции).

МЕСТО ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В ОБРАЗОВАНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЦЕПЕЙ В МЫШЕЧНО-СКЕЛЕТНОЙ СИСТЕМЕ

Подразделение на отдельные направления мануальной терапии так же условно, как и разделение функциональных нарушений организма на структурные, химические и эмоциональные.

Это связано с тем, что все функциональные вышеперечисленные изменения существуют одномоментно в различных системах вследствие образования между ними функциональных цепей, поддерживающих существование друг друга. Например, нефроптоз, который так часто встречается у астеничных людей, приводит к расслаблению пояснично-подвздошной мышцы, являющейся её ложем, и одновременно вызывает укорочение её антагониста - квадратной мышцы поясницы (предмет миофасциальной МТ), это приводит к ограничению подвижности костей таза (предмет краниосакральной МТ). Одновременно это способствует формированию функциональных блоков в межпозвонковых и позвонково-реберных суставах в месте прикрепления укороченных мышц (предмет вертебральной МТ). Это, в свою очередь, вызывает ограничение подвижности внутренних органов, к ним прикрепляющихся (предмет висцеральной МТ), а снижение функциональной активности внутреннего органа сопровождается нарушением усвоения витаминов, минералов, микроэлементов, активизирует соответствующий меридиан и сопровождается эмоциональным дисбалансом. Эти примеры могут быть бесконечны и взаимообусловлены.

Поэтому раздельное овладение врачом только одного из разделов мануальной терапии, незнание основ прикладной кинезиологии способствуют тому, что врач не может построить функциональные цепи, выразить это в патобиомеханическом диагнозе и устраняет изменения биомеханики только в месте локализации клинической манифестации, приводя к их рецидиву.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ:

1. Изменить программу подготовки по мануальной терапии. Увеличить продолжительность обучения по краниосакральной, висцеральной терапии, коррекции неоптимальной статики, прикладной кинезиологии, диагностике патогенетических функциональных цепей между различными системами организма и др.

2. Разделить программу обучения на 2-годичную прерывистую подготовку (желательно на разных учебных базах) со сдачей экзаменов по каждому из направлений мануальной терапии. Разработать систему предцикловой, межцикловой подготовки курсантов для освоения теоретических знаний.

3. Продумать систему подготовки преподавателей по мануальной терапии с основами прикладной кинезиологии, взяв за основу ту сумму знаний, которыми владеет каждая из школ мануальной терапии в России и за рубежом.

4. Разработать систему внедрения знаний функциональной медицины по каждой специальности в медицинских институтах и на курсах усовершенствования врачей всех специальностей (наряду со знаниями медицинского здравоохранения).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Прикладная кинезиология направлена на изучение функциональных нарушений организма, которые возникают в доклинический этап развития любого заболевания, сопутствуют ему в клинический этап и задерживают этап реабилитации. Поэтому эти знания важны для врача любой специальности. Но это не просто набор ручных приемов диагностики и терапии - это цепь функциональных изменений, объединяющих различные системы организма в единое целое. И знание этих взаимоотношений превращает врача прикладной кинезиологии во врача, владеющего основами лечебного дела.

Овладением знаниями прикладной терапии необходимо начинать обучение студентов лечебного факультета, а не заканчивать их последипломное образование. Только тогда мы сможем получить квалифицированного врача, которому не страшно доверить лечение больного.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА ГРУШЕВИДНОЙ МЫШЦЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ КИШЕЧНИКА

И.Д. Зотов,

Федеральный научный клинико-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЗЮМЕ

На основании клинического и инструментального анализа пациентов с синдромом грушевидной мышцы предложена оригинальная концепция о вторичности развития этого синдрома, как компенсаторной реакции организма. В связи с этим предложены оригинальные варианты терапии

ABSTRACT PIRIFORMIS SYNDROME FORMATION IN PATENTS WITH INTESTINAL DYSFUNCTION. BYZOTOV I.D.

On the basis of clinical and instrumentation analysis of patients with piriformis syndrome an original concept is offered, whereby this syndrome is regarded as a secondary phenomenon, a body compensatory reaction, Original treatment methods are offered.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Синдром грушевидной мышцы по-прежнему является достаточно актуальной проблемой при лечении больных трудоспособного возраста с клиникой ишемического корешкового синдрома, а компрессионные синдромы поясничного отдела позвоночника являются наиболее актуальной проблемой в лечении пациентов трудоспособного возраста [6,7]. По данным литературы, среди основных этиопатогенетических факторов, формирующих данное функциональное нарушение, большая роль отводится мышечному дисбалансу [8,9]. При этом многие авторы указывают на решающую роль в формировании мышечного дисбаланса первичного укорочения и спазма квадратных мышц поясницы с последующим смещением пульпозного ядра и развитием компрессионного синдрома [6,7]. Такой подход и определяет тактику лечения - устранение функциональных блоков и растяжение (расслабление) укороченных мышц. В то же время появились работы о возможности формирования первичного расслабления мышц в формировании мышечного дисбаланса и вторичного укорочения мышц - антагонистов [10-12]. Кроме того, широко известны работы о висцеромоторных влияниях у пациентов с дисфункцией внутренних органов [8]. Однако механизм формирования этого нарушения до сих пор остается невыясненным.

Целью нашего исследования являлось выявление механизма активации висцеромоторного рефлекса у пациентов с дисфункцией кишечника и его роли в патогенезе синдрома грушевидной мышцы.

Для этого проведено исследование 59 пациентов трудоспособного возраста с синдромом грушевидной мышцы с наличием дисфункции кишечника. Критериями отбора данной группы являлись наличие хронического течения заболевания и его торпидность к медикаментозному лечению.

Пациентам проводились клиническое исследование, визуальная и мануальная диагностика, мышечное тестирование, висцеральная диагностика, компьютерная томография, стабилометрия, поверхностная электромиография.

Опрос позволил выявить особенности формирования клинической манифестации у данных пациентов: у 56% болевой синдром усиливался с 5-7 час. утра (время активности меридиана кишечника). Пациенты в это время просыпались от боли и не могли уменьшить её интенсивность до 7 часов утра. Боль также усиливалась через 2-3 часа после приёма пищи, при акте дефекации. Наличие дисфункции кишечника пациенты отмечали в анамнезе перед появлением клинической манифестации корешкового синдрома.

При визуальной диагностике в статике выявлялись нарушения, характерные для укорочения квадратной мышцы поясницы в виде значительного смещения общего центра тяжести (рис. 1, рис. 2), гиперлордосколиоз в нижнепоясничном отделе позвоночника, что подтверждалось при ортоспондилографии (рис. 3). Кроме того, выявляется латерофлексия в сторону укороченной мышцы, сближение края рёберной дуги и гребня крыла таза с этой стороны (рис. 4).

При выполнении флексии туловища отчётливо выявляется асимметричное включение M. Quadratus Lumborum в виде латерофлексии грудного отдела позвоночника в противоположную сторону. Наклон осуществляется при сохранённом лордозе в поясничном отделе, а движение производится за счёт кифоза в грудном отделе.

При неврологическом исследовании снижение чувствительности по ходу корешка зарегистрировано у 18% пациентов, а гипорефлексия ахиллова рефлекса у 48%.

Ануальная диагностика позволила выявить наличие функциональных блоков различного генеза на пояснично-крестцовом переходе, различные варианты скрученного таза.

При мануальном мышечном тестировании установлено наличие функциональной слабости противоположной квадратной мышцы поясницы в 74% наблюдений, снижение силы

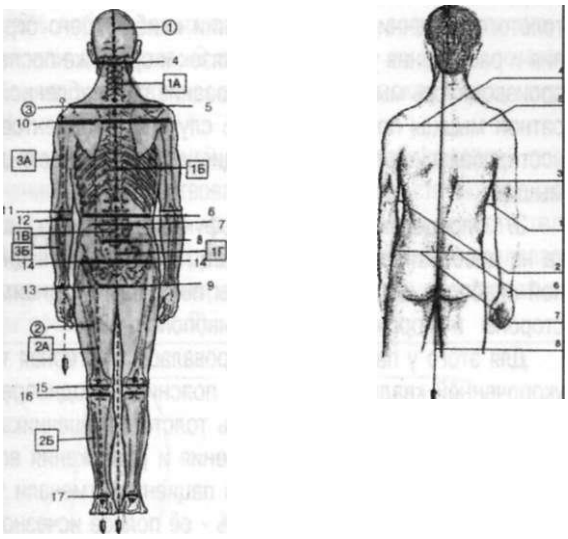


Рис. 1. Расположение границ ориентиров регионов тела и смещение центральной оси при укорочении квадратной мышцы поясницы (до лечения).

Рис. 2. Смещение центра тяжести при укорочении квадратной мышцы поясницы с одной стороны при стабилометрии (до лечения).

малоберцовых мышц - 52%, большеберцовых - 48% в среднем положении. В то же время при латерофлексии туловища функциональная слабость мышц стопы у всех пациентов уменьшалась. Это свидетельствовало о мобильности протрузии диска, толерантности компрессионного синдрома поясничного отдела позвоночника к мануальному лечебному воздействию.

При стабилометрии (рис. 5) выявлялись некоординированные тонические и клонические сокращения постуральных мышц (крупноамплитудная сагитальная и мелкоамплитудная фронтальная нестабильность).

При поверхностной миографии выявлена несвоевременная активация мышечного аппарата, а также запоздалое включение сократительного аппарата квадратной мышцы поясницы в паттерн движения (рис. 6).

Наличие дисфункции толстого кищечника проводилось при помощи висцеральной диагностики по методике Барраля. Она

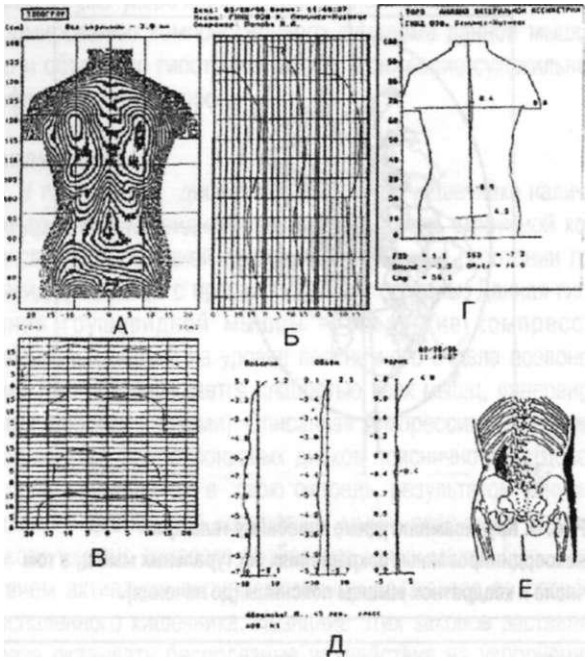


Рис. 3. Изображение при ортоспондилографическом контроле в случае укорочения квадратной мышцы поясницы: смещение центральной оси тела, наклон горизонтальной оси таза и грудной клетки по направлению друг к другу (до лечения).

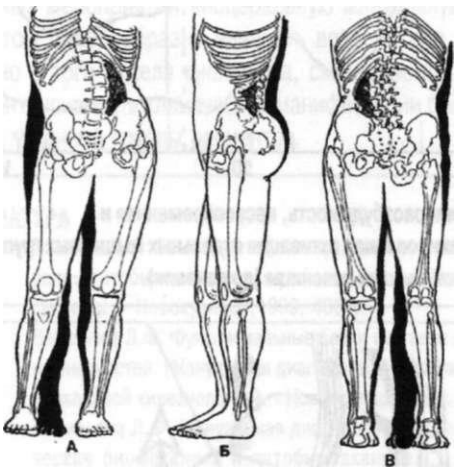


Рис. 4. Изменение контуров тела при укорочении квадратной мышцы поясницы с одной стороны в виде уменьшений рёберно-тазового промежутка, углубления линии талии, латерального отведения ноги.

позволила установить наличие укорочения кишечно-диафрагмальной, поперечно-ободочной связок, спазм и болезненность отделов толстого кишечника, особенно в области илеоцекального угла и сигмовидной кишки (рис. 7).

Для определения степени взаимовлияния данных патобиомеханических изменений на состояние неврологических нарушений пациента были проведены следующие специальные клинические тесты:

1. Определение влияния дисфункции толстого кишечника на наличие функциональной слабости квадратной мышцы поясницы.

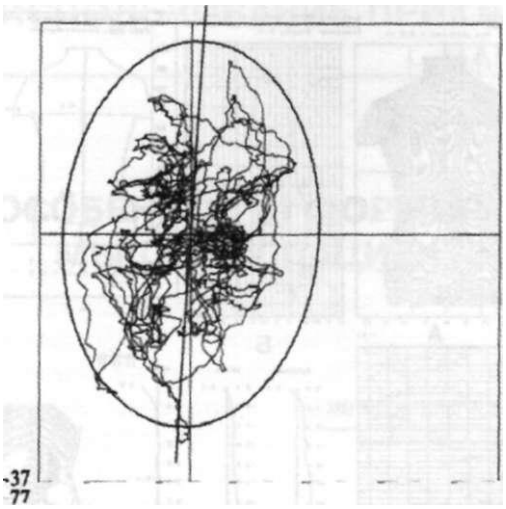


Рис. 5. Крупноамплитудные колебания тела при некоординированных сокращениях постуральных мышц, в том числе и квадратной мышцы поясницы (до лечения).

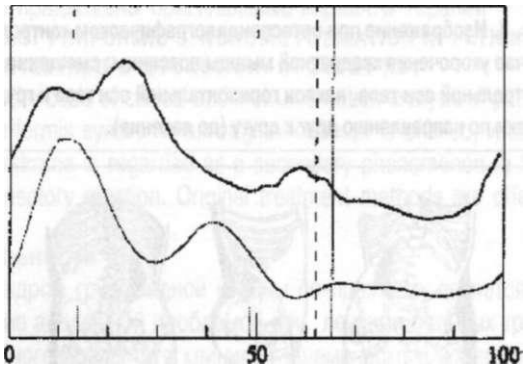


Рис. 6. Гипервозбудимость, несвоевременная и некоординированная активация отдельных мышечных групп квадратной мышцы поясницы (до лечения).

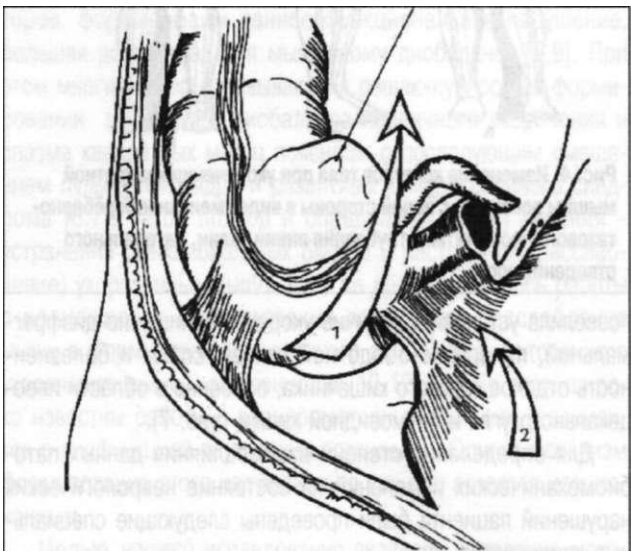


Рис. 7. Связочный аппарат илеоцекального угла, нуждающийся в коррекции.

Для этого пациенту производилось смещение отделов толстого кишечника в направлении наибольшего ограничения и растяжения укороченных связок и сразу же после этого производилось мышечное тестирование расслабленной квадратной мышцы поясницы. В 86% случаев у пациентов диагностировалось устранение функциональной слабости данной мышцы.

2. Определение влияния дисфункции толстого кишечника на дисбаланс квадратных мышц поясницы (функциональной слабости квадратной мышцы поясницы с одноименной стороны и укорочение - с противоположной).

Для этого у пациента пальпировалась триггерная точка в укороченной квадратной мышце поясницы и одновременно производилось смещение петель толстого кишечника в направлении наибольшего ограничения и растяжения его укороченных связок. В 72% случаев пациенты отмечали уменьшение выраженности боли, а 29% - её полное исчезновение. Далее врач прекращал воздействие на кишечные петли и анализировал ощущение под пальцами. Через 2-3 сек. ощущалось появление напряжения, а пациент отмечал возрастание болевого ощущения.

3. Диагностировали наличие компрессии спинальных нервов. Для этого определяли снижение тонуса в мышцах стопы.

4. Определение уровня компрессии:

а) производили латерофлексию туловища и вновь перепроверяли тонус мышц. Его изменение свидетельствовало о компрессии нерва на уровне межпозвонкового отверстия;

б) производили наружную ротацию бедра и вновь перепроверяли тонус мышц. Его изменение свидетельствовало о компрессии нерва на уровне укороченной грушевидной мышцы.

Проведенное исследование показало, что в 80% случаев пациенты имели признаки снижения тонуса мышц стопы с двух сторон. С одной стороны - на уровне межпозвонкового отверстия диагностировалось снижение тонуса не только мышц стопы, но и экстензоров бедра, ягодичных мышц и, самое главное, грушевидной мышцы, с другой стороны - на уровне укороченной грушевидной мышцы - определение влияния дисфункции кишечника на синдром грушевидной мышцы.

У пациента производили выявление функциональной слабости мышц стопы, имеющих моноиннервацию, далее производили смещение петель толстого кишечника в направлении наибольшего ограничения и растяжения его напряженных связок и вновь производили тестирование тонуса мышц стопы. В 72% случаев происходило устранение функциональной слабости с двух сторон, а в 28% - её уменьшение.

После подтверждения патогенетической значимости дисфункции кишечника с функциональным расслаблением квадратной мышцы поясницы пациентам проводилась висцеральная мануальная терапия от 3 до 5 сеансов по методике Ж.П. Барраля.

Проведенное лечение в 32% случаев полностью купировало клинические проявления корешкового синдрома у наблюдаемых пациентов.

У 42% сохранялись функциональные блоки на уровне пояснично-крестцового перехода, что требовало сочетанного

применения мануальной и висцеральной терапии.

У 26% наблюдаемых пациентов боли возобновлялись в статике или динамике. В связи с этим в комплекс лечения была включена статическая и динамическая реедукация [1-3,8].

Данные компьютерной топографии, стабилометрии после лечения свидетельствовали об улучшении статики и динамики пациентов в виде нормализации центра тяжести тела (рис.8), а при миографическом обследовании выявлялась симметричность и своевременность включения квадратной мышцы поясницы (рис.9).

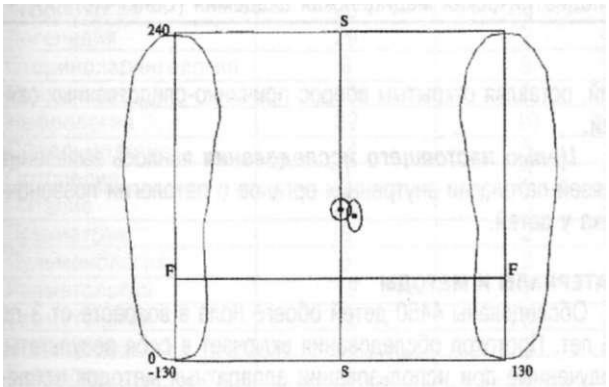


Рис. 8. Восстановление нормального расположения центра тяжести тела (после лечения).

Рис. 9. Рисунок физиологического включения квадратной мышцы поясницы (после лечения).

Полученные данные позволяют подтвердить патогенетическое влияние дисфункции кишечника на тонусно-силовые характеристики квадратной мышцы поясницы, формируя её функциональную слабость. Это, в свою очередь, приводило к появлению укорочения и спазма со стороны противоположной квадратной мышцы поясницы. Данный тонусно-силовой дисбаланс приводил к статической и динамической перегрузке пояснично-крестцового перехода, формированию в нем компенсаторного функционального блока. Данные патобиомеханические изменения приводили к возникновению травматизации нерва и развитию клиники функциональной слабости мышц тонуса не только мышц стопы, но и экстензоров бедра, ягодичных мышц и, самое главное, грушевидной мышцы. Расслабление грушевидной мышцы приводило к укорочению её антагониста - грушевидной мышцы с другой стороны. И уже укорочение грушевидной мышцы приводило к формированию компрессионного синдрома данной мышцы, что и объясняло гипотонию стопы и снижение сухожильного рефлекса с двух сторон.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациентов с дисфункцией толстого кишечника наличие **синдрома** грушевидной мышцы может быть вторичной компенсаторной реакцией организма на наличие гипотонии грушевидной мышцы с противоположной стороны. Данная гипотония грушевидной мышцы - следствие компрессии поясничных нервов на уровне поясничного отдела позвоночника (это подтверждается слабостью всех мышц, иннервируемых данными нервами). Описанная компрессия - следствие асимметрии межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела, являющихся, в свою очередь, результатом тонусно-силового дисбаланса квадратных мышц поясницы. Наличие такого тонусно-силового дисбаланса мышц может быть следствием активации висцеромоторных рефлексов со стороны воспаленного кишечника. Незнание этих законов заставляет врача оказывать бесполезные воздействия на укороченную грушевидную мышцу, усугубляя неврологический дефицит.

ВЫВОДЫ

Пациентам с синдромом грушевидной мышцы, имеющим дисфункцию кишечника, необходимо включать в комплекс лечебных мероприятий висцеральную мануальную терапию. При этом целесообразно начинать воздействие преимущественно с того отдела кишечника, смещение которого снижает интенсивность клинической манифестации болевого синдрома у данной группы пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Васильева Л.Ф. Алгоритмы мануальной диагностики и терапии патобиомеханических изменений мышечно-скелетной системы. - Новокузнецк, 1999. 400 с.**
2. **Васильева Л.Ф. Функциональные блоки суставов позвоночника и конечностей. (Мануальная диагностика и терапия с основами прикладной кинезиологии). - Новокузнецк, 1999.160 с.**
3. **Васильева Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия. Клиническая биомеханика и патобиомеханика.- С.-Петербург: Фолиант, 1999. 400 с.**
4. **Гранит Р. Основы регуляции движений.- М.: Мир,1973. 340 с.**
5. **Goodheart G. Applied Kinesiology - London - 359p.**
6. **Lewit K. Manipulative therapy in Rehabilitation of the locomotor system.- Butterworth., Heinemann 1999,-346p.**
7. **Lewit K. Postisomtrische Relaxation in Kombination mit an deren Methoden muskularer Fazilitation und Inhibition. //Man.Med. - 1986. - N 24. - S. 30-3.**
8. **Могендович Р.Ф. Висцеромоторные рефлексы - М.: Медгиз, 1957. 400с.**
9. **Руководство по кинезиотерапии. Под ред. Бонев. - София: Медицина и физкультура, 1978. 412с.**
10. **Shafer J. Applied Kinesiologiy // Modul 1,3,7, 1994, 120p.**
11. **Walter Applied Kinesiology/- USA: Systems DS1988/m - 571 p.**
12. **G Travell, S.Simons. Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual. The lower extremities. Williams and Wilkins, 1992, 599p.**

НЕХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ПОЗВОНОЧНИКА И ФОРМИРОВАНИЕ ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТСКОГО ОРГАНИЗМА

Я.Н. Бобко, В.Г. Часнык,
Государственная педиатрическая медицинская академия (Санкт-Петербург)

РЕЗЮМЕ

На основании обследования 4450 детей обоего пола в возрасте от 3 до 16 лет с использованием аппаратных методов исследования подтверждают ассоциацию нехирургической патологии позвоночника и соматической патологии у детей.

Это обусловливает формирование причинно-следственных связей, формирующих патологическую активность примитивных рефлексов, задержку развития локомоторных рефлексов в раннем детском возрасте и ряда патологических состояний у взрослых.

By Y.N. Bobko, V.G. Chasnik.The St. Petersburg State Pediatric Medical Academy Examination of 4450 children of both genders whose age ranged from 3 to 16, with the application of instrumentation methods, confirmed the association between non-surgical spine pathology and somatic pathology in the children. It triggers the formation of cause -and- effect relationships which lead to primitive reflexes pathological activity, retardation of loco-motor reflexes development in early childhood, and a number of pathological conditions in adults.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одной из фундаментальных проблем прикладной кинезиологии является выявление ассоциаций патологии опорно-двигательного аппарата и патологии внутренних органов.

Будучи выявленными, такие ассоциации существенно упростили бы также и прикладные аспекты формирования типологических особенностей человека.

Одной из трудностей является необходимость поиска связей с очень широким спектром диагнозов, описывающих различные формы патологии внутренних органов. В случае использовании профиля патологии, а не собственно диагноза в терминах МКБ в качестве классификатора состояния здоровья ребенка (И.М. Воронцов, 1991; Т.И. Иванова, 1992; В.Г. Часнык, 1997), попытки уменьшения количества классов патологии за счет введения шаблонов неизменно заканчиваются включением характеристик статуса опорно-двигательного аппарата, в частности рефлексов локомоции, в число признаков с высокой степенью аддитивности по отношению к признакам соматической, в частности кардиологической, патологии (некоторые практические аспекты исследования этих ассоциаций применительно к оценке эффектов неблагоприятных факторов внешней среды рассмотрены С.Л. Аврусиным (1998)). Это косвенно подтверждает наличие ассоциации, оставляя открытым вопрос причинно-следственных связей.

Целью настоящего исследования явилось выявление связей патологии внутренних органов и патологии позвоночника у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 4450 детей обоего пола в возрасте от 3 до 16 лет. Протокол обследования включает в себя результаты, полученные при использовании аппаратных методов исследования, данные формализованного осмотра, проводившегося по программам стационара одного дня (В.Г. Часнык, 1997), данные мануальной диагностики, проводившейся по программам Я.Н. Бобко (2000).

В исследование включены дети, не имевшие на момент осмотра хирургической патологии опорно-двигательного аппарата и до момента осмотра не имевшие диагнозов в группе нозологических форм «ортопедия», за исключением «нарушение осанки», «плоскостопие», «сколиоз», «нестабильность шейного отдела позвоночника».

Распределенные базы данных в формате Access, описывающие обследованную популяцию, статистически обрабатывали с помощью штатных программных средств пакета Statistica. Поиск ассоциаций проводили в ходе пошагового (forward) построения регрессионных моделей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Некоторые результаты регрессионного моделирования с использованием признаков патологии позвоночника в терминах мануальной медицины в качестве управляющих, а баллов экспертной оценки по отдельным группам нозологических форм в качестве управляемых переменных представлены в таблицах 1 и 2.

Анализ результатов, приведенных в таблице 1, позволяет сделать вывод о том, что по характеристикам анамнеза и жалобам наиболее перспективной с точки зрения эффективности использования методов мануальной медицины является аллергологическая, кардиологическая, нефрологическая патология, а также нарушения питания и речи. Интересно, что собственно ортопедическая патология не включена в этот список (доля объясненной дисперсии составляет всего 4%) (см. табл. 1).

Объяснение этому факту можно найти в общеизвестной явной гиподиагностике заболеваний опорно-двигательного

Таблица 1. Некоторые результаты регрессионного моделирования с использованием признаков патологии позвоночника в качестве управляющих, а баллов экспертной оценки, определяемых по списку «опрос» АСПОНд, в качестве управляемых переменных

Управляемая переменная	Доля бъясненной дисперсии (%)	Количество управляющих признаков	Достоверность связи признаков p=
Аллергология	20	8	0.05 - 0.003
Вазокардиология	15	8	0.05 - 0.001
Гастроэнтерология	9	3	0.04 - 0.0004
Гематология	10	2	0.04-0.01
Дерматология	17	4	0.04 - 0.0004
Иммунология	15	6	0.05 - 0.0006
Кардиология	23	8	0.05 - 0.00000
Логопедия	29	7	0.04 - 0.0001
Оториноларингология	6	3	0.05 - 0.004
Неврология	12	5	0.02 - 0.0006
Нефрология	22	10	0.05 - 0.0006
Офтальмология	14	5	0.05 - 0.0009
Ортопедия	4	2	0.03 - 0.02
Питание	28	5	0.05 - 0.00000
Психиатрия	8	2	0.02
Пульмонология	6	2	0.05
Ревматология	18	7	0.05 - 0.003
Стоматология	12	5	0.05-0.01
Фтизиатрия	14	8	0.03 - 0.006
Хирургия	5	1	0.04

Таблица 2. Некоторые результаты регрессионного моделирования с использованием признаков патологии позвоночника в качестве управляющих, а баллов экспертной оцен ки, определяемых по списку «осмотр» АСПОНд, в качестве управляемых переменных

Управляемая переменная	Доля объясненной дисперсии(%)	Количество управляющих признаков	Достоверность связи признаков p=
Аллергология	11	3	0.01 - 0.004
Вазокардиология	16	3	0.02 - 0.00008
Гастроэнтерология	40	7	0.03 - 0.00000
Гематология	18	7	0.05 - 0.0003
Дерматология	21	7	0.03 - 0.00004
Иммунология	21	7	0.05 - 0.00003
Кардиология	15	4	0.04-0.02
Логопедия	8	2	0.05 - 0.002
Оториноларингология	14	3	0.04 - 0.007
Неврология	16	4	0.04-0.02
Нефрология	16	8	0.04 - 0.00009
Офтальмология	13	8	0.05 - 0.03
Ортопедия	14	5	0.05 - 0.002
Питание	8	2	0.05-0.02
Психиатрия	9	1	0.01
Пульмонология	13	4	0.03 - 0.004
Ревматология	20	8	0.04 - 0.0002
Стоматология	12	4	0.04-0.01
Фтизиатрия	15	6	0.05 - 0.004
Хирургия	16	5	0.04 - 0.0004

аппарата у детей, отчасти обусловленной отсутствием соответствующих жалоб со стороны больного. Необходимо иметь в виду то, что нефрологическая патология, как и гастроэнтерологическая, в этом списке формируется в основном за счет жалоб на боли в животе.

Результаты моделирования, представленные в таблице 2, несколько изменяют выводы, сделанные на основе анализа данных, приведенных в таблице 1, выводя в ряд наиболее перспективных групп нозологических форм гастроэнтерологию. Интересно, что на основе известных фактов невозможно достоверно установить причинно-следственные связи при оценке обусловленности патологии питания, гастроэнтерологической патологии и патологии позвоночника. Еще раз необходимо отметить наличие гиподиагностики патологии опорно-двигательного аппарата при использовании традиционной методологии ее выявления (см. табл. 2).

Таким образом, патология позвоночника хорошо ассоциируется с гастроэнтерологической патологией, аллергологией, ревматологией, кардиологией, дерматологией, иммунологией, патологией питания и логопедией.

Некоторые наиболее удачные с точки зрения доли объясненной дисперсии регрессионные модели с использованием характеристик стояния позвонков, определяемых методами мануальной медицины, в качестве управляющих переменных представлены в таблице 3.

В графе 2 таблицы 3 символами fb, si обозначены функциональный блок и сублюксация соответственно, символами RPS и CP - реберно-позвоночное и крестцово-поясничное сочленения, DPvertmax и DPvertmin - определяемые при допплерографии значения максимальной и минимальной скорости кровотока в a.vertebralis, sin и dex - стороны нарушения. Обозначение позвонков - традиционное (C - шейный, Th - грудной, L - поясничный отделы позвоночника).

Необходимо отметить, что:

все закономерности выявлены у детей, не имеющих явно выраженной патологии опорно-двигательного аппарата;

все нарушения в позвоночно-двигательных сегментах позвоночника выявлены методами мануальной медицины и прикладной кинезиологии, описаны в принятой в этом разделе знаний терминологии (см. табл. 3).

В целом полученные нами результаты подтверждают известные представления о спланхнотомах и дерматомах. Существующие отступления от этих представлений достаточно убедительно иллюстрируют общепринятую в среде мануальных терапевтов и прикладных кинезиологов точку зрения на наличие устойчивых взаимных влияний состояния шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника, костей таза и черепа. Становятся более убедительными полученные ранее сведения о неэффективности коррекции только одного какого-либо отдела позвоночника.

Приведенные в таблице результаты указывают на весьма тесную связь нарушений стояния позвонков и выявляемой при.

Таблица 3.

Некоторые результаты построения регрессионных моделей с использованием характеристик положения позвонков и параметров кровотока в a.vertebralis в качестве управляющих переменных

Управляемая переменная	Управляющие переменные	Коэффициент уравнения регрессии	Уровень достоверности p=	Доля объясненной дисперсии, %
Сердечная аритмия	fbTh4sin	-0.59	0.00000	63
	fbTMdex	0.56	0.00000	
	fbTh11dex	0.15	0.00000	
	fbTh12dex	0.13	0.00000	
	fbTh6sin	-0.04	0.00025	
	fbTh3dex	0.03	0.03	
	fbC6dex	0.03	0.025	
Асимметрия тела	DPvertmindex	0.001	0.00000	59
	DPvertmaxde>	-0.0003	0.00000	
	fbRPSsin	0.96	0.00002	
	fbThlOdex	0.89	0.00005	
	fbTh11dex	-0.0998	0.0007	
	fbThlsin	0.24	0.031	
Систолическое артериальное давление	fbC7dex	28.2	0.0004	35
	DPvertmaxsin	0.6	00002	
	fbTh9dex	30.5	0.002	
	fbL5dex	-13.5	0.04	
	fbL3sin	17.9	0.006	
	SlC1-7	-7.5	0.007	
	fbTh6sin	37.7	0.009	
	fbC4sin	-22.8	0.007	
	fbC3sin	16.9	0.05	
Диастолическое артериальное давление	fbC7dex	16.9	0.001	37
	DPvertmaxsin	0.5	0.000005	
	fbTh9dex	6.3	0.001	
	fbL5dex	-8.6	0.04	
	fbL3sin	10.3	0.02	
	SlC1-7	-4.9	0.006	
	fbTh6sin	25.2	0.007	
	fbC4sin	-14.7	0.007	
	fbC3sin	11.1	0.05	
Опрос-кардиология	fbCPsin	78.1	0.000009	23
	DPvertmaxde>	0.66	0.001	
	fbCIdex	-29.4	0.009	
	fbC2dex	21.5	0.05	
	DPvertmindex	-1.2	0.02	
	fbL5dex	-27.2	0.05	
	fbC4sin	-25.3	0.04	
	fbL2sin	-37.3	0.04	
Опрос-нефрология	fbC3dex	35.4	0.004	22
	fbL3sin	-25.0	0.01	
	fbL4dex	45.0	0.0006	
	fbL2dex	23.8	0.009	
	fbTh5dex	40.8	0.033	
	fbC2dex	-16.4	0.05	
	fbC3sin	-25.1	0.03	
	SlC1-3	7.6	0.04	
	fbC5dex	-27.6	0.039	
	fbC5sin	26.2	0.05	
Опрос-питание	DPvertmindex	0.28	0.000000	28
	DPvertmaxde>	-0.07	0.000009	
	fbRPSsin	57.9	0.00003	
	fbTh3sin	-15.8	0.05	
	fbUsin	-11.8	0.024	
Осмотр-гастроэнтерология	fbTh12dex	1480.90	0.00000	40
	fbTh12sin	-1197.9	0.00000	
	fbTh11dex	-855.4	0.00000	
	fbTh11sin	497.8	0.0001	
	fbC5dex	48.9	0.02	
	DPvertminsin	4.9	0.02	
	fbThlOdex	119.5	0.03	

традиционном обследовании патологии нервно-рефлекторной регуляции, патологии внутренних органов.

Особое внимание обращает на себя достаточно высокий уровень объясненной дисперсии ряда характеристик, в частности сердечных аритмий, значений систолического и диастолического артериального давления, признаков, входящих в компетенцию гастроэнтеролога, нефролога, аллерголога, диетолога, кардиолога.

Необходимо отметить весьма частое включение в модели характеристик кровотока в позвоночной артерии. Это, возможно, свидетельствует о значительно более широком, чем можно было бы предположить, распространении надсегментарных нарушений и, видимо, обусловленных этим вегетативных дисфункций. В частности, закономерность включения этих параметров в дисперсию выраженности зрачкового и роговичного рефлексов, видимо, обусловлена именно этим. Если это так, то полученные нами данные можно расценить как подтверждающие обусловленность выраженности достаточно тонких рефлекторных механизмов регуляции, осуществляемой на уровне среднего мозга и моста, от вертеброгенных, по сути, доклинических форм нарушения кровообращения в a.vertebralis.

ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные нами результаты достаточно убедительно подтверждают наличие ассоциаций нехирургической патологии позвоночника и соматической патологии у детей. Данные литературы свидетельствуют о наличии причинно-следственных связей задержки развития локомоторных рефлексов в раннем детском возрасте и ряда патологических состояний у взрослых,

Как известно, процессы развития у ребенка локомоторных рефлексов от примитивных до цепных предполагают их совершенствование на базе уже существующих, причем последние, в том числе и примитивные безусловные, не исчезают, а сохраняются на всю жизнь, будучи лишь заторможенными специально активируемыми для этого ансамблями тормозных нейронов. Снятие торможения в случае разрушения ансамблей вследствие гибели нервной ткани (возрастная инволюция, нарушение кровоснабжения из-за поражения сосудов и пр.) и внезапное появление у взрослого человека присущих здоровому младенцу безусловных рефлексов (например, сосательного) является хрестоматийным доказательством их сохранения (A. Guyton, 1986). Отсутствие безусловных локомоторных рефлексов в отведенный природой срок или их более длительное персистирование является обычно неблагоприятным признаком. Если в первом случае основанные на классической физиологии знания лишь придают некую логику процессу развития (рефлекс должен быть, иначе невозможно построение более сложного рефлекса на его основе), то во втором случае логика не вполне ясна (что мешает одновременно существовать раннему рефлексу в то же время, что и основанному на нем более сложному позднему, ведь существует же большая группа безусловных рефлексов, например относимых к группе защитных, одновременно с построенными на их базе условными). Более того, наличие нескольких вариантов эффектов в ответ на одно и то же раздражающее воздействие

Таблица 4.
Клинические маркеры задержки конвертации локомоторных рефлексов раннего возраста

№	Рефлекс	Клинические маркеры
1	паралич страха	гиперсенситивность, фобии, синкопе
2	Моро	гиперсенситивность, гиперреактивность, трудности социализации 2-х типов: 1. избегание, 2. доминирование
3	ладонный	нарушения речи, гиперчувствительность ладони, движения рта при рисовании и письме
4	асимметричный шейный тонический	дискоординация движений, аграфия, связная речь при затруднении выражения мыслей в письменной форме
5	поисковый и сосательный	чувство крушения надежд, навязчивые мысли, брызгание слюной, синхронные движения рта и ладоней при еде
6	Талант	энурез (неврологическая форма), нарушения кратковременной памяти, «иноходь»
7	тонический	нарушения движения глазных яблок, нарушения восприятия (лабиринтный) пространства, отсутствие понимания причинно-следственных связей, отсутствие чувства времени
8	симметричный шейный тонический	«обезьянья» походка, неуклюжесть, медлительность, нарушения восприятия пространства

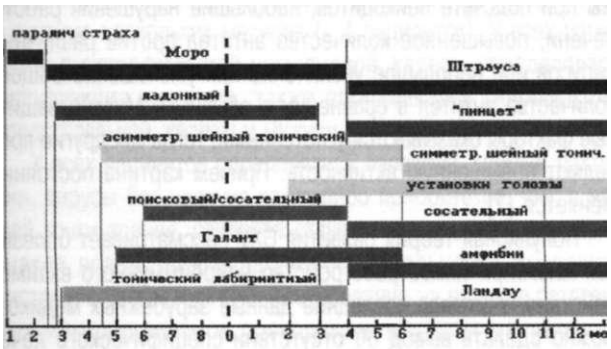


Рис. 1. Сроки конвертации локомоторных рефлексов раннего возраста. На оси абсцисс 0 - момент рождения. Тоном выделены группы из 2-3 последовательно участвующих в конвертации рефлексов.

предполагало бы формирование более широкого спектра приспособлений, что традиционно свидетельствует о более высоком уровне адаптации. Однако очевидным является факт угасания (торможения) примитивного рефлекса после появления более сложного (конвертация). Более того, педиатрам хорошо известен факт ухудшения локомоторных функций у ребенка в окрестностях зон конвертации (рис. 1) некоторых рефлексов.

Задержка замены (конвертации) примитивного рефлекса приводит к появлению достаточно специфических клинико-психологических маркеров (K. Keen, 1996). В таблице 4 представлен перечень маркеров задержки некоторых локомоторных рефлексов раннего возраста. Данные, приведенные в таблице, интересны не только с точки зрения возможных спекуляций о том, может ли быть в будущем хорошим писателем или политиком ребенок с персистирующим дольше положенного асимметричным шейным тоническим рефлексом, но и главным образом с точки зрения понимания порядка построения иерархии в системе рефлекторного контроля локомоции. Создается впечатление, что базовый рефлекс, персистируя дольше отведенного ему природой времени, тормозит в дальнейшем координацию локомоторной активности, но более поздние рефлексы, проявляя некую «слабость», не могут его отменить, ограничиваясь лишь вписыванием их в сюжет управления в рамках собственной компетенции.

Таким образом, при всем кажущемся многообразии приспособительных реакций существует вполне обозримый круг закономерностей, видимо, обусловленный стереотипированием процессов самоорганизации сложных систем регуляции.

Наличие патологии позвоночника даже на донозологическом, с точки зрения педиатров и традиционных ортопедов, уровне и ее ассоциация с патологией внутренних органов являются, по-видимому, основой для формирования стереотипированных адаптационных реакций.

Распознавание подобных стереотипов для обширного перечня систем регуляции, включающего в себя аппарат контроля биохимических и физиологических реакций, возможно, и лежит в основе описания конституциональных особенностей организма, являющихся отправной точкой для построения решающих правил, пригодных для диагностики и прогнозирования состояния человека, а также является базой для разработки диагностических приемов мануальной терапии и прикладной кинезиологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аврусин С.Л. (1998). Формирование медицинской программы стандартизованной процедуры массовых обследований детей из районов экологического неблагополучия. Дис. канд. мед. наук. - Санкт-Петербург, 1998 .
2. Аршавский И.А. Основы возрастной периодизации. Возрастная физиология / Под ред. В.Н.Черниговского и др. - Л.: Наука, 1975.
3. Бобко Я.Н. Клинико-физиологическое обоснование мануальной терапии соматической патологии у детей. Автореферат дис. докт.мед.наук.- Санкт-Петербург, 2000.
4. Воронцов И.М. К обоснованию некоторых общеметодологических и частных подходов для формирования валеологических концепций в педиатрии и педологии/ Методология и социология педиатрии: Сб. научн. тр. - Санкт-Петербург, 1991.
5. Иванова Т.И. К обоснованию медицинской и социально-экономической эффективности системы АСПОНд в Санкт-Петербурге. - Доклад-автореферат дис. канд. мед. наук.- Санкт-Петербург, 1992 .
6. Часнык В.Г. (Chasnyk V.) Radiation-Induced Injury: the Problems of Stratification and Some Socio-Economical Aspects of Medical Aid to Children-Inhabitants of the Regions Contaminated After Nuclear Accidents // Международная рабочая конференция "Безопасная энергетика - пучковые технологии" BEAMS'97: Материалы. - Санкт-Петербург, 1997.
7. Guyton A. A Textbook of Medical Physiology. - W.B.Saunders Company, 1986.
8. Keen K. Developmental Delay. Learning Disability and Posturally Revealed Cranial Faults. - Update ICAK, Seminar, London, 1996.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ

А.Ф. Беляев, Е.В. Ярощук,

Приморский краевой институт вертеброневрологии и мануальной медицины, кафедра восстановительной и мануальной медицины Владивостокского государственного медицинского университета

РЕЗЮМЕ

В настоящей работе рассматриваются аспекты этиологии, патогенеза и лечения заболевания синдрома хронической усталости (СХУ). Показано, что достижение радикального положительного результата в лечении данного заболевания возможно только при условия рассмотрения всех составляющих триады здоровья человека: биохимической, структурной, психоэмоциональной,

ABSTRACT:

Possibilities of Applied Kinesiology Methods in Treating Chronic Fatigue Syndrome.

By A.F. Belyayev, E.V. Jarochsuk. Primorsky Regional Institute of Vertebreneurology and Manual Medicine. The Vladivostok State Medical University, Department of Restorative and Manual Medicine. The article considers aspects of etiology, pathogenesis, and treatment of Chronic Fatigue Syndrome. It demonstrates that radical positive result in treating this disease is possible only if all the constituents of the health triad are considered - biochemical, structural and emotional.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Синдром хронической усталости (СХУ) является сравнительно «новым» заболеванием. Статистика свидетельствует о большой распространенности СХУ во многих странах мира. В США, где возник сам термин «СХУ», зафиксировано 3 миллиона больных, в Германии - от 3% явно больных до 30% потенциальных. Официальных данных о количестве лиц, страдающих СХУ в России, пока нет. Синдром не ограничивается какими-либо географическими или социально-демографическими группами. По данным разных авторов, частота СХУ может составлять 10 - 37 случаев на 100 тысяч населения [1].

Основными симптомами СХУ являются: общая хроническая усталость с мышечной слабостью, мышечными и суставными болями, головной болью, болью в позвоночнике, расстройствами сна, явлениями депрессии, иногда наблюдается слабо выраженное лихорадочное состояние, припухлость и болезненность лимфатических желез [2]. Заболеванию подвержены люди любого возраста, однако замечено, что женщины в возрасте 25-49 лет болеют чаще, чем мужчины [1].

«Хотя заболеть этой болезнью может каждый, классический вариант - это женщина в возрасте от 20 до 50 лет, часто много добившаяся, образованная, с хорошей речью» - считает Дедра Бухвальд, директор клиники в Сиэтле, специализирующейся на лечении СХУ [7, с. 1]. Болезнь, как указывает Д. Бухвальд, часто начинается в период, когда человек испытывает стресс, когда он оказывается в непривычной ситуации, требующей от него больших усилий, например во время развода, смены рода деятельности или после смерти члена семьи. Лабораторные анализы показывают отклонения от нормы при подсчете лейкоцитов, небольшие нарушения работы печени, повышенное количество антител против различных вирусов или небольшое увеличение или уменьшение общего количества антител в сравнении с обычным. Многие защитные факторы оказываются угнетенными, тогда как другие проявляют повышенную активность. Причем картина постоянно меняется [7].

Популярная теория развития СХУ рассматривает болезнь как многопричинное расстройство нейроиммунного взаимодействия. Учитывая последние данные зарубежных медиков, можно сделать вывод об отсутствии специфического лечения. Разработана определенная тактика лечения, которая позволяет продлить ремиссии заболевания и вернуть пациентов к работе. Используется симптоматическое лечение, а также витаминотерапия и физиотерапия. В каждом случае рекомендуется индивидуальный подход [1].

Несмотря на проводимые в последние годы интенсивные исследования, этиология СХУ остается малопонятной и само существование этой нозологической формы является предметом дискуссии. Вероятные причины СХУ: специфические вирусные инфекции, иммунологические расстройства и чисто психологические механизмы [11].

ПРЕДМЕТ, МЕТОД И ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ

Предметом настоящего исследования является изучение причин возникновения СХУ и определение подходов к лечению посредством системного подхода методом прикладной кинезиологии (ПК) с учетом трех составляющих «треугольника здоровья» (биохимической, структурной, психоэмоциональной) [10].

Объектом в настоящем исследовании явилась группа из 14 человек (12 женщин и 2 мужчин) в возрасте от 22 до 53 лет, находившихся на лечении в клинике Приморского краевого Института вертеброневрологии и мануальной медицины с диагнозом СХУ с января по май 2001 г. Ведущими симптомами были быстрая утомляемость, сильная усталость, не проходящая даже после отдыха, нарушения сна, головные, сус-

тавные и мышечные боли (табл. 1).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Биохимическая составляющая (до начала лечения).

У всех пациентов был выявлен дефицит полиненасыщенных жирных кислот [2], важнейших микроэлементов, таких как цинк, селен, кремний, серебро, хром, йод, железо, дефицит витаминов группы В, Е, С, различных аминокислот, а также уменьшение содержания ферментов, обусловленное дефицитом соответствующих микроэлементов. Провоспалительная простогландиновая реакция, реже избыток гистаминов и кининов.

У всех пациентов определялся паттерн дисфункции эндокринных желез в соответствии с моделью адаптивного стресса Г. Селье [11]: гипофункция тимуса, в 12 случаях - гипофункция надпочечников, в 3 случаях (1 мужчина и 2 женщины) - гиперфункция надпочечников.

Интересно отметить, что у 6 пациенток определялась гиперфункция щитовидной железы, что коррелировало с периодическим появлением субфебрильной температуры, иногда в течение нескольких месяцев (у 4 пациенток). У всех пациенток с гиперфункцией щитовидной железы определялась гипофункция яичников, также определялась гипофункция предстательной железы у мужчин (см. табл. 2).

У всех пациентов определялись паразиты, грибки, бактерии, вирусы без наличия каких-либо приоритетов, что, с нашей точки зрения, свидетельствует о вторичности этих признаков вследствие ослабления деятельности иммунной системы в целом при СХУ. Тестирование на наличие патогенных микроорганизмов проводилось методом мануального мышечного тестирования посредством гомеопатической лаборатории DETOX KIT фирмы Metabolics.

Структурная составляющая (до начала лечения).

У всех пациентов определялось ослабление флексии черепа при вдохе и экстензии при выдохе, а также структурные нарушения, обусловленные главным образом проблемами мышц и позвонков, ассоциированных с соответствующими органами, находящимися в дисфункции, что проверялось посредством методов терапевтической локализации и провокации с использованием соответствующих биологически активных веществ, например экстрактов эндокринных желез. То есть структурные изменения, по нашему мнению, являются вторичными по отношению к биохимическим изменениям в организме на уровне клеточно-ферментных сдвигов при СХУ, которые вызывают истощение симпатической нервной системы, что приводит к вегетативному дисбалансу с доминированием холинергических влияний, обусловливаемых усилением фонового тонуса мышечных волокон, учащением спазмов и быстротечным расходованием энергетических ресурсов.

Психоэмоциональная составляющая (исследования проводились в процессе лечения).

Исследование психоэмоциональной составляющей триады здоровья в настоящей работе проводилось методом судьбоанализа, инструментом которого является тест Зонди - проективная методика исследования личности, которая была разработана в конце 40-х годов XX столетия [5]. Основоположник судьбоаналитической концепции Л. Зонди - швейцарский врач, дефектолог, психиатр, психотерапевт, психолог, психоаналитик. В своем учении он обобщил опыт своих 20-летних фундаментальных научных исследований на стыке медицины, экспериментальной психологии (статистическими исследованиями были охвачены 15 тысяч семей), психоанализа. Тест требует проведения 7 - 10 опытов с одним испытуемым, после чего идет обработка и интерпретация данных с получением довольно большого объема информации об испытуемом, которую можно использовать в зависимости от исследуемой проблемы.

Тест Л. Зонди дает возможность проникнуть в самые глубокие слои бессознательного психики человека, выявляя гипо- (-) или гипер- (+) состояние первичной энергии каждого из базовых побуждений, являющихся «радикалами деятельности человека, более того, корнями, на которые опирается и которыми обусловливается существование человека...» [5]. Система побуждений имеет следующий вид: 1) сексуальное, состоящее из двух факторов - h (потребности в любви и нежности) и s (потребности к овладению объектом любви), основная цель - продолжение рода; 2) пароксизмальное (побуждение к внезапности), факторы e (потребность в справедливости) и hy (hy+ потребность в демонстративности), hy - (стремление спрятаться); 3) Я-побуждение, факторы к (потребность иметь) и p (потребность быть); 4) побуждение к контакту, факторы d (поиск объекта удовлетворения потребности) и m (потребность быть прикрепленным к объекту, психоаналитический оральный фактор).

В результате исследований было выявлено, что у

Таблица 1. Данные об испытуемых

№	Возраст	Профессия	Примечание
		Женщины	
1	22	инженер-технолог продуктов питания (студентка)	*
2	28	сотрудник банка	*
3	34	сотрудник банка	*
4	38	аудитор	*
5	38	главный бухгалтер банка	*
6	40	директор фирмы	***
7	44	финансовый директор фирмы	***
8	45	тележурналист	***
9	46	аудитор	**
10	48	преподаватель английского языка в университете	
11	52	зав. отделом аудиторской фирмы	**
12	53	работник бензозаправки	
		Мужчины	
1	36	директор фирмы	**
2	45	коммерческий директор фирмы	***

Примечание.

* - 4-6 часов в день проводит за компьютером

** - работа связана с частыми и длительными командировками

*** - стрессовые ситуации на работе

11 из 12 женщин преобладали паттерны побуждений, которые в рамках судьбоаналитической концепции характеризуются как «мажорные» (мужские) формы реагирования.

С целью проверки векторных корней побуждений на грубо мужской мажорный характер и соответственно мягкую женскую минорную природу были вычислены психосексуальные пропорции (соотношение мажорных и минорных психосексуальных пропорций испытуемых женщин составляло от 1,1 Dur:1 Mol до 2,27 Dur:1 Mol, тогда как нормальная пропорция у здоровых мужчин равна 2Dur:1 Mol, а мажорно-минорная пропорция нормальной женщины должна показывать преобладание минорных реакций (здесь Dur - сокращенное обозначение мажорных реакций, Mol - минорных). Кроме того, все женщины показали социально-позитивные векторные картины (в рамках модели судьбоанализа) со значением индекса социальности в пределах нормы, что свидетельствует о том, что высокий уровень мажорных (мужских) реакций является адекватным социальной ситуации.

Мужчины показали пропорции 1,7 Dur: 1 Mol и 1,85Dur: 1 Mol, что довольно близко к норме по векторному пространству побуждений (h, s, p, hy, k, d, m) в целом, но интересно отметить, что в сексуальном векторе (h, s) определялись реакции женской (пассивной) сексуальности (h+, s-), хотя в векторах остальных побуждений преобладали мажорные реакции, такие, как, например (d+, m-) - отрыв от старого объекта и поиск нового и т.д.

Также проводилось тестирование психоэмоциональной составляющей триады здоровья посредством цветочных настоев доктора Бака [12] методом провокации. Наиболее часто у женщин встречались положительные реакции на настои вербены, дуба, виноградной лозы, вяза. Такое сочетание свидетельствует о строгости личности к себе и окружающим, ощущении напряжения, властолюбии, непреклонности. Полученные результаты хорошо согласуются с результатами теста по Л. Зонди, поскольку указанные качества человеческой личности трактуются как мужские в философиях разных культур, мифах и сказках, так как связаны с энергетическими затратами. Тогда как женщинам архетипически свойственно накопление энергии, которая нужна для продолжения рода (вспомним сказку о Спящей Красавице). Все испытания в сказках, мифах, легендах, являющиеся природосообразной, органичной человеческому восприятию воспитательной системой, проверенной многими поколениями наших предков, обычно являются признаками мужской инициации [4].

Интересно также отметить, что у пациентов с гипертрофией фактора p (по тесту Л. Зонди), что означает тенденцию к формированию сверхценных идей (параноидальный синдром), наблюдалась в наших исследованиях корреляция с наличием в организме грибковой инфекции, как приоритетной. Гипертрофия фактора hy, означающая стремление к тщеславию, к тому, чтобы обратить на себя внимание (истероидность), была связана с такой проблемой, как паразитарная инфекция, гипертрофия фактора h - неразряженная потребность в любви и нежности (возможно, латентная гомосексуальность) - с наличием большого количества вирусов и т.д. Мы не будем останавливаться на этом факте более подробно, поскольку, как показали наши дальнейшие исследования, такая зависимость существует не только у пациентов с заболеванием СХУ, а имеет более общий характер.

Таблица 2. Данные по функционированию эндокринных желез у женщин приведены в таблице

Эндокринная железа	Гипо-функция, %	Гипер-функция, %	Норма, %
Тимус	100	0	0
Щитовидная железа	30	50	20
Надпочечники (мозговое вещество)	100	0	0
Надпочечники (кора)	84	16	0
Яичники	84	0	16
Поджелудочная железа	68	24 (воспалительная реакция)	8

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Преобладание мажорных психосексуальных пропорций личности естественным образом связано с изменением соотношения соответствующих гормонов в организме. Чем более сильный, твердый и доминирующий характер у женщины, тем выше содержание гормона тестостерона. Хотя в крови у женщины содержание тестостерона в среднем в 10 раз меньше, чем у мужчин, они более чувствительно реагируют на гораздо меньшую концентрацию этого гормона. Переживание уверенности определяется высоким уровнем тестостерона и низким - кортизола и эндорфинов при среднем уровне содержания норадреналина, адреналина и серотонина, а также умеренным количеством опиатов. В основе депрессии лежит максимальный уровень кортизола и эндорфинов, малое содержание тестостерона и недостаток катехоламинов [3]. Также тестостерон увеличивает скорость поступления глюкозы в мускулатуру, что должно помогать организму справляться с физическими напряжениями, необходимыми для достижения цели.

Под влиянием стресса активируется синтез опиоидов (эндорфинов, энкефалинов, диморфинов). Они синтезируются из b-липотрофина (b-ЛПТ) в передней доле гипофиза. Ь-ЛПТ и семейство пептидных гормонов, включая b-эндорфин, выделяются при стрессе, гипогликемии и подавляются глюкокортикоидами. Они снижают чувство тревоги, повышают работоспособность, увеличивают возможность выполнения длительной работы. Опиоидные пептиды обладают эффектом обезболивания [6]. Поскольку основными симптомами СХУ являются общая хроническая усталость с мышечными и суставными болями, депрессия, и с учетом того, что, по данным нашего исследования, при СХУ определяется дефицит многих биохимических ресурсов, в том числе важнейших микроэлементов, входящих в состав основных гормонов (например, цинк необходим для продуцирования тестостерона), то мы приходим к выводу в поддержку ширящегося круга работ,

свидетельствующих о том, что социальные и психологические характеристики индивида (психоэмоциональные паттерны, особенности характера, положение в обществе) могут глубоко влиять на физиологическое состояние. То есть вследствие необходимости поддержания определенного «мажорного» психоэмоционального состояния идет перерасход соответствующих биохимических ресурсов, которые необходимы для нормального функционирования физиологических систем организма и дефицит которых может приводить, в частности, к возникновению СХУ.

То, что СХУ заболевают чаще женщины, является косвенным подтверждением указанного вывода, если учесть, что переживание успеха, достигаемого в деятельности, сопровождается увеличением уровня тестостерона у самцов млекопитающих, включая человека. Также имеются данные о том, что у женщин, так же, как и у мужчин, тестостерон лежит в основе их эмоциональной устойчивости [3]. И что тестостерон, являясь мужским половым гормоном, производится яичками и надпочечниками мужчин и надпочечниками женщин [6], то есть женскому организму сложнее поддерживать гомеостаз при активации «мажорных» психических состояний.

Что касается мужчин, аналогичные результаты, к примеру, были получены Робертом М. Саполски при изучении физиологии доминантных самцов павианов-анубисов. Например, оптимальные гормональные показатели, наблюдаемые у доминантных самцов в стабильной обстановке, становятся сходными с показателями подчиненных самцов, когда доминантные самцы длительное время испытывают воздействие внешней нестабильности. Оказывается, что и у доминантных, и у подчиненных павианов-анубисов, так же, как у человека и у крыс, уровень тестостерона снижается в ответ на стресс, но у подчиненных самцов он сначала, наоборот, повышается, остается повышенным в течение часа и только затем снижается. Это дает последним преимущество принятия решения и адекватного реагирования на внешнюю неблагоприятную ситуацию, но при необходимости проявлять такие реакции в течение длительного времени они теряют это свойство, что связано с истощением соответствующих биохимических ресурсов [13]. Вот почему в нашем исследовании по Л. Зонди сексуальное побуждение у мужчин тестировалось со знаком (-), что является признаком пассивной (женской) сексуальности.

Из вышеизложенного следует еще один важный вывод, касающийся стратегии лечения СХУ. Если мужчинам достаточно провести биохимическую коррекцию, дать рекомендацию хорошо отдохнуть и провести психоэмоциональную коррекцию на повышение устойчивости к стрессовым ситуациям с помощью, к примеру, цветочных настоев доктора Бака, набора APIX, работы на нейроваскулярных точках эмоционального стресса и т.п., то для женщин необходима дополнительная работа с психоэмоциональной составляющей триады здоровья, направленная на глубинную трансформацию на ценностном уровне, актуализацию ресурсных возможностей женской души, моделирование позитивных энергосберегающих сценариев взаимоотношений с окружающей реальностью. Здесь прекрасно подойдут техники такого направления практической психологии, как сказкотерапия [4], а также музыкотерапия, направленная на актуализацию способности слышать свой внутренний «изначальный» ритм и жить в соответствии с этим внутренним ритмом, что ведет к гармонизации психоэмоционального состояния, нейтрализации последствий стресса, развитию творческих способностей и оздоровлению организма.

В соответствии с этим принципом можно гармонизировать работу внутренних органов. Например, наши исследования показали, что состояние яичников при СХУ гармонизируется музыкальными произведениями в тональности ре-мажор, надпочечников - в тональности ре-минор или фа мажор и т.д. Прикладная кинезиология дает уникальную возможность подбирать необходимую музыку с помощью мышечного тестирования посредством метода провокации. Но, естественно, самое гармоничное воздействие музыки идет при непосредственном взаимодействии с «живым», неэлектрическим инструментом, и наивысшую возможность здесь дают индивидуальные занятия классическим вокалом, когда тело человека само становится музыкальным инструментом и идет взаимодействие с прекрасным и вечным. Конечно, здесь очень важны профессионализм, мастерство и интуиция человека, ведущего занятия.

КОРРЕКЦИЯ БИОХИМИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ

Лечение проводилось по следующей схеме:

Коррекция дефицита полиненасыщенных жирных кислот [2].

Программа детоксации (противопаразитарная, антибактериальная, противогрибковая, противовирусная терапия, вывод химических ядов, радионуклеидов) [9].

Нормализация деятельности органов эндокринной системы [8].

Применялись биологически активные добавки фирм Nature's Way, Enrich, Natura Source, Артлайф. Хорошие результаты на этом этапе показало использование препаратов, в состав которых входят экстракты эндокринных желез животных: вилочковой, надпочечников, яичников, предстательной железы, полученные по специальной технологии (фирма Natura Source).

Интересно отметить, что после нормализации гипофункции вилочковой железы в результате применения препарата «Иммунобаланс» (Natura Source), происходила нормализация функции щитовидной железы без специальной коррекции. То есть эндокринные железы работают как синергисты и часто, при коррекции работы эндокринных желез, находящихся в гипофункции, нормализуется функция эндокринных желез, находящихся в гиперфункции.

Это достаточно важный момент, поскольку во всех случаях обращения пациентов с гиперфункцией щитовидной железы, находящихся на лечении у эндокринологов, мы выявляли гипофункцию тимуса, надпочечников, яичников у женщин, предстательной железы, яичек у мужчин, и в результате коррекции работы этих органов происходила нормализация функции щитовидной железы и исчезала необходимость в применении гормонов.

КОРРЕКЦИЯ СТРУКТУРНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ

Проводилась краниосакральная терапия на фоне биохимической и психоэмоциональной коррекции с частотой 1 раз в неделю в 1-й месяц лечения, 1 раз в 2 недели во 2-й месяц лечения и 1 раз в месяц в последующие 2 месяца, поскольку через 2 месяца у всех пациентов исследуемой группы было достигнуто состояние ремиссии.

КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ

Все пациенты проходили коррекцию цветочными настоями доктора Бака. Половина испытуемых женщин проходила коррекцию посредством музыкотерапии (индивидуальные занятия академическим вокалом с профессиональным преподавателем), три женщины занимались в течение полугода, остальные трое продолжают занятия в настоящее время. Все испытуемые из группы музыкотерапии отметили значительное снятие психологического и мышечного напряжения уже через месяц после начала занятий, а в дальнейшем развитие созидательного отношения к собственной жизни и к жизни своих близких, улучшение партнерских и детско-родительских отношений, Дело в том, что с точки зрения судьбоанализа занятие вокалом разряжает фактор m (потребность быть прикрепленным к объекту), который является психоаналитическим оральным фактором и означает бессознательное стремление быть прикрепленным к материнской груди, стремление к изначальному базовому доверию к миру, к чувству безопасности. Невозможность разрядки этого фактора приводит к различным видам маний - наркомании, курению, алкоголизму и т.д. Поэтому перспективы музыкотерапии далеко выходят за рамки настоящего исследования.

Кстати, практически все пациенты отметили улучшение состояния дел на работе и в бизнесе, улучшение концентрации внимания, интуиции. То есть, по существу, произошла активация правого полушария, что привело к выравниванию активности обоих полушарий и повышению возможностей концентрации и адаптации к стрессовым ситуациям.

ВЫВОДЫ ПО ИССЛЕДОВАНИЮ

В результате настоящего исследования были получены данные о том, что внутренняя установка испытуемых на внешнюю социальную ситуацию такова, что они вынуждены достаточно длительное время проявлять сильные, твердые, доминирующие, мужские, «мажорные» качества личности, и вследствие необходимости поддержания такого «мажорного» психоэмоционального состояния идет перерасход соответствующих биохимических ресурсов, которые одновременно необходимы для нормального функционирования физиологических систем организма и дефицит которых может приводить, в частности, к возникновению СХУ.

Женщины, проявляющие указанные «мажорные» качества личности, имеют гораздо более высокий риск заболевания СХУ, чем мужчины.

Метод судьбоанализа, инструментом которого является тест Л. Зонди, позволяет получить большой объем информации, относящийся к психоэмоциональной составляющей триады здоровья и может быть использован в качестве диагностического при определении предрасположенности к заболеванию СХУ, а также к ряду других заболеваний.

Применение музыкотерапии при коррекции психоэмоциональной составляющей триады здоровья позволяет провести позитивную трансформацию внутренней установки личности.

Трудность в определении причин и подходов к лечению СХУ состоит в том, что в каждом конкретном случае необходим индивидуальный подход с учетом взаимодействия всех составляющих триады здоровья, и только метод прикладной кинезиологии дает уникальную возможность реализовать этот принцип.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, социальные и психологические характеристики индивида могут глубоко влиять на его физиологическое состояние. Только с помощью холистического подхода к здоровью человека на стыке науки и искусства, посредством выхода на бессознательно-символический архетипический уровень человеческой психики возможно достижение радикального положительного результата. И метод прикладной кинезиологии вследствие своей глубины, всеохватности и гибкости дает возможность осуществить этот синтез.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арцимович Н.Т., Корнеева А.В. Синдром хронической усталости и иммунной дисфункции: file //A,- Журнал. Лечащий врач. htm.
2. Беляев А.Ф., Окунь И.Б., Ярощук Е.В. Коррекция дефицита полиненасыщенных жирных кислот у лиц, страдающих синдромом хронической усталости / Питание XXI века: медико-биологические аспекты, пути оптимизации: Материалы симпозиума.- Владивосток: Дальнаука, 1999.
3. Данилова Н.И. Психофизиология,- М.: Аспект Пресс, 2000.
4. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии. - СПб: Речь, 2002.
5. Зонди Л. Учебник экспериментальной диагностики побуждений. Перевод и редакция В. Джоса по изданию Ганса Губера Берн и Штутгард 1972.- Кишинев, 1999.
6. Панин Л.Е. Биохимические механизмы стресса.- Новосибирск: Наука, 1983.
7. Синдром хронической усталости: file :// A:/ Русский медицинский журнал, htm.
8. Смит К. Биохимические мессенджеры / Материалы семинара.- Байкал, Россия, 1998.
9. Смит К. Диагностика и коррекция химической составляющей / Материалы семинара.- Новокузнецк, 1995.
10. Смит К. Прикладная кинезиология. Введение в стомаогростическую систему/Материалы семинара.- Новокузнецк, 1995.
11. Харбиб О. Неадекватное отношение к болезни у страдающих синдромом хронической усталости: file :// A:/ Русский медицинский журнал, htm.
12. Aljoska A., Schwarz, Ronald P. Schweppe. Bach-bluten.- Munchen / Landsberg am Lech, 1995.
13. Sapolsky R., Justina C. Styles of Dominance and Their Endocrine Correlates among Wild Olive Baloons (Papio Anubis). American Journal of Primatology.-Vol. 18. - No **1.**-P. 1-13; 1989.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ, СВЯЗАННОГО С ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЕМ, МЕТОДОМ ИГЛОУКАЛЫВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АКТИВНЫХ ДВИЖЕНИЙ ПАЦИЕНТА ВО ВРЕМЯ СЕАНСА

А.Г. Семенов, Е.А. Полукарова, А.Г. Чеченин,

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей (Новокузнецк)

РЕЗЮМЕ

Приведена оригинальная методика комбинированного лечения пациентов с люмбаго с использованием методик иглоукалывания в сочетании с дозированной физической нагрузкой. Разработаны показания к применению и приведена их высокая эффективность.

ABSTRACT:

Acupuncture and Patients' Active Movement in Treatment of Acute Pain Syndrome in Lumber Spine which is due to Cold Exposure. By A.G. Semyonov, E.A. Polukarova, A.G. Chechenin.

The Novokuznetsk Advanced Training Institute for Medical Doctors. An original method of combinatory treatment of lumbago patients is offered, whereby acupuncture methods are combined with an adjustable physical load. Indications for application have been developed, proof of high effectiveness is provided.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Острые болевые синдромы в поясничной области (люмбаго) являются одной из наиболее частых причин временной нетрудоспособности. Значительная часть случаев этого синдрома связана с фактором переохлаждения, когда боли в поясничной области возникают у пациента спустя несколько часов после воздействия следующих факторов: пребывание на ветру (сквозняке), особенно при воздействии воздуха низкой температуры; пребывание на холодном воздухе в холодное время года (суток) в недостаточно теплой одежде; сидение или лежание на сырой, холодной земле, камнях и т.д.; нахождение в холодной воде всего тела или нижних конечностей (в том числе выполнение в воде физической работы); обильное потоотделение с последующим охлаждением. Существующие методы акупунктурного воздействия не используют принцип прикладной кинезиологии о повышении эффективности диагностики и лечения с использованием функциональных проб (различные положения тела, нагрузка, в том числе при ходьбе).

Целью нашего исследования являлась оценка эффективности метода иглоукалывания с использованием активных движений пациентов. Для этого были обследованы 40 больных с болевым синдромом в поясничной области, вызванным переохлаждением, в возрасте от 18 до 55 лет. В группу вошли только те пациенты, у которых была установлена связь между переохлаждением и возникновением болевого синдрома. Пациенты были разбиты на 2 группы в порядке обращения: нечетные пациенты составили группу А, четные - группу Б. В клинической картине у пациентов обеих групп наблюдались следующие симптомы: постоянная ноющая боль в поясничной области; усиление боли при движении в поясничном отделе позвоночника (флексия-экстензия); напряжение мышц паравертебрально в поясничном отделе от умеренного до выраженного.

Лечение было начато в первые сутки после развития болевого синдрома - у 20% больных в обеих группах, во вторые сутки - у 50% в группе А и у 55% больных в группе Б, на третьи сутки и позднее - соответственно у 30% в группе А и у 25% больных в группе Б. Для лечения болевого синдрома пациентам группы А применялась наиболее распространенная методика, заключающаяся в воздействии на точки V_{23},V_{25},V_{26}, R_3, ***У***$_{ю}$ (с целью восстановления циркуляции энергии в каналах мочевого пузыря и почек). Пациентам группы Б проводилась следующая лечебная методика:

- укалывание точек R_3, ***У***$_{ю}$,***Ч***$_{ы}$, V_a, V_{26},V_{Z7},V_{2e},PG_{75},VG_3,VG_4, V_{40} до умеренных предусмотренных ощущений в положении лежа на животе и оставление игл в течение15 -17 минут;
- извлечение игл из точек R_3, V^;
- подъем пациента в вертикальное положение;
- выполнение физической нагрузки в виде ходьбы и наклонов вперед - назад (выполнение физической нагрузки производится в виде трех циклов, состоящих из: а) простой ходьбы -2 мин.; б) наклонов туловища вперед до прямого угла и последующим разги-

Таблица1.
Динамика болевого синдрома после лечения (%)

Группы	**А п=20**	**Б п=20**	**Р**
Уменьшение болевого синдрома после 1-го сеанса	100	100	
Полное купирование боли после 1-го сеанса (в т.ч. и при физической нагрузке)	25	45	0,32
Полное купирование болевого синдрома после 2-го сеанса	50	35	0,52
Полное купирование болевого синдрома после 3-го сеанса	20	20	1,30
Наличие рецидива боли в течение последующих 10 дней	15	5	0,61

баниeм с опорой рук на кушетку, выполняющихся трижды);

- снятие оставшихся игл после предварительного принятия пациентом положения лежа.

Результаты проведенного лечения изложены в таб. 1.

Несмотря на то, что после первого сеанса все пациенты отметили уменьшение болевого синдрома, полное купирование боли уже после первого сеанса было достигнуто в два раза чаще в группе Б. Рецидивирование болевого синдрома спустя десять дней после третьего сеанса в группе А было в три раза чаще. Хотя уровень статистической значимости пока достигнут не был, клинические результаты являются многообещающими.

Таким образом, использование методики иглоукалывания с дозированной физической нагрузкой при постановке игл пациентам с болевым синдромом в поясничной области, вызванным переохлаждением, более эффективно, нежели применение стандартной методики. Внедрение данной методики может позволить сократить сроки нетрудоспособности и ускорить выздоровление пациентов с поясничным болевым синдромом, сократить число возможных рецидивов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сингх Д. Практическая энциклопедия восточной медицины. - М., 1997.
2. Пишель Я.В., Шапиро М.И., Шапиро И.И. Анатомо-клинический атлас рефлексотерапии. - М., 1989.
3. Коган О.Г., Гутман Е. Г., Кузнецова О.В. Цзин-ло: клинико-энергетическая характеристика канальной системы. - Новосибирск, 1993.
4. Байнфилд Б., Корнголд Е. Между небом и землей. - М., 1997.

ТЕРАПИЯ

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ АТЕРОГЕННЫХ ФАКТОРОВ КРОВИ ПОД КОНТРОЛЕМ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

О.В. Кузнецова, В.А. Михайлов,

кафедра мануальной терапии, рефлексотерапии и неврологии Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей, Медсанчасть № 5 г. Тулы

РЕЗЮМЕ

Под контролем мануального мышечного тестирования (у 78 больных с кардиоваскулярной и кардиоцеребральной патологией с повышением уровня атерогенных факторов) в качестве лечебного фактора использовались резонансные гомеопатические и изопатические препараты (изолированно как альтернатива фармацевтическим препаратам или в качестве существенного дополнения, а также как профилактическое средство), что позволило добиться значительного улучшения состояния пациентов.

ABSTRACT:

Non-Medication Correction of Atherogenic Blood Factors with Applied Kinesiology Application. By O.V. Kuznetsova, V.A. Mikhailov. The Novokuznetsk Advanced Training Institute for Medical Doctors, Department of Manual Therapy, Reflex-Therapy and Neurology. Local Health Care Center № 5 of the Town of Tula. With the application of manual muscle testing in 78 patients with cardiovascular and cardio-cerebral pathology, and with increased atherogenic factors, resonance homeopathic and isopathic remedies were used as a means of therapy which was regarded as an alternative to pharmaceutical remedies or as a considerable complimentary factor, as well as a preventive remedy. It made it possible to considerably improve the patients' condition.

ВВЕДЕНИЕ

Достижения фармакологии последних лет привели к синтезу лекарственных препаратов, помогающих уменьшить риск сердечно-сосудистых заболеваний. Особенно это касается препаратов, позволяющих снижать уровень холестерина и его фракций до физиологической нормы. По данным Национальной службы США по здоровью и питанию взрослого населения, снижение в крови уровня общего холестерина на 15% даёт снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 50%. Но, к сожалению, не известны отдалённые последствия этого лечения из-за побочных реакций, в то время как стоимость этих препаратов очень высока. Кроме того, помимо атерогенных факторов липидного обмена, поражение сосудов зависит от множества других причин, например, локального воспаления интимы сосудистой стенки, имеющего свои маркеры в виде биологически активных веществ. Поэтому оправданы попытки использования более доступных, индивидуальных и безопасных методов воздействия на всю этиопатогенетическую цепочку [1].

Классическая гомеопатия по праву заняла достойное место в медицине. Менее известны резонансная гомеопатия и изопатия.

Резонансная гомеопатия - направление в медицине и профилактике, использующее резонансные связи между органами и тканями, с одной стороны, и гомеопатическими препаратами, микроорганизмами, биологически активными веществами - с другой [2]. При резонансном воздействии

токсины, продукты обмена веществ, бактерии, вирусы, грибки тоже могут колебаться, разрушаться и вымываться потоком крови и лимфы [3].

Если классическая гомеопатия использует наложение картины лекарственного действия какого-либо одного гомеопатического препарата на симптоматическую картину заболевания (реперторизацию), то резонансная гомеопатия - комплекс унитарных гомеопатических препаратов в форме смеси, обычно низкой потенции (разведения). Резонансные связи этих препаратов установлены с помощью специальной аппаратуры, например методом Р. Фолля, вегетативным резонансным тестом и другими методами. Эти препараты выпускаются западными гомеопатическими фирмами в виде специальных кассет (ампул), за последние десятилетия врачи разных стран имели возможность убедиться в их эффективности.

Накоплен опыт создания энергоинформационных копий не только гомеопатических, но и аллопатических препаратов, например глюкокортикоидных гормонов [4].

Изопатия - одно из направлений гомеопатии, которое использует в качестве терапевтического фактора вещество, вызвавшее данную патологию, но в сверхмалых дозах. Если девизом гомеопатии служит «Similia similibus cuantur» (подобное лечится подобным), то девиз изопатии - «Aeqalia aequalius curantur» (идентичное лечится идентичным). Из истории медицины известно, что ещё Гиппократ при лечении острых заболеваний желудочно-кишечного тракта использовал рвотные массы самого больного - «Vomitis vomiti curantur», а в наши дни применяется уринотерапия, аутогемотерапия и специфическая гипосенсибилизация малыми дозами веществ, вызывающих аллергию.

Если рассматривать организм как саморегулирующуюся биорезонансную систему, то и в гомеопатии, и в изопатии внешние информационные сигналы используются для нормализации регулировочных контуров управления. Свойства того или иного вещества изменяются в процессе приготовления высоких разведений в воде, при этом меняется характер взаимодействия молекул воды и растворяемого вещества. В результате вода становится «структурированной» или «импринтированной» и несёт энергетический отпечаток вещества [5]. Для приготовления энергоинформационных препаратов применяются разнообразные технологии, в большинстве из них используется электромагнитный способ [6].

Цель работы - изучить возможности применения индивидуально подобранной резонансной гомео- и изопатии для коррекции атерогенных факторов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

78 больных с кардиоваскулярной и кардиоцеребральной патологией (гипертоническая болезнь, стенокардия, перенесённый инфаркт миокарда, последствия нарушений мозгового кровообращения), в крови которых было выявлено повышение уровня атерогенных факторов: общего холестерина и в-липопротеидов низкой плотности. Средний возраст больных - 55 лет, средний "стаж" заболевания - более 5 лет. Большинство из них имело 2-ю группу инвалидности по основному заболеванию. Катамнез - от 3 месяцев до 4 лет.

Исследование общего холестерина в-липопротеидов низкой плотности проводилось по методу Илька в одной и той же лаборатории. Исследование крови проводилось в первые две недели лечения каждые 2-3 дня, затем - раз в 2-3 месяца.

Подбор препарата и его дозировка проводились методом мануального мышечного тестирования, принятого в прикладной кинезиологии.

Для энергоинформационного переноса использовался аппарат собственной конструкции (свидетельство на полезную модель № 4224 от 16.05.1997 года).

Схематично этот процесс выглядел так: одноразовым скарификатором проводился забор крови из акупунктурной точки, соответствующей меридиану кровообращения по Р.Фоллю, расположенной у ногтевого ложа указательного пальца со стороны среднего пальца. Готовился исходный препарат аутокрови, затем при помощи прибора для переноса информации изготавливался потенцированный изопатический препарат и назначался пациенту в виде информационного носителя, записанного на чистую гомеопатическую крупку или водно-спиртовой раствор.

В качестве взаимодополняющих терапевтических препаратов применялись следующие:

- Изопатический препарат, приготовленный из крови самого пациента в потенции 6Х.
- Энергоинформационные копии меридианных комплексных препаратов (NAMED, ФРГ-Италия): сердца и кровообращения (для нормализации энергетического баланса в этих меридианах и связанных с ними органах).

Для удобства работы использовалась кассета, содержащая информацию более чем о 500 нозодах, органопрепаратах, меридианных и чакральных комплексных препаратах, эссенциях Баха, дренажных средствах и комплексных гомеопатических препаратах, скомбинированных по нозологическому принципу (рис.1).

Рис. 1. Схема кассеты и аппарата для изготовления энергоинформационных препаратов под контролем мышечного тестирования:

Информация из ячейки кассеты поступает в организм при помощи специального электрода, помещённого на живот пациента в зоне точки VC 6, а в это время врач исследует силу мышцы. Если мышца усиливается, стержень кабеля вставляется в ячейку «вход» аппарата для перезаписи информации, и производится запись на носитель.

- Энергоинформационные копии аллопатических препаратов (гипотензивных, сосудорасширяющих препаратов, нитратов пролонгированного действия). В этом случае вначале исследовалось влияние на слабую мышцу лекарства, помещённого под южный полюс магнита, а затем изготавливалась его энергоинформационная копия (для этого исход-

ный препарат помещался на площадку «вход» аппарата). Последнее время мы стали использовать копии статинов для снижения уровня холестерина (ловастатин, холетар), но в связи с малым количеством наблюдений эти результаты пока не учитывались.

- Комплексный резонансный препарат для воздействия на IV (сердечную) чакру.

Таким образом, часть пациентов получала только изопатические препараты из аутокрови, а часть - комплексные препараты, включая изопатию и копии резонансных гомеопатических и аллопатических средств.

При мануальном мышечном тестировании терапевтическая локализация в зоне сигнальной точки сосудистой системы (VC 17) у всех больных вызывала слабость индикаторной мышцы. Грушевидная мышца в нашем исследовании не использована из-за того, что она имеет широкие связи - помимо меридиана перикарда (сосудистой системы), она ассоциирована с репродуктивными органами и позвонком LV. У большинства пациентов была слабая подлопаточная мышца, ассоциированная с сердцем [7].

Чаще всего в первую неделю назначалось по 5-6 крупинок (капель) утром натощак под язык, II-III недели - та же доза 1 раз в 2 дня, IV-V недели - 1 раз в 3 дня, затем в течение месяца - 1 раз в 4 дня, далее - 1 раз в неделю.

Комплексный резонансный препарат для сердечной чакры назначался перед обедом в течение месяца, а в течение следующего месяца назначались копии меридианных комплексных препаратов в соответствии с временем физиологической активности: для меридиана сердца - перед обедом, сосудистой системы - перед ужином. Больные, страдающие нестабильной стенокардией и выраженной артериальной гипертонией, дополнительно продолжали принимать фармацевтические препараты под контролем кардиолога.

РЕЗУЛЬТАТЫ

До начала лечения факторы атерогенности в крови всех больных были повышены - общий холестерин от 9,3 до 5,7 ммоль/л, в-липопротеиды низкой плотности - от 9,7 до 5,6 ммоль/л,

В контрольных анализах крови через неделю отмечено кратковременное (в течение нескольких дней) повышение показателей, что никак не отразилось на самочувствии больных. Кратковременное повышение факторов атерогенности в периферической крови в течение первого месяца от начала приема изопатического препарата, дальнейшая нормализация их и повторное повышение при отмене терапии дает основание для предположения об элиминационном механизме действия этого вида лечения. Затем постепенно происходила нормализация факторов атерогенности, и через месяц от начала лечения у 85% больных общий холестерин был в пределах нормы. Через 2 месяца и более нормальные показатели содержания факторов атерогенности отмечались у 93% пациентов. По нашим наблюдениям, из атерогенных факторов легче и быстрее на терапевтическое воздействие реагирует общий холестерин, а в-липопротеиды более устойчивы к воздействию - снижаются в меньшей степени и медленнее.

Все пациенты хорошо переносили прием препаратов. Многие из них вынужденно прекращали приём препаратов, снижающих содержание холестерина в крови, из-за их высокой стоимости, поэтому мы заменяли их резонансными препаратами. При достижении нормализации факторов атерогенности некоторые больные самостоятельно прекращали прием изопатического препарата, но эти показатели вновь повышались. Поэтому мы рекомендуем не прекращать лечение и принимать его постоянно. С этой точки зрения препараты выгодно отличаются от фармацевтических - к ним не возникает привыкания, и практически нет побочных эффектов. К сожалению, мы не имели возможности проследить у всех пациентов отдалённые результаты лечения из-за того, что далеко не все они сознательно относились к лечению, многие не являлись для контрольного клинического и биохимического исследования. Но в группе из 32 человек, которых удалось наблюдать длительно (до 4 лет), факторы атерогенности были в норме или близки к норме, а у 15 из них наступило клиническое улучшение в виде стабилизации артериального давления, уменьшения болей в области сердца, увеличения физических возможностей.

Исследование методом прикладной кинезиологии после 2 месяцев лечения больных показало, что произошло усиление подлопаточной мышцы. Что же касается терапевтической локализации на точке VC 17, то у большинства пациентов она по-прежнему вызывала слабость индикаторной мышцы, что говорит о серьёзных нарушениях в системе циркуляции.

ВЫВОДЫ

1. Резонансные гомеопатические и изопатические препараты улучшают качество жизни больных с сердечно-сосудистой патологией. В зависимости от тяжести состояния они могут применяться изолированно как альтернатива фармацевтическим препаратам или в качестве существенного дополнения, а также как профилактическое средство. Эти препараты эффективны, безопасны и экономически доступны любой категории больных.
2. Мануальное мышечное тестирование помогает проводить индивидуальный подбор препаратов и осуществлять контроль за их применением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ланнингер-Боллинг Д. Целительная сила крови(руководство по аутогемотерапии). Арнебия, 2001,158 с.
2. H. Scimmel. Funktionelle Medizin. Band 1 - ISBN 3-7760-1187-4. Haug Verlag Heidelberg, 1991.
3. Готовский Ю.В., Косарева Л.Б., Сазонова И.М., Самохин А.В., Фролова Л.А. Резонансная гомеопатия. М., «ИМЕДИС», 1998, 206 с.
4. Бобровская А.Н., Ефанкина О.Н. Применение электромагнитных копий глюкокортикоидных гормонов в клинической практике. III Международная конференция «Теоретические и клинические аспекты применения адаптивной биорезонансной и мультирезонансной терапии», М., ИМЕДИС, 1997, с. 498.
5. Антонченко В.Я., Давыдов А.С., Ильин В.В. Основы биофизики воды. Киев, Наукова думка, 1991, 670 с.
6. W. Ludwig. Заявка на патент ФРГ № 1810344, A61H/02,1978.
7. Walter D. Applied Kinesiology (Synopsis), Systems D.C. - Pueblo, 1988, v.1, 572 p.

СТРАНИЧКА ЧЛЕНА АССОЦИАЦИИ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

УС А В

(ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Утверждён общим собранием учредителей
Протокол № 1 от 17 июня 2002 г. Москва

3. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

3.1. Ассоциация ставит своей целью координацию деятельности членов Ассоциации по содействию широкому внедрению в медицинскую практику методов прикладной кинезиологии.

3.2. Задачи Ассоциации:

(1) объединение специалистов в области прикладной кинезиологии;

(2) разработка научных проблем прикладной кинезиологии;

(3) содействие повышению профессионального уровня специалистов в области прикладной кинезиологии;

(4) содействие защите прав и профессиональных интересов врачей-кинезиологов.

3.3. Основными видами деятельности Ассоциации являются:

содействие объединению лиц, разделяющих цели и задачи Ассоциации в области прикладной кинезиологии;

организация проведения медэкспертизы (диагностики заболеваний) населения;

организация системы оптовой и розничной торговли, а также системы лизинговых операций для продвижения на рынок медицинской техники, а также запасных частей и расходных материалов к ней;

медицинское обслуживание населения с использованием как традиционных, так и нетрадиционных методов лечения.

3.4. Кроме того, Ассоциация вправе заниматься следующими видами деятельности:

(1) содействие планированию, организации и проведению научных исследований по различным проблемам прикладной кинезиологии;

(2) содействие внедрению последних достижений прикладной кинезиологии (в первую очередь результатов научной и практической деятельности членов Ассоциации) в практику диагностики, лечения и профилактики заболеваний;

(3) разработка, организация и осуществление системы мероприятий по распространению новейшей научно-медицинской информации по проблемам прикладной кинезиологии и в первую очередь среди членов Ассоциации;

(4) создание и функционирование информационной базы Ассоциации о новых достижениях в области прикладной кинезиологии;

(5) организация системы повышения профессионального мастерства и квалификации кинезиологов;

(6) организация, разработка положений о предмете прикладной кинезиологии, ее правовой базы, утверждение ее как метода;

(7) пропаганда здорового образа жизни и профилактических мероприятий по предупреждению заболеваний среди населения;

(8) создание в порядке, определяемом действующим законодательством, оздоровительных и лечебных центров по прикладной кинезиологии;

(9) проведение отечественных и международных специализированных научно-теоретических и научно-практических конференций, симпозиумов, семинаров, коллоквиумов, съездов и иных массовых мероприятий по проблемам прикладной кинезиологии;

(10) привлечение инвестиций, а также субсидий и благотворительной помощи на создание и развитие медицинских учреждений, осуществляющих прикладную кинезиологическую терапевтическую помощь;

(11) проведение просветительской работы;

(12) организация функционирования постоянно действующей системы, включающей:

а) обмен творческими идеями, научным и практическим потенциалом;

б) оказание помощи в организации специальной профессиональной подготовки и переподготовки специалистов в области прикладной кинезиологии;

(13) содействие в улучшении материальных и бытовых условий членов Ассоциации, в получении необходимой им медицинской помощи на льготных и бесплатных условиях, содействие их социальной защите, оказание благотворительной помощи;

(14) оказание помощи в трудоустройстве, получении кредитов на создание частных и групповых кабинетов для занятия профессиональной медицинской деятельностью;

(15) содействие защите прав пациентов в случае оказания неквалифицированной медицинской помощи с использованием методов прикладной кинезиологии;

(16) привлечение специалистов в области медицинского и иного законодательства в целях содействия защите прав и интересов, чести и достоинства врачей-кинезиологов;

(17) участие в порядке, определяемом действующим законодательством, в разработке стандартов качества медицинской помощи в области прикладной кинезиологии, программ и критериев подготовки и повышения квалификации кинезиологов;

(18) организация обменом информации о новых достижениях в области прикладной кинезиологии отечественных и зарубежных специалистов; организация и проведение учебно-методических процессов;

(19) создание и обеспечение выполнения программ, направленных на расширение практики выезда врачей и среднего медицинского персонала за рубеж на стажировку, а также приглашение иностранных специалистов для обмена опытом;

Продолжение следует

ПРАВИЛА ВСТУПЛЕНИЯ В АССОЦИАЦИЮ МАПК

Уважаемый коллега!

Поздравляем вас с официальной регистрацией нашей межрегиональной ассоциации прикладной кинезиологии.
(Свидетельство о регистрации 102771500301)

Членство в нашей ассоциации позволит вам

- Получать журнал «Прикладная кинезиология» по почте бесплатно и иметь информацию о последних достижениях ПК, планах работы российской и других ассоциаций ПК, получать ответы на интересующие вас вопросы по всем аспектам ПК
- Иметь скидки (10%) на получение образования в школе прикладной кинезиологии
- Иметь скидки (20%) на посещение международных семинаров
- Вступить в членство международной ассоциации прикладной кинезиологии с получением соответствующего удостоверения

Для вступления в члены ассоциации необходимо

1. Ознакомиться с уставом ассоциации на нашем сайте ТОНУС
2. Перечислить вступительный (1000 руб.) и годовой (600 руб.) взнос на расчетный счет ассоциации
3. Прислать по почте
   - заявление (на имя президента МАПК проф. Л.Ф. Васильевой с вашим желанием о вступлении, точным указанием почтового и электронного адресов и телефонов)
   - 2 фотографии 3х4 (для получения свидетельства и удостоверения)
   - копии платежных документов

Адрес: 117418, Москва 418, ул. Цюрупы, 28А, ФКЭЦТМДТ, лаборатория мануальной терапии

ФОРМИРОВАНИЕ АССОЦИАЦИЙ В ДРУГИХ СТРАНАХ

За отчетный период сформировались ассоциации прикладной кинезиологии в странах ближнего зарубежья.

ЦЕЛЬ ЭТИХ АССОЦИАЦИЙ - развивать прикладную кинезиологию, проводить заседания ассоциации с целью разбора сложных пациентов, проведения учебных семинаров с приглашением специалистов из России, Англии, Ирландии, Соединенных Штатов Америки. Желающие вступить в данные ассоциации, принять участие в обучении на 3-дневных семинарах выходного дня, посвященных актуальным проблемам прикладной кинезиологии, могут обращаться по нижеследующим адресам:

Фото 1. Руководители Белорусской ассоциации ПК: проф. Ю.Ф. Фомичев, менеджер Е.А. Садовая.

Республика Беларусь (рис.1, 2)

Президент ассоциации Фомичев Юрий Фомич

Менеджер Елена Алексеевна Садовая (e.sadovaya@mail.ru).

Республика Украина

Организатор Шитиков Тимофей Александрович (Thimophey Shitikov» (tshitikov@hotmail.com)

Латвийская Республика

Президент ассоциации Suchorukovs Oleg,
Секретарь Ivanovska Olga (olga.ivanovska@delfi.lv)

Литовская Республика

Вице-президент Maruscka Alfredas (alfredas.maruska@post.omnitel.net)
Секретарь Lakchtauskas Eduardas

Республика Эстония

Организатор Goldrin Roman (goldrom@hot.ee)

Снимок 2. Члены Белорусской ассоциации во время заседания.

СТАТУС МЕЖДУНАРОДНОГО КОЛЛЕДЖА ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ (ICAK)

Andria Dibbern, Membership Services, ICAK-U.S.A.,
ICAK@dci-kansascity.com

Международный колледж прикладной кинезиологии США обеспечивает клиническую и академическую арену для исследования, развития и пропагандирования положений и концепций ПК, касающихся отношений между структурными, химическими и психическими факторами здоровья и отношений между структурными проблемами и нарушением гомеостаза, проявляющимися в функциональных заболеваниях.

ПК - междисциплинарный подход к медицине, который собирает воедино ключевые элементы дополнительных видов терапии, создавая более унифицированный подход к диагностике и лечению функциональных заболеваний. ПК использует средства функциональной оценки, такие как осанка и анализ походки; мануальное мышечное тестирование, неврологическая оценка; объём движения; статическая пальпация и анализ движения. Эти виды оценки используются наряду со стандартными методами диагностики, такими как клиническая история, результаты физического осмотра, лабораторные анализы и использование приборов для создания клинической картины уникального физиологического состояния каждого пациента, включая картину функционального физиологического статуса пациента. Когда это целесообразно, эта клиническая картина используется в качестве руководства при применении консервативной физиологической терапии.

Практика прикладной кинезиологии требует того, чтобы она использовалась совместно с другими стандартными диагностическими методами специалистами, подготовленными в области клинической диагностики. В таком качестве использование прикладной кинезиологии или её составляющих оценочных процедур допустимо только теми лицами, которые имеют лицензию на осуществление этих процедур.

Начало прикладной кинезиологии восходит к 1964 году, когда Джордж Г. Гудхарт, доктор хиропрактики, впервые заметил, что при отсутствии врождённой или патологической аномалии постуральное нарушение часто бывает связано с мышцами, которые не могут отвечать требованиям мышечных тестов, созданных для максимальной изоляции конкретных мышц. Он заметил, что в месте начала мышцы и/ или её прикрепления часто пальпируются болезненные узелки. Пальцевая манипуляция этих мест явной мышечной дисфункции улучшала как постуральное равновесие, так и результат мануального мышечного тестирования. Гудхарт и другие специалисты с того времени начали замечать, что многие консервативные методы лечения улучшают нейромышечную функцию по результатам мануального мышечного тестирования. Эти методы лечения стали фундаментальным подходом к терапии в прикладной кинезиологии. В этот подход ПК включаются: конкретная мышечная манипуляция или мобилизация, различные миофасциальные виды терапии, краниальные техники, терапия меридианов, клиническое питание, наблюдение за диетой и различные процедуры, связанные с рефлексами. С развитием исследований продолжается расширение и модификация терапевтических процедур. Хотя многие терапевтические техники, включённые в прикладную кинезиологию, существовали раньше, внутри самой дисциплины были разработаты многие новые методы.

Часто показателем дисфункции бывает неспособность мышцы функционировать должным образом во время мануального мышечного тестирования. Это может быть следствием неправильной фасилитации или нейромышечной ингибиции. В теории вот некоторые из предполагаемых этиологии мышечной дисфункции:

- Миофасциальная дисфункция (микроавульсия и проприоцептивная дисфункция)
- Ущемление периферийного нерва
- Спинальная сегментальная фасилитация или деафференциация
- Нейрологическая дисорганизация
- Висцеросоматические отношения (ненормальные автономные рефлексы)
- Неправильное питание
- Влияние токсичных химических веществ
- Дисфункция в продуцировании и циркуляции спинномозговой жидкости
- Вредное механическое напряжение в менингиальных мембранах
- Нарушение равновесия в системе меридианов
- Нарушения в лимфатической и васкулярной системах.

Судя по реакции на лечение, похоже, что в некоторых из этих состояний основная нейромышечная дисфункция - следствие деафферентации; потеря нормальной сенсорной стимуляции нейронов - следствие функционального нарушения афферентных рецепторов. Это может происходить при любых обстоятельствах, но лучше всего это становится понятным за счёт концепции, что при ненормальном мышечном функционировании (саблюксация или фиксация) ненормальное движение вызывает неправильную стимуляцию локальных рецепторов суставов и мышц. Это изменяет передачу из этих рецепторов по периферийным нервам к спинному мозгу, стволу головного мозга, мозжечку, коре головного мозга, а затем - к эффекторам, по сравнению с их обычно ожидаемой стимуляцией. Симптомы деафферентации возникают на нескольких уровнях, таких как двигательный, сенсорный, автономный, и на уровне сознания или на любом уровне по всей центральной нервной системе.

Взаимосвязанные процедуры оценки в прикладной кинезиологии представляют собой вид функционально-биохимической и функционально-неврологической оценки. Термин «функциональная биомеханика» относится к клинической оценке осанки, организованного движения, такого как при

походке, и объём движения. Мышечное тестирование естественным образом входит в оценку постуральных нарушений, нарушений походки и изменённого объёма движения. Во время функциональной неврологической оценки мышечные тесты используются для того, чтобы следить за реакцией на физический, химический или психологический стимулы. Наблюдаемая реакция соотносится с клинической историей и результатами физического осмотра, и, как было указано, с лабораторными анализами и любыми другими целесообразными стандартными диагностическими методами. Осмотр при использовании прикладной кинезиологии должен подкреплять стандартный диагноз, а не заменять его.

В клинической практике наблюдаются следующие стимулы, которые, как было замечено, изменяют результат мануального мышечного теста:

- Случайное направление силы, оказываемой на позвоночник, таз, череп или конечности
- Растяжение мышцы, сустава, связки или сухожилия
- Пальцевый контакт пациента с кожей в подозреваемом месте дисфункции, называемый терапевтической локализацией
- Повторяющееся сокращение мышцы или движения сустава
- Стимуляция рецепторов обоняния парами химического вещества
- Вкусовая стимуляция, обычно питательными материалами
- Фаза диафрагмального дыхания
- Воображение пациентом мысленного образа эмоциональной, двигательной или сенсорной стрессовой деятельности
- Реакция на другие сенсорные стимулы, такие как прикосновение, рецептор боли, жара, холод, визуальная, слуховая или вестибулярная деафферентация.

Мануальные мышечные тесты оценивают способность нервной системы к адаптации мышцы на изменяющееся давление человека, проводящего тест. Это требует того, чтобы человек, проводящий тест, был подготовлен в области анатомии, физиологии и неврологии мышечного напряжения. Нужно понимать деятельность тестируемой мышцы, также как и роль синергических мышц. Мануальное мышечное тестирование - это и наука и искусство. Для достижения точных результатов проводить мышечные тесты нужно в соответствии с точным протоколом тестирования. Необходимо принимать во внимание следующие факторы при тестировании мышц в клинических и экспериментальных условиях:

- Правильное положение, с тем чтобы тестируемая мышца была мышцей, начинающей движение первой
- Адекватная стабилизация региональной анатомии
- Наблюдение за тем, как пациент или субъект принимает и сохраняет положение, необходимое для проведения теста
- Наблюдение за тем, как пациент или субъект проводит тест
- Согласующиеся время, давление и положение
- Избежание предварительного впечатления, касающегося результата теста
- Безболезненный контакт - безболезненное проведение теста
- Противопоказания вследствие возраста, болезни, острой боли, локальной патологии или воспаления.

В прикладной кинезиологии наблюдается тесная клиническая связь между конкретной мышечной дисфункцией и соответствующим органом или дисфункцией желёз. Эта висцеросоматическая связь является одним из многих источников мышечной слабости. При правильном толковании и в сочетании с другими диагностическими данными она указывает врачу на те органы или железы, которые следует рассматривать в качестве источников, вызывающих проблемы со здоровьем. При стандартной диагностике язык тела, такие явления, как бледность, усталость, отсутствие цвета в капиллярах и артериолах на внутренней поверхности нижних век указывают врачу, что это может быть анемия. Диагноз анемии оправдан только при лабораторном анализе крови пациента. Подобным образом связь между мышцей-органом и железой и другие факторы прикладной кинезиологии указывают на необходимость проведения дальнейшего обследования для подтверждения или исключения такой связи в каждом конкретно рассматриваемом случае. Именно полный набор диагностических методов, используемых врачом, определяет окончательный диагноз.

Осмотр и лечение, основанные на методах прикладной кинезиологии, имеют большую ценность при работе с общими функциональными проблемами со здоровьем, когда они используются в сочетании с информацией, получаемой в результате интерпретации клинической истории, физическими и лабораторными анализами и использованием приборов. Прикладная кинезиология помогает врачу понять комплексы функциональных симптоматических проблем, При оценке статуса пациента важно понимать любые патологические состояния или процессы, которые могут существовать до определения формы лечения того, что кажется функциональной проблемой со здоровьем.

Процедуры, основанные на прикладной кинезиологии, применяются для достижения следующих целей при осмотре и лечении:

- Обеспечивать взаимосвязанную оценку функционального статуса здоровья человека, которая не основана целиком на использовании оборудования, а при которой делается акцент на важность корреляции обнаруженных фактов со стандартными процедурами
- Восстанавливать постуральное равновесие, корригировать нарушения походки, улучшать объём движений
- Восстанавливать нормальную афферентацию для достижения должного нейрологического контроля и/или организации функционирования организма
- Достигать гомеостаз эндокринной, иммунной, пищеварительной и других висцеральных функций
- Вмешиваться на ранних этапах в дегенеративные процессы для предотвращения или задержки начала явных патологических процессов.

При правильном применении прикладная кинезиология может давать ценные данные о физиологических дисфункциях; тем не менее многие люди разработали методы, использующие мышечное тестирование таким образом, который несовместим с подходом, пропагандируемым прикладной

кинезиологией, США. Ясно, что применение мышечного тестирования и других процедур ПК необязательно равняется практике прикладной кинезиологии, как она определена Международным колледжем прикладной кинезиологии - США.

Есть как неспециалисты, так и профессионалы, которые используют вид мануального мышечного тестирования без наличия необходимого опыта для осуществления конкретных и точных тестов. Некоторым не удаётся соотносить результаты мышечного тестирования с другими стандартными диагностическими процедурами. Возможны ошибки, которые могут привести к неправильной интерпретации конкретной ситуации и, как результат, - к неправильному лечению. В силу этих причин, Международный колледж прикладной кинезиологии - США определяет практику прикладной кинезиологии таким образом, что она распространяется на тех профессиональных работников здравоохранения, которые имеют лицензию на постановку диагноза.

Одобрено Исполнительным советом Международного колледжа прикладной кинезиологии -США. 16 июня 1992 года.

ВПЕЧАТЛЕНИЯ ОТ ЗНАКОМСТВА С МЕЖДУНАРОДНОЙ КОЛЛЕГИЕЙ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ - США (ICAK - USA)

Т.Н. Чернышева, действительный член ICAK - USA

Международная коллегия прикладной кинезиологии (ICAK) является интердисплинарной организацией, в которую входят хиропрактики (DC), врачи (MD), остеопаты (DO), и нутрициологи (DN). Она была организована в США в 1975 г. по инициативе Дж. Гудхарта, чтобы обеспечить координацию и обучение прикладной кинезиологии (ПК). ICAK включает в себя секции, ведущие свою работу во многих странах мира. Заметный вклад в деятельность ICAK вносят секции Германии, Великобритании, Франции, Италии, Австралии, однако по-прежнему наиболее массовой и влиятельной остается секция США (ICAK - USA).

Во главе ICAK - USA стоит избираемый исполнительный комитет, в котором ныне председательствует Дэвид Лиф (DC). В исполнительный комитет входят также: заместители председателя Бен Маркхэм (DC), Томас Роговский (DC), научный руководитель Джордж Гудхарт (DC), казначей Терри Хэмбрик (DC), исполнительный директор Терри Андервуд, несколько почетных членов (Говард Кон, Джон Корнел, Ричард Дэвис, Гарри Фанг, Вильям Мэйкел) и секретарь Барри Кей. За обучение и аттестацию специалистов ПК (присуждение статуса дипломанта ПК) отвечает комитет сертифицированных наставников, в который входят Дэвид Лиф, Кристофер Смит (DO), Тимоти Фрэнсис (DC) и Сесилия Даффи (DC).

Ежегодно ICAK - USA проводит научно-практические конференции, которые служат знакомству с новыми достижениями и обмену опытом между членами ICAK.

Впервые мне удалось побывать на ежегодной конференции ICAK - USA в 1998 году, где я была принята в члены ICAK - USA.

В 2001 г. на ежегодной конференции ICAK - USA в Атланте (США) Россию представляли уже три участника (Т.Н. Чернышева, В.И. Коренбаум и Т.П. Апухтина). Большинство прозвучавших на этой конференции докладов были посвящено клиническим аспектам мануальной диагностики и коррекции функциональных нарушений. С лекциями выступили Джордж Гудхарт, Шэлдон Дил, Джон Даймонд. К началу конференции был издан сборник трудов. В сборник вошли 16 докладов по секции «Информационные статьи», в которой помещаются признанные инструктивные материалы для членов ICAK, и 22 доклада по секции «Критический обзор», в которой помещаются результаты оригинальных исследований, требующих обсуждения.

В ходе конференции мне было предоставлено слово для сообщения о деятельности Российской секции ПК. В.И. Коренбаум выступил с научным докладом - Vasilyeva L.F., Chernysheva T.N., Korenbaum V.I., Apukhtina T.P. «About pecularities of the effect of muscle functional weakness*, с интересом встреченным членами ICAK. В кулуарах состоялось краткое обсуждение доклада, в котором приняли участие Джордж Гудхарт, Кристофер Смит, Ричард Мелденер. Была высказана заинтересованность в фундаментальных исследованиях ПК, одобрены и поддержаны наши изыскания в данной области. После консультаций между членами исполнительного комитета ICAK - USA на следующий день мы были приглашены на рабочее совещание с Терри Хэмбрик и Нельсоном Маркина - лицами, ответственными за научные исследования в ICAK - USA. Все участники совещания были едины в вопросе о необходимости исследований по оценке достоверности ПК, поставленных в соответствии с современными требованиями доказательной медицины. Нам было предложено представить план необходимых работ в этой области в целях его включения в программу научных исследований ICAK - USA.

Главной проблемой ПК является достижение признания со стороны научной общественности. Для этого необходимы множественные публикации в рецензируемых журналах, которые невозможны без серьезных научных исследований. Несомненно, руководство ICAK отчетливо осознает неотложность решения этих задач. Именно с этим, в частности, связан прозвучавший в Атланте призыв к членам ICAK интенсивно публиковать в рецензируемых журналах клинические случаи, как наиболее просто выполнимые исследования достоверности ПК.

Полезную информацию о ICAK можно также найти и в Интернете на сайтах: www.icak.com, www.icakusa.com, www.kinmed.com.

ОТЧЕТ О VIII КОНГРЕССЕ
МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

С 19 по 22 октября 2002 года в Москве проходил VIII конгресс по прикладной кинезиологии. Конгресс проходил в рамках 2-го Всероссийского форума «III тысячелетие. Пути к здоровью нации». На конгрессе присутствовали более 100 участников. Были представители не только из России, но и из Латвии, Литвы, Эстонии, Украины, Белоруссии, Германии, Казахстана (снимок 1). Международный колледж прикладной кинезиологии представлял г-н С.А. Смит (Англия). Он выступал на пленарном заседании с докладом о перспективах развития прикладной кинезиологии и 2-часовой лекцией на тему «Использование цвета как диагностического средства при функциональных нарушениях центральной нервной системы. Функциональная геномика».

Снимок 1. Заседание конгресса МАПК.

Решения конгресса

1. В связи с новым федеральным устройством РФ, создать филиалы ПК в 7 регионах Российской Федерации, возглавляемые вице-президентами

- по Дальневосточному федеральному округу канд. мед. наук. Чернышовой Т.Н.
- по Сибирскому федеральному округу Яричиным А.А.
- по Уральскому федеральному округу Мариниым А.В.
- по Южному федеральному округу Ковчуном П.В.
- по Северо-Западному федеральному округу проф. Бобко Я.Н.
- по Приволжскому федеральному округу канд. мед. наук. Отрощенко Н.Н.
- по Центральному федеральному округу Субботиным СП.

На региональных учредительных собраниях избрать рабочий орган регионального отделения в составе:

а) председатель регионального отделения ВАММ по федеральному округу
б) заместитель председателя
в) ученый секретарь
г) казначей
д) руководитель отделения по кадровой политике
е) руководитель отделения по образованию
ж) руководитель отделения по науке.

2. Протоколы учредительных собраний в федеральных округах со списками как рабочего органа, так и всех членов регионального отделения передать по электронной почте.

3. Сформировать рабочие органы - Президиум МАПК, Правление МАПК из числа избранных в рабочие органы региональных отделений по федеральным округам России. Избранных председателей региональных отделений по федеральным округам считать вице-президентами МАПК, а руководителей отделений по кадрам, образованию и науке включить в состав соответствующих комитетов при Президиуме МАПК.

4. Утвердить планы развития прикладной кинезиологии:

1. В рамках официально зарегистрированных специальностей. Мануальная терапия, рефлексотерапия, гомеопатия, психотерапия с детальным рассмотрением возможностей использования прикладной кинезиологии в рамках существующих специальностей и демонстрацией необходимости изучения функциональных связей между структурными, химическими и энергоинформационными функциональными изменениями, что требует овладения диагностикой и терапией функциональных нарушений, существующих на всех сторонах треугольника.

2. Как самостоятельного направления. Для этого необходимо:

- утвердить методические рекомендации и методические пособия по ПК Минздравом РФ по основным направлениям прикладной кинезиологии;
- разработать методики объективизации основных положений ПК и научного их обоснования. А именно: феномена функциональной слабости, провокации, терапевтической локализации и их эффективности при коррекции функциональных нарушений биомеханики, химических и энергоинформационных процессов;
- провести обзоры по определенным направлениям научного исследования, проведенного в филиалах ИСАК, расположенных в других регионах;
- обеспечить публикацию переводов основных книг по ПК;
- составить перспективный план-программу обучения прикладной кинезиологии в России для распространения её по всем регионам (макет программы прилагается в страничке курсанта).

5. Рекомендовать членам ассоциации МАПК распространять знания по прикладной кинезиологии, принимать участие в преподавании основ прикладной кинезиологии в рамках смежных специальностей (мануальная терапия, рефлексотерапия, гомеопатия, фитотерапия и др.), в публикации статей в журналах и газетах для населения.

6. Съезд считает, что МАПК целесообразно оставаться коллективным членом ICAK и ежегодно оплачивать соответствующие взносы.

7. Провести выездной пленум МАПК в июне 2003 года в г. Новосибирске. Поручить организацию Яричину А.А.

Президент МАПК проф. Васильева Л.Ф.

ИНФОРМАЦИЯ О КОНГРЕССАХ
1-Й РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС РЕАБИЛИТОЛОГОВ

«Здоровье. Общество. Труд»

Дата проведения: 30.10.03 - 01.11.03.

Организаторы: Комитет Совета Федерации по науке, культуре, образованию, здравоохранению и экологии Федерального Собрания РФ, Российская академия медико-социальной реабилитации.

При участии: профильных комитетов и депутатов Государственной Думы Федерального собрания РФ, представителей Минздрава РФ, Минтруда РФ, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Фонда социального страхования РФ, Министерства образования РФ, ВОЗ, ЮНЕСКО, Минпромнауки РФ, РАМН, РАН, РАЕН, МЧС РФ, МВД РФ, ФСБ РФ, Минобороны РФ, Госкомспорта РФ, Паралимпийского комитета России.

Место проведения: Российская академия государственной службы при Президенте Российской Федерации: г. Москва, просп. Вернадского, д. 84.

Основные научно-практические направления:

- Состояние и совершенствование нормативно-правовой базы реабилитационной помощи населению: медицинская, социальная и профессиональная (трудовая) реабилитация.
- Взаимодействие органов здравоохранения и социальной защиты, проблемы финансирования при оказании реабилитационной помощи с учетом региональных особенностей.
- Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (ВОЗ, 2001) и ее внедрение в России.
- Современная организация восстановительного лечения больных с сердечно-сосудистой, травматолого-ортопедической и неврологической патологией. Опыт регионов.
- Профзаболевания, производственный травматизм - профилактика и реабилитация, эргономика.
- Комплексная программа реабилитации военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы и сотрудников правоохранительных органов, пострадавших при выполнении задач в условиях боевых действий и при проведении антитеррористических операций.
- Профилактика инвалидности.
- Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы и социально-бытовой реабилитации больных и инвалидов.
- Проблемы детской и подростковой реабилитации.
- Социокультурная реабилитация, лечебная педагогика и эрготерапия.
- Геронтологические аспекты медико-социальной реабилитации.
- Физиотерапия и курортология в системе медицинской и социальной реабилитации.
- Лечебная физкультура и медико-социальная реабилитация.
- Мануальная терапия и медицинская реабилитация больных и инвалидов.
- Рефлексотерапия и новые реабилитационные технологии.
- Традиционная медицина (натуротерапия, фитотерапия и гомеопатия) в медико-социальной реабилитации.
- Прикладная кинезиология и системно-функциональные аспекты медицинской реабилитации.
- Клиническая и реабилитационная биомеханика.
- Иммунореабилитация.
- Паллиативная медицина и реабилитация.
- Реабилитация и телемедицина.
- Экология жилища, другие факторы окружающей среды и реабилитация.
- Эндоэкологическая реабилитация.
- Реабилитационный фитнес, массовый оздоровительный спорт и другие оздоровительные технологии.
- Роль питания в реабилитационном процессе.
- Спорт инвалидов.
- Реабилитация и частная медицина.
- Реабилитационная индустрия и подготовка кадров.

В рамках съезда 2.10.03-3.10.03 планируется проведение 2-дневного семинара J. Sheifer (Scotland) по теме «Прикладная кинезиология в диагностике, лечении дисфункции краниальных нервов». Стоимость 200 у.е.

В рамках Конгресса будут проводиться секционные заседания, сателлитные симпозиумы, школы-семинары, мастер-классы, презентация новых реабилитационных технологий и организована выставка современного оборудования.

Сборник материалов Конгресса объединит тезисы выступлений и каталог выставки. Статьи объемом более 5-и страниц будут опубликованы в журналах «Реабилитолог», «Традиционная медицина», «ЛФК и массаж», «Прикладная кинезиология», «Натуротерапия и гомеопатия», «Рефлексотерапия», «Детская и подростковая реабилитация», «Мир особой семьи», а также в других профильных печатных изданиях.

Материалы для публикации необходимо предоставить в оргкомитет до 01.07.03. с пометкой «Конгресс».

Правила оформления:

Электронная версия в текстовом редакторе Microsoft Word, шрифт Time New Roman Cyr 12, межстрочный интервал полуторный, поля: верх, низ - 2,5 см, слева - 2 см, справа - 1 см, выравнивание - по обоим краям. Название работы набирается прописными буквами. Через 1 интервал набирается ФИО авторов (сначала инициалы). Следующей строкой - учреждение, город. Затем через 1,5 интервала с красной строки (1,27 см) текст сообщения. Библиографические ссылки в тексте статей - в квадратных скобках в соответствии со списком литературы. Ответственность за предоставленные к публикации материалы лежит на авторах. Распечатка статьи должна сопровождаться направлением на публикацию, а каждая ее страница подписана авторами.

Регистрационный взнос № 1: 15 у.е. В стоимость входит только публикация поступивших в оргкомитет тезисов.

Регистрационный взнос № 2: 40 у.е. В стоимость вхо-

дит посещение пленарного и секционного заседаний, публикация тезисов и материалов в каталоге выставки.

Регистрационный взнос № 3: 150 у.е. В стоимость входит посещение всех мероприятий Конгресса, публикация тезисов и материалов в каталоге выставки, культурная программа, кофе-брейк.

Представители органов исполнительной и законодательной власти, благотворительных организаций, докладчики, инвалиды и сопровождающие их лица (до 2 чел.) освобождаются от уплаты регистрационного взноса.

Условия участия: Желающие принять участие в Конгрессе и выставке должны не позднее 1 июля 2003 г. направить в адрес оргкомитета заявку (Приложения 1 и 2), на основании которой будет выслан договор и счет.

Порядок оплаты: Оплата участия в Конгрессе должна быть произведена не позднее 01.08.03. на основании выставленного счета. Деньги перечисляются в рублях по курсу ЦБ РФ на день оплаты. Одна условная единица приравнивается к доллару США.

Адрес оргкомитета: 129090, г. Москва, пер. Васнецова, д. 2, «Конгресс». **Ответственный секретарь:** проф. Заличев Николай Николаевич.

Тел.: (095) 784-70-01, 784-70-06; факс: 755-61-44;

E-mail: info@aconit.ru

IX КОНГРЕСС ПО ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

26-29 ИЮНЯ 2003 Г. В Г. НОВОСИБИРСКЕ, САНАТОРИИ «ЗОЛОТОЙ БЕРЕГ»

Приглашаем вас принять участие в IX конгрессе по прикладной кинезиологии, который состоится **26-29 июня 2003 г. в г. Новосибирске, санатории «Золотой берег».**

Тема конгресса: «Диагностика и коррекция функциональных биомеханических нарушений методами прикладной кинезиологии». Программа конгресса включает пленарные заседания и практические занятия по современным достижениям в прикладной кинезиологии, методам диагностики и лечения больных. Планируются выступления по темам:

1. Диагностика функциональных биомеханических нарушений методами прикладной кинезиологии.
2. Применение прикладной кинезиологии в лечении биомеханических проблем.
3. Коррекция нарушений других сторон триады здоровья (биохимия, акупунктура, психология) для лечения биомеханических проблем.

Будет издан сборник материалов конгресса. Для публикации материалов необходимо предоставить в срок до 1 июня с.г. свои научные статьи.

Правила оформления: Электронная версия в текстовом редакторе Microsoft Word, шрифт Time New Roman Cyr 12, межстрочный интервал одинарный, поля: верх, низ - 2,5 см, слева - 1 см, справа - 1 см, выравнивание - по обоим краям. Название работы набирается прописными буквами. Через 1 интервал набирается ФИО авторов (сначала инициалы). Следующей строкой - учреждение, город. Затем через 1,5 интервала с красной строки (в 1,27 см) текст сообщения. Библиографические ссылки в тексте статей - в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы. Ответственность за предоставленные к опубликованию материалы лежит на авторах.

Материалы должны быть отправлены на оба адреса до 1 июня 2003 г. по адресам: yalex@kemtel.ru, son@kemtel.ru с пометкой: «Конгресс по прикладной кинезиологии». Обязательно убедитесь, что ваши материалы получены.

Санаторий «Золотой берег» расположен на берегу Обского моря. Сосновый бор, берёзовые рощи, благоустроенный песчаный пляж (бар, дискотека, прокат водных мотоциклов и т.д.) позволят вам совместить работу и прекрасный отдых.

Стоимость участия в конгрессе 150 у.е. В стоимость входит: доставка участника, культурная программа, кофе-брейк. Оплата наличными на месте. Возможен безналичный расчет - перечислением в рублях по курсу на день перевода (указать, за кого произведена оплата). При себе иметь копию платежного поручения.

Банк получателя:
Кемеровское ОСБ № 8615 г. Кемерово
к/с 30101810200000000612
ИНН 7707083893
БИК 043207612
р/с 47422810226039900004
счёт клиента: 42308810426020305553-00
Шестериков О.Н.

Стоимость проживания:
1 человек (2-местный номер) - 400 р.
1 человек (2-местный полулюкс) - 500 р.
1 человек (люкс) - 1000 р.

В стоимость входит 4-разовое питание. Оплата наличными на месте. Цены указаны на январь 2003 г., к лету возможна некоторая коррекция цен.

Транспорт: от станции метро «Студенческая» маршрутное такси № 1045, автобус № 45 до остановки «ОбьГЭС». Санаторий расположен в 15 минутах езды от города. В день заезда, 25 июня, будет организована доставка автотранспортом от вокзала. Для этого необходимо заранее сообщить о своём приезде.

Ввиду загруженности санатория летом бронироваться места будут в мае, поэтому необходимо предварительно подтвердить своё участие в конгрессе не позже 10 мая. Окончательные данные о своем приезде (число, номер рейса, количество человек) сообщить не позже 15 июня.

Убедительная просьба - по возможности, заранее сообщать о своём решении участвовать в конгрессе.

По всем вопросам обращаться:

дом.тел.: (8-3842)-315260, раб.тел.: (8-3842)-363055 Александр Яричин, 22-29 июня можно звонить 8-903-909-0198 Олег Шестериков. E-mail: yalex@kemtel.ru

Александр Яричин

СТРАНИЧКА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

ДИСФУНКЦИЯ ГРУДОБРЮШНОЙ ДИАФРАГМЫ ВРАЧА. САМОДИАГНОСТИКА И САМОКОРРЕКЦИЯ

Л.Ф. Васильева,

Федеральный научно-практический центр традиционных методов диагностики и лечения Минздрава РФ,

Лаборатория мануальной терапии

ЧТОБЫ ИСЦЕЛИТЬ БОЛЬНОГО - ИСЦЕЛИ СЕБЯ САМ

АКТУАЛЬНОСТЬ

Спазм диафрагмы - один из наиболее часто возникающих патобиомеханических изменений. Наличие функциональных топографических взаимосвязей, образованных между диафрагмой и внутренними органами грудной и брюшной полости, к ней прилежащими, возможность компрессии блуждающего нерва в пищеводном отверстии способствуют возникновению достаточно большого симптомокомплекса соматических и неврологических нарушений, которые испытывает врач, пытаясь безуспешно лечить как самостоятельные заболевания.

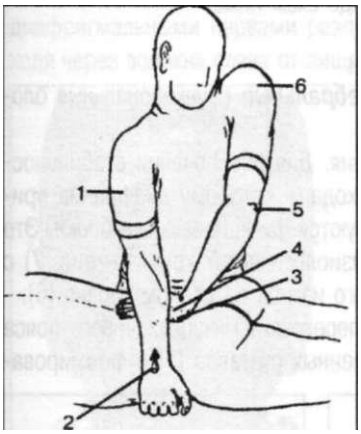


Рис. 1. Неправильное положение врача при выполнении мобилизации функционального блока крестцово-подвздошного перехода (цифрами указаны номера ошибок).

Рис.2. Месторасположение ножек диафрагмы (Цит. по F.H. Netter 1998 г).

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Как показывают результаты диагностики врачей-курсантов, это связано с несоблюдением ими «техники безопасности», особенно начинающими мануальными терапевтами и прикладными кинезиологами. Выполняя мануальные приёмы или проводя мышечное тестирование, врач часто при работе выполняет следующие ошибки:

не владея гигиеной поз при выполнении фиксации тела пациента, врач вызывает статическую и динамическую перегрузку своего грудопоясничного перехода (рис. 1), так как именно эта область является местом прикрепления ножек диафрагмы (рис. 2);

- не владея гигиеной движений, врач все приёмы мануальной терапии выполняет за счет усилия

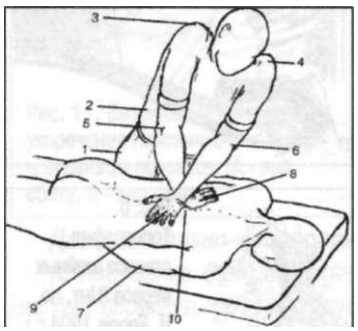


Рис. 3. Неправильное выполнение мобилизации функционального блока в грудном отделе позвоночника за счет избыточной перегрузки рук (цифрами указаны номера ошибок).

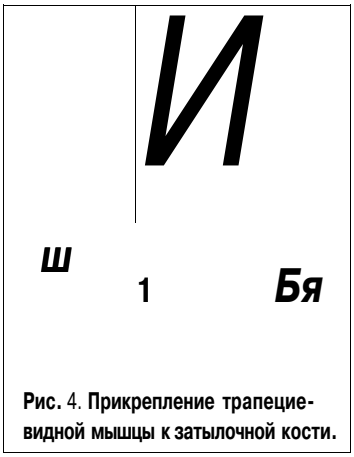


Рис. 4. **Прикрепление трапециевидной мышцы к затылочной кости.**

рук (рис. 3), перегружая верхние порции трапециевидных мышц (преимущественно одну из них). Укорочение данных мышц вызывает нарушение положения затылочной кости (рис. 4) относительно височных, уменьшая выраженность яремного отверстия черепа, что сопровождается дисфункцией блуждающего нерва, обеспечивающего парасимпатическую иннервацию значительного количества внутренних органов, имеющих топографические связи с диафрагмой (рис. 5);

-не владея правильной техникой дыхания, врач часто выполняет приемы на задержке вдоха, подключая к дыханию лестничные мышцы. Их укорочение приводит к формированию функциональных блоков на среднешейном отделе позвоночника (С43-5- уровень выхода диафрагмальных (рис. 6) нервов). Нарушение функции одного из них приводит к нарушению координированного сокращения диафрагмы;

- не владея техникой коррекции собственных эмоций, врач, часто неосознанно, избыточно сопереживает эмоциональные проблемы пациента, активизируя функциональные связи между собственным эмоциональным дисбалансом и диафрагмой, провоцируя её некоординированное сокращение.

Основная проблема заключается в том, что запущенный симптомокомплекс начинает существовать самостоятельно, приводя к формированию различных кинических проявлений

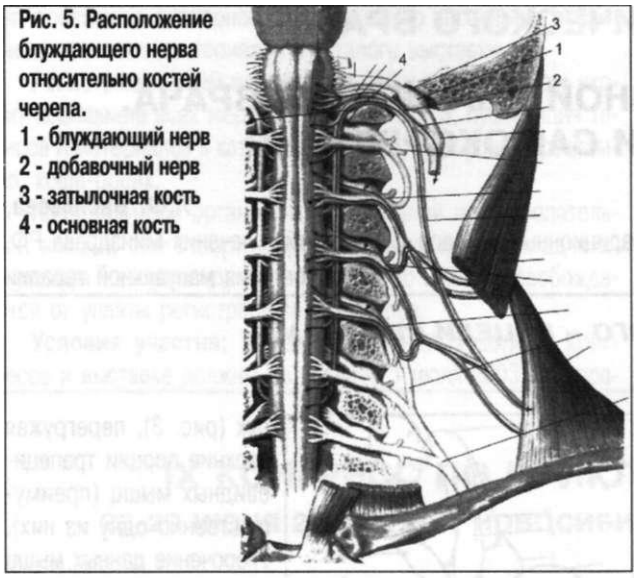


Рис. 5. Расположение блуждающего нерва относительно костей черепа.
1 - блуждающий нерв
2 - добавочный нерв
3 - затылочная кость
4 - основная кость

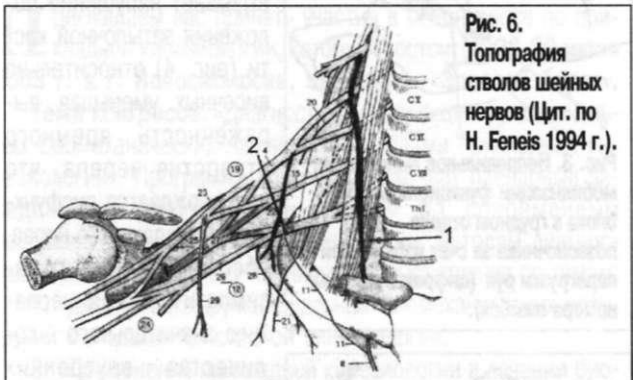


Рис. 6. Топография стволов шейных нервов (Цит. по H. Feneis 1994 г.).

1 - диафрагмальный нерв (С3-5) проходит по передней лестничной мышце к переднему средостению
2 - отходит от верхнего шейного ствола и посылает ветви к диафрагмальному нерву

болевых синдромов в различных отделах мышечно-скелетной системы.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ И ПАТОБИОМЕХАНИКА

Особенность патобиомеханики диафрагмы связана с её анатомическим положением, разделяющим тело человека на грудную и брюшную полость. Именно это обусловливает наличие огромного количества топографических и функциональных связей. В условиях дискоординированного сокращения диафрагмы эти связи активизируются, приводя к формированию патобиомеханических изменений, имеющих определенную клиническую манифестацию [1].

Поэтому хотелось бы подробно на них остановиться.

ПАТОБИОМЕХАНИКА СОБСТВЕННО ДИАФРАГМЫ

Функция

Диафрагма - основная мышца, обеспечивающая механизм дыхания. Первая стадия вдоха - это тракция мышц, расположенных по окружности сухожильного центра [2]. Они отдаляются от зафиксированного основания нижних ребер, опуская вниз купол диафрагмы, смещая в этом же направлении внутренние органы брюшной полости. XII ребро должно быть хорошо зафиксировано квадратными мышцами поясницы [3], с тем чтобы диафрагма могла обеспечить максимум давления вниз на орган брюшной полости при форсированном вдохе. При ЭМГ- исследовании установлено [3], что квадратные мышцы поясницы являются наиболее активными на 2-й стадии вдоха. В этот момент, когда движение внутренних органов достигает предела, сухожильный центр становится фиксированной точкой, движение диафрагмы поднимает сначала нижние ребра, а затем верхние ребра для расширения объема грудной клетки. Диафрагма как мышечный орган на условиях статической и динамической перегрузки реагирует сокращением. Ограничивается брюшной тип дыхания и преобладает грудной тип с вовлечением в паттерн дыхания лестничных мышц и реберно-плевральных связок [4].

Клиника представлена синдромом лестничной мышцы (копрессионно-рефлекторный), верхней порции трапециевидных (цервикобрахиалгия), синдромом укорочения реберно-плевральных связок [5]. (О нем более подробно написано в статье А.Е. Шуляка, опубликованной в данном номере журнала).

Кроме того, данное сокращение диафрагмы вызывает массу компенсаторных реакций со стороны различных органов и систем, имеющих функциональные взаимосвязи с ней.

Они представлены в виде схем ниже.

ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ СВЯЗИ

Диафрагмально-вертебральные (функциональные блоки Th XII - LI -II)

Механизм возникновения. Для обеспечения стабильности грудопоясничного перехода, к которому диафрагма прикрепляется, в нем формируются функциональные блоки. Это приводит к изменению физиологических кривизн (рис. 7) с образованием только одного изгиба на данном уровне [6].

Клиника. Статическая перегрузка мышц плечевого пояса (цервикобрахиалгия) и коленных суставов [7] с формирова-

Рис. 7. Неоптимальная статика пациента с дисфункцией диафрагмы. Смещение проекции общего центра тяжести вперед, преимущественно за счет вентрального смещения грудопоясничного перехода.

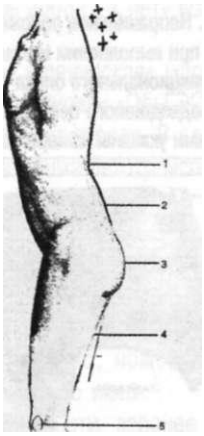


Рис.8. Неоптимальная статика у пациента с дисфункцией диафрагмы (крестиками указаны места статической перегрузки и локализации болевых синдромов).

нием соответствующей клиники (рис. 8).

Диафрагмально-реберные (функциональные блоки нижних ребер]

Механизм возникновения. Межреберные мышцы переплетаются с волокнами диафрагмы (рис. 9). В ответ на её спазм, они отвечают укорочением (стабилизируя место прикрепления диафрагмы) и ограничивают подвижность легких и нижних долей и печени [8].

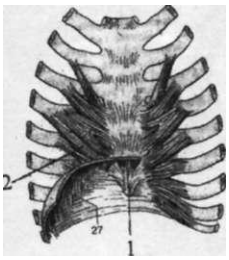


Рис. 9. Взаимодействие межреберных мышц и купола диафрагмы (Цит.поН. Feneis 1994 г.).

1 - реберная часть диафрагмы
2 - поперечная мышца груди

Клиника. Укорочение межреберных мышц манифестирует межреберной невралгией.

Диафрагмально-мышечные (тонусно-силовой дисбаланс квадратных мышц поясницы и пояснично-подвздошных мышц).

Механизм возникновения. Эти мышцы расположены между ножками диафрагмы [9]. Иннервация ножек обеспечивается диафрагмальными нервами раздельно. Правая ножка, проходя через волокна слева от пищевода, вливаясь в сухожильный центр, получает иннервацию от правого диафрагмального нерва у его истока, а левая ножка - из левого диафрагмального нерва (рис. 10). При спазме диафрагмы возникает механическая компрессия мышц, приводящая к нарушению их кровообращения и формированию функциональной слабости мышц.

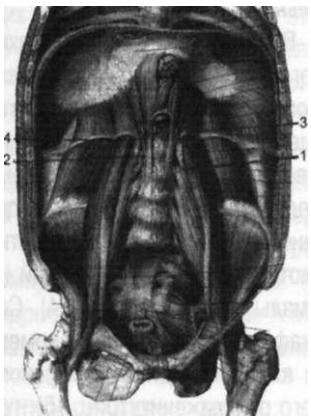


Рис. 10. Взаиморасположение дугообразных связок диафрагмы и мышц поясничного отдела позвоночника.
1 - правая ножка, 2 - левая ножка, 3 - медиальная дугообразная связка, образующая дугу над большой поясничной мышцей, 4 - латеральная дугообразная связка, образующая дугу над квадратной мышцей поясницы

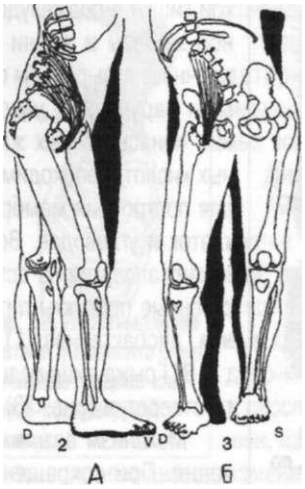


Рис. 11. Визуальные критерии укорочения пояснично-подвздошной мышцы поясницы (А - вид сбоку, Б-вид сзади).

Клиника. Болевые мышечные синдромы, связанные с укорочением квадратной мышцы поясницы и пояснично-подвздошной с противоположной стороны (рис. 11).

Диафрагмально-висцеральные

А. Нарушение функции органов, к ней прикрепляющихся (легкие, перикард, печень, желудок, кишечник).

Механизм возникновения. Спазм диафрагмы нарушает подвижность внутренних органов, прикрепляющихся к ней.

Клиника связана с дисфункцией данного органа, снижением тонуса ассоциированных мышц и компенсаторным укорочением других мышечных групп (см. табл. 1),

Б. Натяжение мышцы Трейца.

Механизм возникновения. На уровне пищеводного отверстия в его волокна вплетаются связки [9], имеющие мышечные волокна (связка Трейца). При неравномерном сокращении диафрагмы происходит изменение формы пищеводного отверстия (рис. 12) и возникает раздражение данной связки. Данная дисфункция сопровождается реактивным раздражением и спазмом как 12-перстной кишки, так и тощей, затрудняется проходимость пищи через дуоденоеюнальный переход [10].

Клиника. Нарушение переваривания пищи в тонком кишечнике вследствие затруднения поступления ферментов тон-

Таблица 1

Название органа	Ассоциированная гипотоничная мышца	Компенсаторно укороченная мышца	Клиника
печень	большая грудная грудинная порция	малая грудная	онемение в руках, преимущественно с 1 до 3 часов ночи
желудок	большая грудная ключичная порция	надостная	боли в надплечьях после еды
кишечник с одной стороны	квадратная мышца поясницы с одноименной стороны	квадратная мышца поясницы с противоположной стороны	боль в поясничном отделе позвоночника, в области крестца с 5 до 7 утра
кишечник с двух сторон	квадратная мышца поясницы с двух сторон	пояснично-подвздошная	боль в паховой области
легкие	дельтовидная	верхняя порция трапециевидной	боль в надплечье, в шейном отделе позвоночника
перикард	подлопаточная	ромбовидные	боль в межлопаточной области

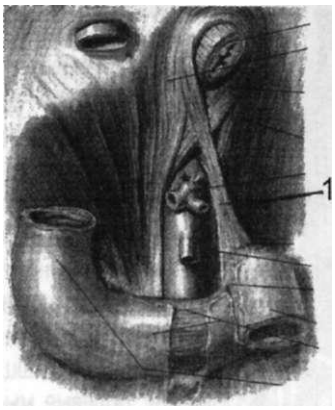


Рис. 12. Взаимодействие мышцы Трейца и ножек диафрагмы. Щит. по F.H. Netter 1998 г.).
1-мышца, подвешивающая 12-перстную кишку, фиксирующая 12-перстнотощий изгиб к диафрагме

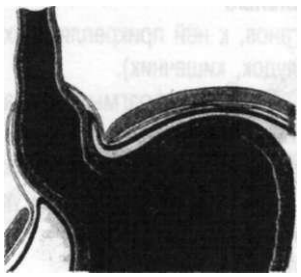


Рис. 13. Грыжа пищеводного отверстия с ущемлением кардиального отдела желудка (F.H. Netter 1998 г.),

кои кишки и поджелудочной железы и желчи из желчного пузыря. Тем самым нарушается усвоение ненасыщенных жирных кислот, необходимых для построения мембран клеток и углеводов. Возникает аллергия на естественные продукты питания, дисбактериоз [11].

В. Грыжа пищеводного отверстия (рис. 13).

Механизм возникновения. При сокращении мышечной части уменьшается протяженность диафрагмы. В связи с этим увеличивается её пищеводное отверстие, что является условием для формирования диафрагмальной грыжи. В связи с наличием разницы давления между полостями происходит краниальное смещение кардиальной части желудка в область пищеводного отверстия и его ущемление [Ю].

Клиника. Изжога, боль в области мечевидного отростка, дисфункция желудка. Особенно важно, что нарушается усвоение белка, так как затрудняется расщепление полипептидных связей, и тем самым затрудняется в нижерасположенных отделах усвоение аминокислот [11].

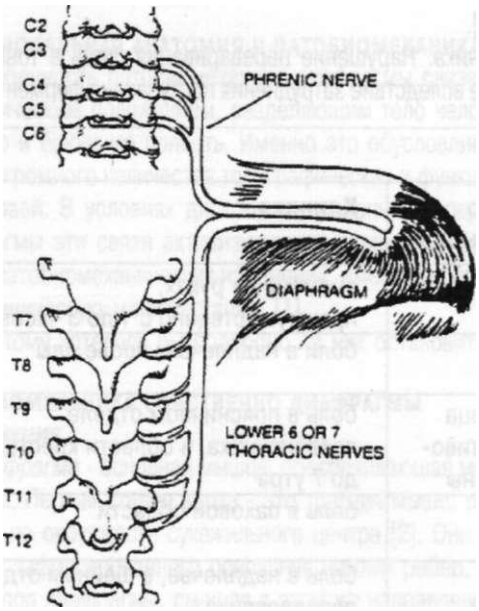


Рис. 14. Уровни иннервации диафрагмы.

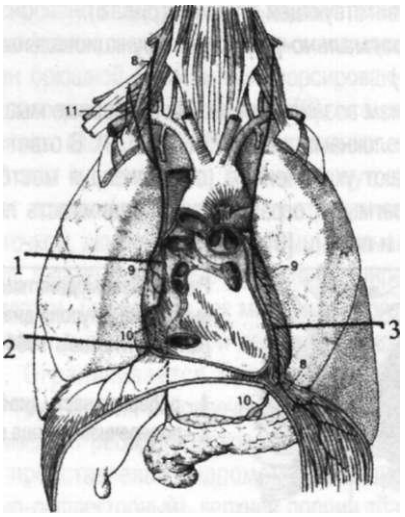


Рис. 15. Топография расположения диафрагмальных нервов (Цит. по H. Feneis 1994 г.).
правого и левого.
1 - диафрагмальный нерв
2 - диафрагмально-брюшные ветви слева (проникновение через отверстие нижней полой вены)
3 - диафрагмально-брюшные ветви справа (проникновение через мышечные слои диафрагмы у левого края сердца)

Диафрагмально-невральные

Компрессия диафрагмального нерва

Механизм возникновения. Волокна ножек, которые входят в левую часть сухожильного центра, получают иннервацию из левого диафрагмального нерва, а те волокна, которые входят в сухожильный центр справа, снабжаются из правого диафрагмального нерва [9]. Нижние шесть или семь межреберных нервов распределяют сенсорные волокна в периферийную часть мышцы. Сенсорная чувствительность этих нервов подтверждается абсолютной мышечной атрофией на стороне деструкции диафрагмального нерва (рис. 14). Сокращение мышечного слоя диафрагмы бывает неравномерным и преобладает в местах вхождения диафрагмального нерва, приводя тем самым к его раздражению (рис. 15).

Клиника. Нарушение координации между правой и левой половиной диафрагмы (в одной стороне спазм, в другой - расслабление). Компенсаторная дыхательная перегрузка пле-

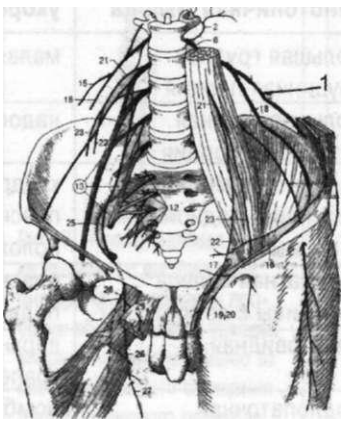


Рис. 16. Расположение подвздошно-подчревного нерва относительно иннервируемых им мышц (Цит. по H. Feneis 1994 г.).
1 - подвздошно-подчревный нерв

чевого пояса с соответствующей клиникой болевого синдрома (см. выше).

Компрессия нервов спинальных нервов Л 1,2

Механизм возникновения. Наличие функциональных блоков в грудопоясничном переходе (ThXII - LI -II), преимущественно в направлении ротации, приводит к компрессии прилежащих спинальных нервов Л 1,2 нерва [12], что в клинике в первую очередь проявляется снижением тонуса иннервируемых мышц (косых мышц живота, квадратной мышцы поясницы и поясничноподвздошной с одной стороны (рис. 16).

Рис. 17. Расположение передних ветвей блуждающего нерва на поверхности пищевода (Цит. поF.H. Netter 1998).

Клиника. Укорочение одноименных мышц, расположенных с противоположной стороны, активация сухожильного аппарата Гольджи в местах прикрепления гипотоничных мышц [10]. Кроме того, дисбаланс квадратных мышц поясницы приводит к латерофлексии позвоночных двигательных сегментов L V-S1 с последующей компрессией прилежащих спинальных нервов. (Об этом более подробно рассказано в статье И.Д. Зотова, опубликованной в этом номере.)

Компрессия блуждающего нерва

Механизм возникновения. Увеличение размера пищеводного отверстия и втяжения в него части желудка приводит к ущемлению ветвей блуждающего нерва, которые расположены на передней и задней поверхности пищевода (рис. 17).

Клиника. Дисфункция внутренних органов, иннервируемых компремированным нервом. (Клиника данного нарушения подробно описана в статье А.М. Михайлова с соавт., опубликованной в 1-м номере журнала «Прикладная кинезиология»),

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВЯЗИ

Диафрагмально-мышечные с короткими флексорами

Механизм возникновения. Установлено, что при дискоординированном сокращении диафрагмы возникает функциональная слабость коротких флексоров [11] шеи (рис. 18). В связи с этим нарушается правильность выполнения флексии шеи, активизируются, укорачиваются грудино-ключично-сосцевидные мышцы (рис. 19).

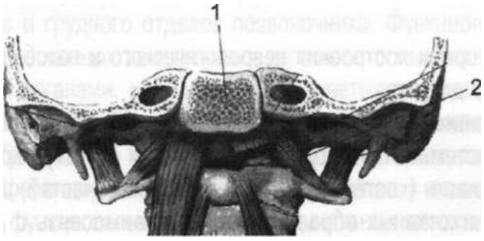


Рис. 18. Анатомия коротких флексоров шеи.
1 - короткие флексоры шеи
2- основная кость

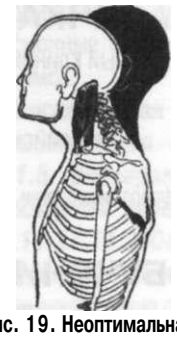


Рис. 19. Неоптимальная статика у пациента с укорочением грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Клиника. Синдром позвоночной артерии, синдром нижней косой мышцы головы, активизация триггерных зон укороченных мышц [13].

Диафрагмально-дуральные

Механизм формирования. Нарушение взаиморасположения основной, затылочной и височной костей, к которым прикрепляются укороченные короткие экстензоры шеи и грудино-ключично-сосцевидные мышцы и расслабленные короткие флексоры шеи, изменение физиологических изгибов сопровождается изменением натяжения передней и задней поверхности твердой мозговой оболочки и дисфункцией краниосакральной системы, формирование компенсаторных функциональных блоков в сочленениях черепа [14]. Преимущественно фиксация сфено-базиллярного синхондроза и торзия височных костей с последующей компрессией блуждающего нерва на уровне яремного отверстия (рис. 5).

Клиника. Затруднение венозного оттока, повышение внутричерепного давления [14].

ДИАФРАГМАЛЬНО-ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ

Дискоординация в сокращении шейно-грудной диафрагмы

Механизм возникновения. Функциональная перегрузка шейно-грудной диафрагмы (повышенное участие в дыхании).

Клиника. Укорочение верхних порций трапециевидных и лестничных мышц (с формированием кормпрессионных синдромов).

Дискоординация в сокращении тазовой диафрагмы

Механизм возникновения. Нарушение взаиморасположения внутренних органов, изменение положения тазовых костей вследствие нарушения положения крестца.

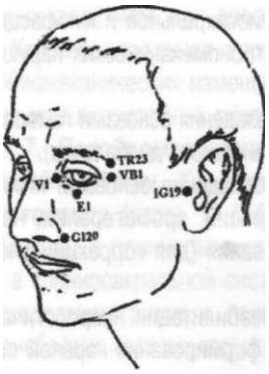


Рис. 20. Расположение на лице точек начала и конца меридианов.

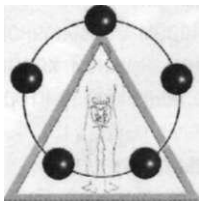
Клиника. Дисфункция органов малого таза (неудержание мочи, дисфункция простаты и матки).

Дисбаланс эмоциональной сферы

Наличие болезненности точек начала и конца меридианов (рис. 20).

В следующем номере будут подробно изложены механизмы самодиагностики, самокоррекции (на структурном, химическом и эмоциональном уровне), а также техника профилактики.

Продолжение следует



СТРАНИЧКА ВРАЧА-КУРСАНТА

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ МИНЗДРАВА РФ

Лаборатория мануальной терапии и

РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

факультет усовершенствования врачей

кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом неврологии и традиционной медицины

ПЛАН-ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В РОССИИ

Приглашаем вас принять участие в обсуждении перспективного плана-программы обучения прикладной кинезиологии на ближайшие 2 года. Приглашаем к дискуссии курсантов, прошедших обучение. Что в программе вы считаете удачным, что необходимо дополнить, изменить? В преподавании каких разделов, которые состоятся в Москве (даты указаны) и других регионах страны и зарубежья, вы могли бы принять участие?

Тема: Манульная терапия с основами прикладной кинезиологии.

Цель: обучение врачей мануальных терапевтов:

1. Теоретическим основам целостного подхода к диагностике функциональных нарушений с позиции единства и одномоментности существования патобиомеханических изменений мышечно-скелетной системы, химических и энергоинформационных нарушений. Алгоритму построения диагноза функциональных изменений и сопоставления его с клиническим.

2. Практическим навыкам диагностики функциональных нарушений нервной системы при помощи мануального тестирования тонуса скелетных мышц.

3. Практическим навыкам диагностики приоритетности поражения структурных, химических или энергоинформационных нарушений.

4. Практическим навыками овладения основами артровертебральной, висцеральной, краниосакральной и миофасциальной терапии (для коррекции патобиомеханических нарушений мышечно-скелетной системы).

5. Практическим навыками овладения основами гомеопатии, фитотерапии (для коррекции химического дисбаланса).

6. Практическим навыками овладения основами иглорефлексотерапии, свето-музыкотерапии, ароматерапии, нейролингвистического программирования (для коррекции энергоинформационного дисбаланса).

7. Практическим навыкам реабилитации неврологической дезорганизации на всех этапах формирования нервной системы (патологическая активность примитивных рефлексов, нарушение паттерна формирования простых двигательных актов, ходьбы, поддержания оптимальной статики, нарушения латеральности полушарий).

Название школы определялось:

А. Преобладанием в обучении прикладной кинезиологии врачей мануальных терапевтов, имеющих кенистезические навыки и достаточную моторную одаренность, постоянно тренируемые в процессе работы.

Б. Программой обучения, где преобладающее количество часов отводится на освоение различных направлений мануальной терапии (вертебральной, миофасциальной, висцеральной, краниосакральной), направленных на коррекцию патобиомеханических изменений мышечно-скелетной системы в целом.

В. Выделением мануальной терапии в медицинскую специальность.

Программа обучения рассчитана на 18 недель очного обучения. При составлении плана обучения использовались программа последипломного обучения врачей мануальной терапии, утвержденная Министерством здравоохранения России в 2000 г., и международная программа обучения, составленная международным колледжем прикладной кинезиологии (ICAK).

1-Й ЭТАП

ВЕРТЕБРАЛЬНАЯ, КРАНИОСАКРАЛЬНАЯ, ВИСЦЕРАЛЬНАЯ МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ С ОСНОВАМИ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

1.1. Миология. Нейрофизиологические основы мышечного сокращения (19.01-23.01.2004).

Треугольник здоровья (единство структурных, эмоциональных и химических процессов организма, их взаимовлияние и взаимодействие). Механизмы формирования растяжимости, возбудимости, электромагнитной полярности мышц, уровни формирования функционального нарушения тонуса (периферический, сегментарный, надсегментарный уровни). Особенности реакции мышцы в зависимости от преобладания дисфункции структурных, химических, эмоциональных процессов или дисфункции канально-меридианной системы. Методы мануальной дифференциальной диагностики. Овладение практическими навыками мануального тестирования 20-ти основных скелетных мышц и поиском причин нарушения их функциональных связей с конкретным внутренним органом, меридианом, позвоночным двигательным сегментом. Понятие о функциональных цепях.

Алгоритм построения неврологического и патобиомеханического диагноза.

Краниосакральная терапия: Анатомия краниосакральной системы. Пальпация анатомических структур краниальной области (костей черепа и их составных частей, соединений, мягкотканых образований). Её взаимосвязь с другими системами организма.

1.2. Неоптимальный двигательный стереотип (22.03-26.03.2004).

Нейрофизиологические основы формирования оптимальности статики динамики и их функционального нарушения. Новый подход в рассмотрении причин неоптимальности двигательного стереотипа в наличии гипотоничных постуральных мышц и гиповозбудимых мышц - агонистов. Визуальная диагностика поиска их локализации. Рассмотрение болевых мышечных синдромов как возможной локализации компенсаторно укороченных мышц или напряженных сухожильно-связочных образований.

Мышечные паттерны, возникающие при выполнении флексии, экстензии суставов верхней и нижней конечностей, туловища. Мышцы - агонисты выполняемых движений, диагностика нарушения их функциональных связей со структурными, химическими, эмоциональными процессами. Реабилитация неврологической дезорганизации на всех этапах формирования нервной системы (патологическая активность примитивных рефлексов, нарушение паттерна формирования простых двигательных актов, ходьбы, поддержания оптимальной статики, нарушения латеральности полушарий).

Краниосакральная терапия: Биомеханика краниосакральной системы.

Висцеральная терапия: Висцемоторные рефлексы. Топография органов грудной полости, пальпация.

1.3. Вертебральная мануальная терапия с основами прикладной кинезиологии на уровне поясничного отдела и таза (24.05-28.05.2004).

Биомеханика позвоночных двигательных сегментов. Варианты функциональных блоков (мышечного, суставного, связочного, дурального, внутрикостного генеза) на уровне поясничного отдела позвоночника и сочленений таза. Функциональные связи позвоночных двигательных сегментов с мышцами, внутренними органами, меридианами. Варианты клинических проявлений на уровне локализации компенсаторно укороченных мышц. Гигиена поз и движений мануального терапевта. Методы дифференцированной мануальной терапии в зависимости от вида.

Висцеральная терапия - топография органов брюшной полости. Пальпация.

Краниосакральная терапия: Патобиомеханические изменения краниосакральной системы. Методы визуально-пальпаторной диагностики.

1.4. Вертебральная мануальная терапия с основами прикладной кинезиологии на уровне грудного и шейного отдела позвоночника {20.09-24.09.2004).

Варианты функциональных блоков (мышечного, суставного, связочного, дурального, внутрикостного генеза) на уровне шейного и грудного отделов позвоночника. Функциональные связи позвоночных двигательных сегментов с мышцами, внутренними органами, меридианами. Варианты клинических проявлений на уровне локализации компенсаторно укороченных мышц. Гигиена поз и движений мануального терапевта. Методы дифференцированной мануальной терапии в зависимости от вида функционального блока. Оригинальные методики трёхплоскостной мобилизации без предварительной ротационной окклюзии.

Краниосакральная терапия: клинические проявления патобиомеханических изменений основания черепа, компрессионные синдромы передней, средней и задней черепных ямок.

Висцеральная терапия - топография органов грудной полости. Пальпация.

1.5. Висцеральная мануальная терапия с основами прикладной кинезиологии органов брюшной полости (22.11-17.11.2004).

Критерии биомеханики и патобиомеханики внутренних органов (напряжения связок, открытия- закрытия клапанов и сфинктеров и их взаимовлияния друг на друга). Прямые (визуальные, пальпаторные) и косвенные (вертебральные, мышечные, связочные, диафрагмальные) методы висцеральной мануальной диагностики и терапии. Особенности формирования клинических проявлений висцеромоторных, висцеровертебральных, висцеролигаментарных, висцеродиафрагмальных связей и методы их тестирования. Дисфункция шейно-грудной и грудобрюшной диафрагмы, печени, желудка, желчного пузыря, кишечника (илеоцекальный и хьюстеновский клапаны).

Неврология: особенности формирования поясничных компрессионных синдромов дисфункции внутренних органов.

Краниосакральная система - клинические проявления патобиомеханических изменений крыши черепа. Компрессионные и плоскостные синдромы интракраниальных структур (лобной, теменной височной, затылочной областей).

1.6 Висцеральная мануальная терапия с основами прикладной кинезиологии органов грудной полости и малого таза (21.01-25.01.2005).

Особенности формирования клинических проявлений висцеромоторных, висцеровертебральных, висцеролигаментарных, висцеродиафрагмальных связей и методы их тестирования при дисфункции почек, мочевого пузыря, предстательной железы, матки, тазовой диафрагмы, легких, перикарда, диафрагмы входа в грудную клетку. Методы висцеральной диагностики и терапии.

Неврология: особенности формирования шейных компрессионных синдромов при дисфункции внутренних органов.

Краниосакральная терапия: Клинические проявления патобиомеханических изменений лицевого черепа. Компрессионные и плоскостные синдромы орбиты.

1.7. Патобиомеханические изменения краниосакральной системы. Краниальная мануальная диагностика и терапия (часть 1) (24.03-28.03.2005).

Методы и принципы диагностики и терапии, используемые в краниосакральной системе. Пальпаторная оценка краниосакрального ритма и пассивного смещения костей черепа, дисбаланс костных структур в регионах черепа. Варианты неоптимального стереотипа краниосакральной системы (флексионный, экстензионный, односторонне флексионный, односторонне экстензионный, торзионный, ангуляционные вертикальное и латеральное смещения, фронтальная и билатеральная компрессии). Межкостные, внутрикостные компрессии и дистракции соединений, сублюксация и фиксации костей, укорочение и напряжение твердой мозговой оболочки, венозный дренаж из полости черепа, дренаж воздухоносных пазух, мобилизация краниосакрального ритма (компрес-

сия 4-го желудочка), моделирование формы костей черепа.

Вертебральная мануальная терапия: особенности формирования функциональных блоков краниоцервикального перехода.

Висцеральная терапия: спазм грудобрюшной диафрагмы и дисфунция прилежащих к ней внутренних органов.

1.8. Краниосакральная мануальная терапия с основами прикладной кинезиологии (часть 2) (26.05-30.05.2005).

Методы и принципы диагностики и терапии патобиомеханических изменений краниосакральной системы, используемые в прикладной кинезиологии. Компрессия, дистракция соединений черепа, сублюксации и фиксации костей (наружное и внутреннее вращение лобных и височных, фиксации лобных, сублюксация решетчатой), дисфункция клиновиднозатылочного синхондроза (флексия, экстензия, односторонняя торзия, ангуляция, имбрикация), дисфункция сфеномаксиллярные дисфункции (компрессия, латеральное смещение, торзия). Дыхательный скрининг. Укорочение и напряжение твердой мозговой оболочки. Яремная компрессия.

Вертебральная мануальная терапия: особенности формирования функциональных блоков шейно-грудного перехода.

Висцеральная терапия: спазм диафрагмы входа в грудную клетку и дисфункция легких, перикард.

2-Й ЭТАП

2.1. Компрессионные синдромы поясничного и тазового региона. Висцеральная, вертебральная, краниосакральная диагностика и терапия (16.02-21.02.2004, 22.09-26.09.2005).

Поясничный регион. Особенности формирования клиники болевых синдромов. Патобиомеханика: 5-ти вариантов функциональных блоков, дисфункция толстого и тонкого кишечника (химического, структурного, эмоционального генеза).

Тазовый регион. Клиника: люмбоишиалгия, кокцигоалгия. Патобиомеханика: пять вариантов скрученного таза, дисфункция мочевого пузыря, почек, предстательной железы, матки (химического, структурного, эмоционального генеза).

Краниосакральная диагностика и терапия патобиомеханических изменений костей, формирующих ухо.

2.2. Компрессионные синдромы грудного и шейного региона. Висцеральная, вертебральная, краниосакральная терапия (19.04-23.04 2004, 24.11-28.11.2005).

Грудной регион. Клиника: межлопаточный болевой синдром, межреберная невралгия, проекционная кардиалгия. Патобиомеханика: 5 вариантов функциональных блоков, дисфункция печени, желудка, диафрагмы (химического, структурного, эмоционального генеза).

Шейный регион. Клиника: цервикаго, цервикалгия, цервикобрахиалгия, компрессия шейных нервов. Патобиомеханика: 5 вариантов функциональных блоков, позвоночных двигательных сегментов, дисфункция диафрагмы, перикарда, легких (химического, структурного, эмоционального генеза).

Краниосакральная диагностика и терапия: диагностика и терапия патобиомеханических изменений костей, формирующих нос,

ДИСФУНКЦИЯ ИНТРА- И ЭКСТРААРТИКУЛЯРНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

2.3. Артро-вертебральная, висцеральная, краниосакральная терапия тазобедренного и плечевого суставов (21.06-25.06.2004).

Функциональные блоки суставов конечностей мышечного, суставного, связочного генеза: как следствие ассоциативных вертебромускулярных, лигаментно-лигаментарных, висцеролигаментарных, висцеромускулярных ассоциативных связей. Клиника, мануальная диагностика и терапия.

Дисфункция лопаточно-плечевого сустава грудино-ключичного акромиально-ключичного сустава сочленения и их роль в формировании клиники тазобедренного лонного периартроза, болевых синдромов тазового дна.

Дисфункция тазобедренного сустава связок таза и его роль в формировании клиники плечелопаточного периартроза, компрессии шейных нервов. Принципы построения клинического, патобиомеханического диагноза.

Краниосакральная диагностика и терапия патобиомеханических изменений стоматологической области.

Висцеральная терапия: спазм тазовой диафрагмы и дисфункция органов малого таза.

2.4. Артро-вертебральная, висцеральная, краниосакральная терапия коленного, голеностопного, локтевого и лучезапястного суставов (18.10-22.10.2004).

Дисфункция локтевого сустава и его роль в формировании клиники коленного периартроза. Дисфункция лучезапястного сустава и его роль в формировании клиники голеностопного периартроза.

Дисфункция коленного сустава и его роль в формировании клиники периартроза локтевого сустава. Дисфункция голеностопного сустава и его роль в формировании клиники периартроза лучезапястного сустава.

Краниосакральная диагностика и терапия патобиомеханических изменений костей, формирующих глазницу.

Висцеральная терапия: дисфункция тонкого и толстого кишечника, механического, химического, эмоционального генеза.

ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Курс 2.5. Неврологическая дезорганизация с позиции патологической активности примитивных рефлексов (20.12-24.12.2004).

Особенности построения алгоритма мануальной терапии и мануального мышечного тестирования у детей различного возраста. Патологическая активность (или раннее угасание) примитивных рефлексов как проявление неврологической дезорганизации во всех возрастных этапах.

Особенности эндокринных, вегетативных, эмоциональных нарушений в формировании и поддержании их патологической активности. Методы диагностики и терапии.

Особенности мышечного тестирования, краниосакральной и висцеральной терапии.

Краниосакральная диагностика и терапия интранатальных деформаций краниосакральной системы.

Курс 2.6. Функциональный сколиоз как реакция на

деформацию черепа (20.12-24.12.2004Ц18.02 • 22.02.2005).

Мышечные сколиозы. Мышечный дисбаланс как реакция на отдаленные последствия родовых травм позвоночника.

Висцеральные сколиозы - как реакция на дисфункцию печени, желудка, кишечника, почек.

Связочные сколиозы - как реакция связочного аппарата суставов позвоночника на интоксикацию.

Суставные сколиозы - формирование функциональных блоков - как реакция позвоночника на мышечную гипотонию вследствие нарушения кровотока и компрессии спинальных нервов. Дифференцированная мануальная терапия.

Краниальные сколиозы как вторичная деформация мышечно-скелетной системы на интранатальные внутрикостные деформации черепа, особенности диагностики и краниальной терапии.

3-Й ЭТАП

3.1. ***Функциональные нарушения химических процессов (21.04-25.04.2005)***

Болевые мышечные синдромы химического генеза. Химические нарушения, связанные с дефицитом или избытком витаминов, минералов, микроэлементов, белков, жиров и углеводов, наличием токсических веществ, инфицированностью. Аллергические реакции, память о перенесенной химической травме. Клинические проявления мышечных, краниальных, висцеральных энергетических и эмоциональных нарушений при их дисбалансе. Зоны Ридлера. Гуморальные и тканевые химические нарушения. Стадии воспаления. Роль биологически активных веществ (биогенные амины, простагландины). Нарушение липидного, жирового и углеводного обмена.

Краниосакральная терапия - особенности патобиомеханических нарушений краниосакральной системы химического генеза, диагностика и терапия.

3.2. Функциональные нарушения эмоциональной сферы (23.06 - 27.06.2005).

Болевые мышечные синдромы химического генеза. Клиника, диагностика коррекция эмоционально-мышечных, эмоционально-меридианных, эмоционально-краниальных, эмоционально-висцеральных, эмоционально-энергетических, эмоционально-химических нарушений. Психологическая реверсия. Вертебральная, краниосакральная, висцеральная терапия, цветотерапия, светотерапия, музыкотерапия, ароматерапия и др.

Краниосакральная терапия - особенности патобиомеханических нарушений краниосакральной системы эмоционального генеза. Диагностика и терапия.

3.3. Функциональные нарушения электромагнитных процессов (20.10.-24.10.2005).

Поиск приоритетности формирования патобиомеханических нарушений (на уровне структурных, химических или энергетических нарушений) посредством височной вибротактильной провокации, пальцевого теста, теста с отведением конечностей (проба Леонардо да Винчи), механической провокации височно-основного сочленения, пробы с отведением в плечевых суставах, флексией шейного отдела позвоночника (техника устранения памяти о травме), отведения в тазобедренных суставах, раздражения механобарорецепторов и др. Устранение избыточных компенсаторных реакций. Незавершенные адаптации. Неврологическая дезорганизация, переключение, латерализация полушарий.

Краниосакральная терапия: Диагностика и лечение функциональных механических нарушений подъязычной кости. Клиника, диагностика и лечение. Компрессия черепных нервов.

Неврология: компрессия черепных нервов.

3.4. Меридианный дисбаланс и его роль в формировании болевых мышечных синдромов (15.12-19.12.2005).

Критерии баланса меридианной системы с позиции оценки тонуса индикаторных мышц и мышц, ассоциированных с данным меридианом. Дисфункция часов тела. Функциональные нарушения меридианной системы вследствие дисбаланса активности в спаренных и сухожильно-мышечных меридианах, дисфункции внутреннего органа (химического, эмоционального, механического генеза). Пульсовая диагностика. Алгоритм терапии меридианного дисбаланса при помощи воздействия на одну акупунктурную точку (по методике D.Sheldon).

Краниосакральная терапия: Особенности патобиомеханических изменений краниосакральной системы при меридианном дисбалансе.

Неврология: компрессия шейных нервов.

Обучение проводят сотрудники лаборатории, дипломированные специалисты, прошедшие дополнительную подготовку на международных семинарах.

Стоимость каждого цикла 150 у.е., оплата по перечислению. Расчетный счет будет прислан в ответ на заявку об участии.

Для поступления на цикл необходимы следующие документы: копия диплома врача, справка о том, что вы работаете по данной специальности, с печатью отдела кадров, путёвка с печатью направляющего учреждения, командировочное удостоверение, трудовой договор в двух экземплярах с печатью (для организаций) или личной подписью (от частного лица), копия платёжного поручения о переводе денежных средств, подтвержденных печатью банка об исполнении, реферат по материалам предцикловой подготовки (10 машинописных листов с обзором литературы, шрифт 14, полуторный интервал).

По окончанию курса после успешно сданного экзамена выдается свидетельство государственного образца и диплом клинической компетенции ICAK.

Заявки на обучение и получение расчетного счета, методических материалов для заочной подготовки необходимо направлять по адресу: 117418, Москва, ул. Цюрупы 28, ФНКЭЦТМДЛ.

Лаборатория мануальной терапии, проф. Васильева Л.Ф. Тел.: 3313548, факс: 1282688, эл. почта: vasiljeva_lf@mtu-net.ru.

Обучение проходит по адресу: м. «Новые Черемушки», ул. Цюрупы, 30, поликлиника 10, кабинет 219 (зал ЛФК).

Для иногородних курсантов возможно проживание в общежитии по адресу: метро «Сокольники», ул. Лосиноостровская, 2, далее автобусом № 75 до остановки «Медучилище». Тел. коменданта 963-83-08.

ИНФОРМАЦИЯ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ СЕМИНАР

Тема семинара:
БИОХИМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ.
БИОХИМИЯ ЭМОЦИЙ.
Преподаватель:
КР. А. СМИТ (АНГЛИЯ).
Дата:
НАЧАЛО ИЮНЯ 2003 Г.
Организатор
ПИЛЯВСКИЙ СЕРГЕЙ ОРЕСТОВИЧ.
Заявки на участие в семинаре присылать по адресу:
(812) 442-23-18, E-mail: pilavsky@vmb-service.ru

ПРИГЛАШАЕМ ВАС ПРИНЯТЬ УЧАСТИЕ В СЕМИНАРЕ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ СЕМИНАР

Тема: **Переобучение нарушенных движений при дисфункции внутренних органов.**

На данном семинаре вы овладеете практическими навыками реабилитации неврологической дезорганизации на всех этапах формирования нервной системы (патологическая активность примитивных рефлексов, нарушение паттерна формирования простых двигательных актов, ходьбы, поддержания оптимальной статики, нарушения латеральности полушарий, переобучения у детей при патологической активности примитивных рефлексов. Возможности их подавления и трансформации в осознанные рефлексы.

Преподаватель проф. Васильева Л.Ф..

Время проведения 8-10 августа с.г.

Место проведения - Таллинн, Частная Русская Гимназия, организаторы встречают на вокзале и доставляют на место проведения семинара.

Стоимость участия - 100 EUR (обучение, кофейные паузы, обед, сауна, банкет).

Проживание - в классах гимназии, возможно бронирование гостиницы.

Организатор семинара - Роман Гольдрин, OU "GOLDROM"

Контактные данные - тел. +372 50 67284,
e-mail: goldrom@hot.ee.

Оплата участия - Hansapank, kood 767, A/a: 1120219796, OU "Goldrom", reg.kood. 10009232, или наличными по прибытию.

Регистрация - просьба заявить о желании участвовать в семинаре не позднее 01 июля 2003 года.

КАФЕДРА МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И НЕВРОЛОГИИ НОВОКУЗНЕЦКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ИНСТИТУТА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

ПРОВОДИТ ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ПОДГОТОВКУ, ПЕРЕПОДГОТОВКУ И ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ И СРЕДНИХ МЕДРАБОТНИКОВ

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ (артро-вертебральные, краниосакральные, висцеральные, мышечно-энергетические, мягкотканые, невральные, артериальные, дуральные, миофасциальные, периостальные и кожные телики].

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ (иглоукалывание и прижигание, поверхностная рефлексотерапия, аурикулодиагностика и аурикулотерапия, микропунктурные системы, фармакопунктура, основы пульсовой диагностики, основы восточной фитотерапии и аюрведы).

НЕВРОЛОГИЯ (сертификационные циклы с акцентом на немедикаментозных методах лечения и реабилитации неврологических больных).

МЕДИЦИНСКИЙ МАССАЖ (классический, сегментарный, с элементами мануальной терапии, канальный и точечный, массаж микропунктурных зон, поверхностная рефлексотерапия, лимфатический, «спиральные техники», астрологическое обеспечение массажа, использование принципов ароматерапии и аюрведы).

ВОСТОЧНАЯ ФИТОТЕРАПИЯ (принципы диагностики, лечения и профилактики с использованием натуральных препаратов).

На циклах мануальной терапии и рефлексотерапии преподаются основы ***ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ,*** позволяющей проводить диагностику и подбор различных видов лечения с помощью специального мышечного тестирования.

Возможно проведение выездных циклов по заявкам.

Адрес кафедры:
654041, Новокузнецк, ул. Дружбы, 2, МКБ №2
Тел. (3843) 78-77-73
Эл. почта: manual@inbox.ru
Страница в интернете - http://manual.giduv.ru

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

ВИСЦЕРОМОТОРНЫЕ РЕФЛЕКСЫ В РАБОТАХ М.Р. МОГЕНДОВИЧА
(ОБЗОР РАБОТ М.Р. МОГЕНДОВИЧА И ЕГО УЧЕНИКОВ)

Шуляк А.Е.,
Федеральный клинико-экспериментальный научный центр традиционных методов диагностики и терапии МЗ РФ

«... И внутри повсюду по мясу проходит
Чувство, пока, наконец, до мозга костей не достигнет.
Будь удовольствие то иль противное жгучее чувство».
Лукреций «О природе вещей».

ИСТОРИЯ

Сегодня исполняется 62 года со дня выхода первой в России книги М.Р. Могендовича «Чувствительность внутренних органов и хронаксия скелетной мускулатуры», изданной перед войной в 1941 г. в Ленинграде. В ней автор проводит хронаксиметрический анализ изменения тонуса скелетных мышц у собак под влиянием раздражения рецепторов внутренних органов. В связи с военными действиями его исследования были прерваны и возобновились только в 50-х годах, когда вышла его монография «Рефлекторное взаимодействие локомоторной и висцеральной систем» (Медгиз, 1957). С тех пор было выпущено 8 монографий, 13 тематических сборников, проведено 6 тематических конференций и симпозиумов, Их подробный список приведен в конце обзора. Защищено огромное количество докторских и кандидатских диссертаций. Тысячи его учеников разъехались по всей России. Но в 70-х годах случилось непредвиденное событие. Идеи проф. Могендовича М.Р. о том, что на силу сокращения мышц и их тонус оказывает влияние не только ЦНС, но и масса функциональных взаимосвязей между мышцами и другими системами, признали аполитичными. В этих идеях было выявлено противоречие с наличием монополии на власть коммунистической партии. Профессор был подвергнут репрессии и дальнейшие годы провел в Соловках. Распространение его учений было запрещено на территории Советского Союза, книги уничтожены. О последних годах М.Р. Могендовича мог бы рассказать Я.Ю. Попелянский, который так много сделал для социальной и профессиональной реабилитации репрессированного профессора, но, к сожалению, его ре с нами тоже нет.

И теперь мы вынуждены по крупицам восстанавливать наследие наших отцов, Мы не можем в полной мере восстановить многие работы, поэтому в тексте используются ссылки на работы Могендовича, где он приводит работы других авторов.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗМЕ КАК ОБЪЕДИНЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЦЕПЕЙ

Идеи о том, что для правильной жизнедеятельности организма должна существовать связь между его частями, были найдены в учениях Гиппократа. Он учил: «Болезни начинаются во всем теле. Отдельные части тела сейчас же вызывают болезнь в других, как только где-либо производится движение. Нарушение функции живота проявляются болезнью в голове, а головы - в мышцах и животе, и все остальное также соответственно тому, что делает живот для головы и голова - для мышц и живота. Одни части служат причиной болезни других» [1]. В XVIII веке мы находим об этом совершенно отчетливые представления у М.В. Ломоносова, Д. Дидро и др. М.В. Ломоносов указывал, что живые организмы «так составлены и связаны между собою, что все взаимно соединенные части имеют одно причинное происхождение как единого целого» [2]. Дидро в своих «Элементах физиологии» отмечал, что каждый орган оказывает своё влияние на другие органы. Этим объясняется разнообразие симптомов, кажущихся свойственными одному органу и чуждыми другим органам, которые, однако, испытывают их действие [1]. Необходимость ликвидации этого ошибочного представления указывалась еще И.М. Сеченовым (1866): «Было время, когда все нервные акты в теле животного делили на три главные группы - движение, чувствование и иннервацию так называемых питательных актов; но это деление совершенно негодно» [4]. Ч. Шеррингтон (автор терминов «проприоцепция» и «интероцепция» (1906) долгие годы занимался изучением низшей нервной регуляции скелетной мускулатуры. Он писал, что взаимодействие рефлексов принадлежит к числу самых основных проблем нервной координации. Он утверждал, что сумма отдельных частей тела далеко не равна организму в целом. Необходимо переходить от обособленного изучения изолированных органов к изучению функционирования систем органов в целом организме [10]. Об ошибочности воззрения о существовании разрыва между анимальной и вегетативной частями нервной системы писал А.Д. Сперанский (1929): «Центральная нервная система сама по себе есть орган. Но не нужно забывать, что, кроме того, в нем заложены и печень, и сердце, и желудок, и зубы, и вообще все ткани и даже клетки периферии» [6]. Л.А. Орбели (1935) подробно утверждал, что нарушение функции внутренних органов

создает условия для формирования специфической раздражимости промежуточной соединительной ткани и возникновения соответствующих субъективных состояний (самочувствия) у пациентов, являясь показаниями, исходящими из интероцептивной системы [5]. И.П. Павлов, изучая образование условных рефлексов с участием внешних анализаторов, как органов непосредственного общения организма с окружающей средой, утверждал, что рецепторы из внутренних органов играют огромную роль в рефлекторной саморегуляции их деятельности. Он доказал, что условные рефлексы могут быть от активации любого рецептора и могут быть отражены на любой орган, образуя многочисленные функциональные связи. По словам А.Ф. Самойлова (1942), организм невозможно рассматривать как простую сумму его частей, потому что суммой нельзя выразить физиологической связи составных его частей и их взаимно регулируемой зависимости. Нельзя понять фрагмента жизни, не поняв всего целого. Нельзя понять целого, не узнав тайны фрагмента. [15]. Результаты экспериментов А.М. Гринштейна (1946) позволили ему прийти к следующему заключению. Из-за поздней кортикализации висцерального анализатора у высших животных висцеральные афферентные импульсы на низших ступенях эволюции выражены в виде висцеромоторных рефлексов. При уменьшении рефлекторного влияния этих импульсов на локомоторную сферу они ограничиваются преимущественно пределами взаимодействия внутренних органов (висцеровисцеральные рефлексы) [1]. Пирси и Ван Лир (1927) в экспериментах с механическим раздражением желудка наблюдали рефлекторное сужение сосудов брюшной полости и расширение сосудов конечностей. При раздувании баллона, введенного в двенадцатиперстную кишку, возникало рефлекторное сужение сосудов пальцев, особенно большого пальца ноги. Исследования группы физиологов (П.П. Гончаров, 1945; М.Р. Могендович, 1969,1971,1972; СИ. Гальперин, 1934-41) [16] подтверждают, что висцеральное рецепторное поле оказывает через центральную нервную систему разнообразное влияние не только на органы висцеральной сферы, но и на скелетную мускулатуру. При всяком изменении состояния различных внутренних органов (сердца, кровеносных сосудов, легких, ротовой полости, желудка, печени, селезенки, желчного и мочевого пузырей) приходят в действие сложные рефлекторные процессы как в анимальной, так и в вегетативной системе организма в виде висцеромоторных рефлексов. Этот вывод они обосновали систематическим применением в исследовании висцеральной рецепции метода хронаксиметрии скелетных мышц [8]. Этот метод оказался одним из чувствительнейших индикаторов висцеральной рецепции и дал возможность установить закономерность висцеромоторных влияний в норме, ранее многими отрицавшуюся. Позднее это было подтверждено исследованиями ряда авторов (И.П. Никитиной, 1948; Э.Ш. Айрапетьянц, 1949; А.С. Пенцик, 1955). В то же время отчетливо выяснилось, что в действительности кинестетические импульсы обладают не только координирующим влиянием на аппарат локомоции, но оказывают весьма существенное регулирующее воздействие на деятельность других внутренних органов в виде висцеровисцеральных рефлексов. Эта точка сформировалась на представлении о структуре и функциях нервной системы в целом, включая периферические ганглии, как о системе организующей функциональные связи между различными системами организма [4].

ФИЗИОЛОГИЯ ВИСЦЕРОМОТОРНЫХ РЕФЛЕКСОВ

Представления о том, что организм разделён на две не связанные между собой части - анимальную и вегетативную - и поэтому наличие рефлекторных влияний с внутренних органов на скелетную мускулатуру невозможно, широко встречаются в литературе XI века и в наши дни. До сих пор существует большое количество мануальных терапевтов, убежденных в ненужности висцеральной мануальной терапии и достаточности лишь одного вертебрального воздействия.

Вот что об этом писали наши учителя. Н.Е. Введенский (1881) установил связь моторных реакций с дыханием. Он одним из первых пришёл к заключению, что локомоция тормозится, если перед началом движений пациент задерживает вдох [6]. И.М. Сеченов (1866)«... Раздражение брюшной части симпатической цепи, раздражение всех брюшных сплетений, стволов чревных нервов и пр. вызывает у животных... движения в сфере мышц шеи, туловища и конечностей». В.Я. Данилевский (1886) показал наличие влияния рецепции легких на скелетную мускулатуру. Он проводил опыты на лягушках, создавая у них «искусственную астму» и диагностировал резкое снижение двигательной активности [10]. Тогда же были обнаружены влияние раздражения рецепторов мочеполового аппарата на активность скелетной мускулатуры. И.Р. Тарханов (1877) установил, что растяжение семенных органов у лягушки вызывает тоническое сокращение передних конечностей. Афферентная система мочевого пузыря детально изучалась методами электрофизиологии (Талаат, 1937; Боша, 1952; и др.). Пратт (1936) показал, что если давление в мочевом пузыре достигает высокого уровня, то возникают рефлекторные сокращения брюшной мускулатуры и мускулатуры конечностей (спустя 100 лет эти связи между мочевым пузырём и флексорами голеностопного сустава подтверждены прикладной кинезиологией. *Прим. рец.).* Ломбард (1887) описал изменение коленного рефлекса под влиянием изменения дыхания [13]. Джонсон и Люкгардт (1927) нашли ослабление этого рефлекса при повышении внутрилегочного давления, а Стругхольд (1929) - усиление коленного рефлекса во время вдоха. Н.И. Пирогов (1847 г.) наблюдал судорожное сокращение мышц бедра при растяжении сфинктера прямой кишки под наркозом (спустя 100 лет эти связи между прямой кишкой и экстензорами бедра подтверждены прикладной кинезиологией. *Прим. рец.).*

УРОВЕНЬ РЕАЛИЗАЦИИ ВИСЦЕРОМОТОРНЫХ РЕФЛЕКСОВ

По данным Г. Н. Кузьменко (1947), висцеромоторные рефлексы при опытах над обезглавленным животным показывают, что эти волокна связаны и с центрами спинного мозга

[15]. Берклай и Франклин (1937) на децеребрированной кошке подтвердили, что сжатие пальцами мочевого пузыря вызывает сокращение диафрагмы и брюшных мышц.

ВАРИАНТЫ РЕАКЦИИ СКЕЛЕТНОЙ МУСКУЛАТУРЫ ПРИ АКТИВАЦИИ ВИСЦЕРОМОТОРНЫХ РЕФЛЕКСОВ

М.Р. Могендович (1941) в условиях разнообразных острых и хронических опытов подтвердил, что результаты отдельных наблюдений могут быть объединены в общую закономерность. Основная идея заключается в следующем: нормальные процессы, происходящие в органах грудной и брюшной полостей, отражаются на функциональном состоянии не только близлежащих (например, прямая кишка и мускулатура задних конечностей при акте дефекации), но и отдаленных скелетных мышцах [16]. Эти влияния проявляются сократительными реакциями мышц, однако менее постоянно, чем сдвиги хронаксии, которые наступают при значительно более низком пороге раздражения и более закономерны. Их можно также рассматривать как своеобразные висцеромоторные рефлексы. При этом было установлено, что хронаксия мускулатуры изменяется различным образом, в зависимости от того, является ли животное сытым или голодным, наполнен его мочевой пузырь или нет, и т. д. Температурные раздражения пищеварительного тракта у человека также оказывают влияние на хронаксию и тонус скелетной мускулатуры (1941). Непосредственное введение в желудок горячей воды приводит в большинстве опытов к увеличению хронаксии мышц задней конечности, холодная вода дает обратный эффект. Особенность этого влияния определена на опытах Фрейсберга (1875). Он наблюдал на теплокровных животных, что возбуждение аппарата мочеиспускания тормозит спинальные локомоторные рефлексы задних конечностей, приводя к снижению их тонуса.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ВИСЦЕРОМОТОРНЫХ РЕФЛЕКСОВ

Большое значение М.Р. Могендович уделял клиническим проявлениям нарушений связей между внутренними органами (висцеральной афферентной системой) и скелетной мускулатурой (рис.1), наступающих в результате изменения функционального состояния рефлекторной дуги в различных ее участках (особенно в центральном звене). Эти клинические проявления могут быть выражены в различной степени и могут быть как массивными, так и локальными.[19]. Они бывают настолько рельефны, что вынужденные движения, позы и характерная мимика при некоторых висцеральных заболеваниях были известны еще издавна в виде, например, «складывания вдвое» больных перитонитом, «маски Гиппократа» и т.д. В клинике встречаются случаи временных параличей и порезов конечностей, возникающих в связи с внутренними заболеваниями, СП. Боткин неоднократно указывал на эти явления при желчной и почечной колике [10]. Комгэр (1803), Левиссон (1869) обнаружили, что если на операции сжать почку пальцами в полости живота собаки, то в соответствующей задней ноге появляется паралич сгибателей, продолжающиися весь период сжимания почки и даже несколько дольше [19]. Подобные явления они получали при интенсивном воздействии и на другие органы (спустя 100 лет эти связи между почкой и пояснично-подвздошной мышцей подтверждены прикладной кинезиологией. *Прим. реи,.).* А.И. Иванов (1928) нашел еще один диагностический признак висцеромоторного рефлекса: симптом «смещения пупка» при аппендиците как результат неравномерного тонуса мышц брюшной стенки с обеих сторон. При остром аппендиците пупок смещается вправо на 1-2 см, обнаруживая одностороннее повышение тонуса мышц на стороне заболевания. При хроническом же аппендиците пупок оказывается смещенным влево вследствие падения тонуса или атрофии тех же мышц [12]. Висцеральные нарушения рефлекторно распространяются и на дыхательную мускулатуру. М.М. Денисенко, В.А. Еренков (1953) описали клинический дыхательный симптом (задержка дыхания) на высоте приступа колики желчного пузыря. Введение новокаина в желчные пути временно устраняло или уменьшало рефлекс задержки дыхания. Установлено, что во время расстройства дыхания от раздражения рецепторов протоков или пузыря, при просвечивании лучами Рентгена можно было видеть сокращение правой половины диафрагмы [14].

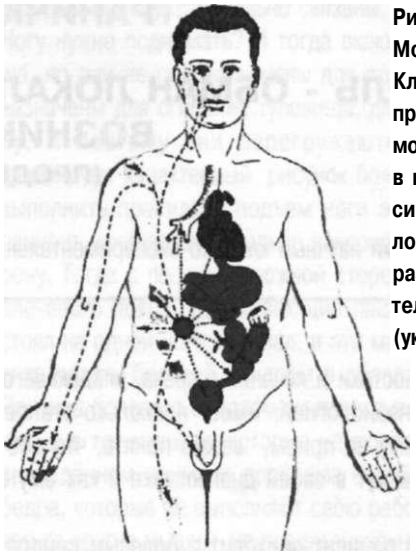


Рис. 1 (цит. по М.Р. Могендовичу 1957 г.) Клинические проявления висцеромоторных рефлексов в виде болевых синдромов, локализующихся в различных участках тела пациента (указаны стрелками).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В конце первой части обзора мы приводим список основных монографий, тематических сборников, в которых наши основоположники разработали концепцию о висцеромоторных рефлексах. Многие их них утеряны безвозвратно. Особенно ценны публикации работ симпозиума, проходившего в Вильнюсе в 1966 г., и посвященные полностью одной теме: о влиянии дисфункции внутренних органов на формирование гипотонии скелетных мышц. Симпозиум так и назывался «Гипотонические состояния». Мы обращаемся к литовским коллегам помочь в его поиске, равно как и других сборников.

Продолжение следует

СТРАНИЧКА ПАЦИЕНТА

БОЛЬ - ОБМАН ЛОКАЛИЗАЦИИ И ПРИЧИНЫ ЕЁ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

(ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Л.Ф. Васильева,

Федеральный научный клинико-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения МЗ РФ,
Лаборатория мануальной терапии

Процедура диагностики и лечения у врача, владеющего прикладной кинезиологией, имеет несколько этапов. Пациенту, пришедшему на прием, важно понять, что собственно врач использует в своей диагностике и как ему в этом можно помочь.

1-й этап. Когда пациент приходит с болевым синдромом в определенном месте, врач, не обращая внимания на локализацию боли, начинает тщательно осматривать пациента, заставляя многократно повторять движение, которое вызывает боль. Начинает тщательно выяснять наличие ранее предшествующих заболеваний, вплоть до родовых травм, уточняя время, когда появилась боль, что предшествовало её возникновению: эмоциональный стресс; дисфункция конкретного органа; перенесенные интоксикации.

Зачем? Часто эти вопросы кажутся пациенту ненужными. Ведь есть конкретное место боли, есть конкретное ограничение движения. Зачем копаться в прошлом? Тем более спрашивать про внутренние органы, на функции которых пациент вообще часто не обращает внимания, ведь любой пациент знает, что эмоциональный стресс лечит психолог, а простатит - уролог, а болью в суставах занимается мануальный терапевт. Вот сустав, вот боль, в чем дело?

Для ответа на эти вопросы необходимо коснуться физиологии. У человека имеется дисфункция какого-то органа: печени, желудка, кишечника, а он о ней не знает. В литературе широко описаны немые язвы желудка, немые инфаркты, когда среди «полного здоровья» человек неожиданно умирает от кровотечения, возникшего вследствие многолетнего существования язвенного процесса, а для пациента - это новость. Если человек так долго ничего не чувствует, то куда же поступают импульсы, сигнализирующие о неблагополучии органа, и как реагирует организм пациента на него?

Как вы знаете, любая живая ткань сопровождается определенным ритмом жизнедеятельности (ритмом химических процессов, механических перемещений). Эта жизнедеятельность постоянно сопровождается раздражением рецепторов (от внутренних органов, от суставов конечностей и позвоночника и других тканей). Импульсы от них поступают в подкорковые узлы, а от них в виде стимулов к сосудам, эндокринным железам и конкретным мышцам (повышая их (тонус) возбудимость, чувствительность к сигналам, поступающим от различных уровней организации нервной системы). Именно наличие этой готовности к сокращению позволяет совершить ту работу, которая необходима внутренним органам, а именно: догнать добычу; схватить и удержать плод дерева, попавший в руку. Эта готовность и обеспечивает оптимальную работу тела человека при поддержании вертикальной позы или выполнении движения.

Почему человек не падает, когда стоит? И самое важное - эта регуляция происходит без ведома человека. Это ошибка

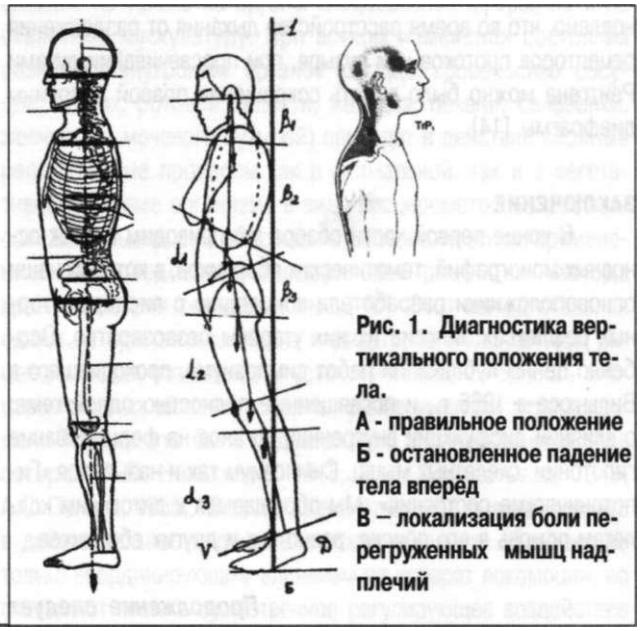


Рис. 1. Диагностика вертикального положения тела.
А - правильное положение
Б - остановленное падение тела вперёд
В – локализация боли перегруженных мышц надплечий

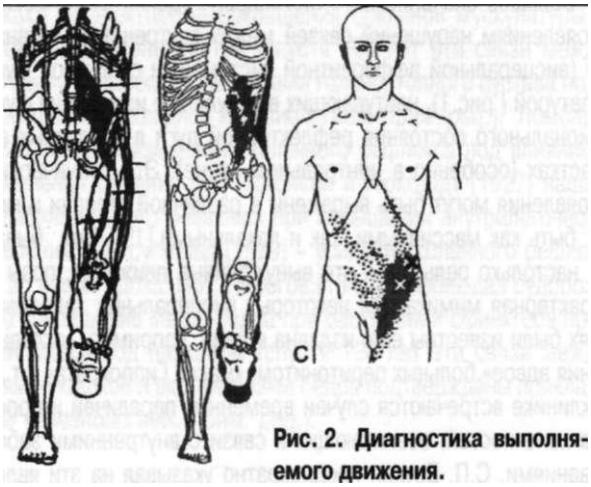


Рис. 2. Диагностика выполняемого движения.

А - правильный вариант подъёма ноги за счет мышц бедра
Б - неправильный вариант за счёт сокращения мышц туловища
В - рисунок боли перегруженных мышц туловища

ощущения, человек падает, но очень незначительно, так как любое смещение центра тяжести тела вызывает растяжение мышц на одной из поверхностей его тела. Но растяжение - это сигнал, на которые мышцы отвечают сокращением и препятствуют «падению» пациента. Важно, чтобы мышцы были готовы слышать этот сигнал и быстро отреагировать, а вот эту готовность и обеспечивает тонус мышцы.

Как только возникают неполадки в работе внутреннего органа, нарушения ритма его работы, снижается (искажается) поток импульсов к подкорковым ядрам, а от них - двигательных стимулов к мышце, которые функционально связаны с этим органом. Нет необходимого потока стимулов - нет и необходимой возбудимости мышцы. А значит, что эти мышцы не могут быстро реагировать на приказы, поступающие от нервной системы, не могут быстро реагировать на падение тела пациента в статике и удержать тело пациента в вертикальном положении. И для того, чтобы вызвать необходимое сокращение расслабленных мышц, надо больше их растянуть, а значит, надо больше сместить центр тяжести в сторону их растяжения. Так же, как для того, чтобы разбудить вялого ленивого человека, надо громко и долго звенеть будильнику. На рис. 1 представлен графический рисунок молодого человека. Если сравнить с нормой (рис. 1А), то отчетливо видно, что тело пациента смещено вперёд относительно центра тяжести (рис. 1Б). Мышцы живота, которые должны были сократиться и вернуть тело пациента в среднее положение, не сократились, потому что они имеют сниженный тонус, им не хватает необходимых стимулов, и поэтому на растяжение, которое возникло при падении тела человека, они отреагировали с опозданием. Мышцы живота растянуты, реагируют на растяжение не сразу и поэтому не удерживают его тело в пределах нормы. Пациент находится в состоянии падения, но не падает. Почему? Потому что мышцы плечевого пояса сзади его удерживают. Работа нелегкая, мышцы перегружаются, укорачиваются и формируют определенный рисунок боли (рис. 1В). Такой пациент не чувствует своего падения, он только чувствует, что, когда стоит, возникает боль в мышцах плечевого пояса.

Та же самая проблема возникает при болевом синдроме, возникающем при движении. Если мышца не получает необходимого количества импульсов, она не может быть возбудимой и не может быстро отреагировать на сигнал, призывающий её сократиться, чтобы совершить движение. Что это означает? Это означает, что мышцы, которые предназначены для выполнения конкретного движения, в движение не включаются, а включаются те мышцы, которые услышали сигнал. Например, если в комнате спят два человека. Один - бодр и энергичен, другой - вялый и сонный. Будильник зазвенел у вялого человека, но он не слышит, и тогда в ответ на чужой будильник поднимается бодрый человек и пытается выполнить работу вместо сонливого человека. То же самое происходит с мышцами. Например, прямые мышцы бедра, которые располагаются на передней поверхности бедра, отвечают за подъем ноги вверх (рис. 2А). А если они не включаются в движение, им не хватает импульсов от тонкого кишечника, с которым они функционально связаны. Но приказ есть приказ. Ногу нужно поднимать? И тогда включаются мышцы туловища, но они не предназначены для подъема ноги. Они предназначены для сгибания туловища, для его наклона в сторону. И поэтому они перегружаются, укорачиваются и формируют характерный рисунок боли (рис. 2В). Мало того, выполнить правильно подъем ноги эти мышцы не могут, и пациент начинает при ходьбе наклоняться вперед или в сторону. Тогда с противоположной стороны включаются мышцы плечевого пояса, удерживающие пациента, чтобы он, когда стоял на одной ноге, не упал, и эти мышцы начинают у пациента давать болевой синдром в области плеча при ходьбе. Причина болевого синдрома и перегрузки мышц состоит не в них, а в тех мышцах, которые не включаются в движение. В приведённом примере проблема состоит в прямых мышцах бедра, которые не выполняют свою работу, заставляют включаться другие мышцы, не предназначенные для подъема ноги, и требуют своей дополнительной компенсации.

Такой пациент приходит к врачу и говорит: «У меня болит плечо и тазобедренный сустав, мышцы в этой области напряжены, я не могу до них дотронуться. Помогите снять боль и их напряжение, растяните мышцы суставов, дайте обезболивающие препараты». Врач смотрит, действительно мышцы в области плечевого и тазобедренного суставов укорочены, напряжены и болезненны. Но не лечит их, а начинает расспрашивать: «Что вызывает боль?». Если боль возникает в вертикальном положении, он смотрит, куда пациент падает, почему и какие мышцы туловища расслаблены и его не держат, заставляя перегружаться другие мышцы. Если боль вызывает движение, врач просит показать это движение, чтобы по нарушению его рисунка выявить, какие мышцы не включаются, а какие выполняют работу за двоих.

Почему врач не начинает сразу лечить больные и укороченные мышцы? Ведь именно их напряжение и укорочение причиняют страдания пациенту. Потому что эти мышцы не больны, а они просто компенсаторно перегружены, и для того, чтобы выполнить эту избыточную работу, они компенсаторно укорачиваются, чтобы быть сильнее и выполнить эту непосильную нагрузку. Врач знает, что укороченные напряженные мышцы и так перевозбуждены, и, если проводить их массаж и разминание, их возбудимость станет еще больше. Пациент не чувствует мышц, которые не включаются в движение и поддержание статики, он только чувствует что что-то нарушено в организме при выполнении обычных движений. И не может понять, почему врач не обращает внимания на локализацию боли, а смотрит, как пациент стоит, как он совершает движение. Потому что ему надо найти причину, почему мышцы пациента компенсаторно перегружены, работу каких мышц они выполняют.

Таким образом, прикладная кинезиология позволяет посмотреть на заболевание пациента не с позиции уничтожения боли, а с позиции разговора с болью.

Продолжение следует

г

СТРАНИЧКА ПАМЯТНЫХ ДАТ

НЕКРОЛОГ

12 января 2003 г. остановилось сердце большого ученого, прекрасного, доброго, удивительно тонкого человека - профессора Якова Юрьевича Попелянского.

Я.Ю. Попелянский был талантливым клиницистом-неврологом, высокоэрудированным преподавателем, блистательным лектором, верным другом и строгим руководителем, непримиримым ко всему неискреннему и показному. Его неизменный девиз - «быть, а не казаться». Я.Ю. Попелянским разработаны теоретические, методологические и практические основы целого нового направления в науке и практике неврологии, которое получило название вертеброневрология. Им созданы Новокузнецкая и Казанская научные школы. Для своих учеников он всегда был не просто руководителем и учителем, но чутким и ласковым отцом. Его ученики - А.М. Прохорский, И.П. Кипервас, Е.С. Заславский, И.Р. Шмидт, З.Л. Бродская, Г.А. Иваничев, В.П. Веселовский, Ф.А. Хабиров, Л.А. Кадырова, З. Касванде и другие «дети» Я.Ю. Попелянского, уже сами стали создателями своих школ («внуки» Я.Ю. Попелянского).

Я.Ю. Попелянский в 1935 году поступил на лечебный факультет Первого Московского медицинского института, ныне Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова. Еще в период обучения в аспирантуре он завершает кандидатскую диссертацию на тему «Сравнительная клиническая характеристика дрожательного паралича и постэнцефалитического паркинсонизма». Уже тогда, в 1949 г., а также в последующих работах на основании клинико-физиологического анализа им устанавливается особая роль ретикулярной формации в зоне прохождения третьего вестибулярного нейрона. Выясняется, что эта зона, а не только бледный шар и черная субстанция, играет важную роль в проявлениях паркинсонизма, в частности в нарушениях бодрствования, психической активности, а также в формировании некоторых элементов децеребрационной ригидности. Основываясь на своих наблюдениях, Яков Юрьевич приводит клинические доказательства того, что дрожательный паралич - не мягко протекающий хронический энцефалит, как считалось в те времена, а дегенеративное заболевание мозга.

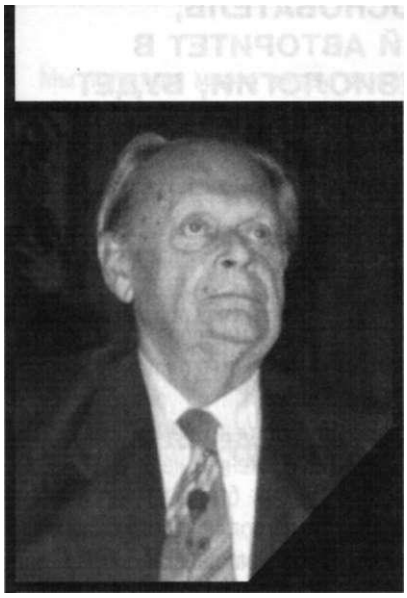
Вернувшись в 1955 г. в Москву, Я.Ю. Попелянский в условиях городской поликлиники Железнодорожного района сталкивается с множеством больных с радикулитами. Обобщая прежние разрозненные наблюдения и литературные данные зарубежных авторов, Я.Ю. Попелянский полностью посвящает себя изучению вертеброгенных механизмов так называемых шейно-грудных и пояснично-крестцовых радикулитов. На стыке этих медицинских дисциплин стала формироваться область, которая тогда еще не нашла своего окончательного названия (нейроортопедия? нейроостеофибрология?) и которая сегодня и практическим врачам и ученым известна как вертеброневрология. Особенно активно она внедряется в педагогическую и лечебную практику с 1957 года, когда Я.Ю. Попелянский переезжает в г. Новокузнецк вначале в качестве доцента, а затем заведующего кафедрой нервных болезней Новокузнецкого ГИДУВа.

Собранные в течение ряда лет материалы Я.Ю. Попелянский оформил в виде докторской диссертации, которую защитил в 1963 г. Они были опубликованы в 1966 г. в виде монографии «Шейный остеохондроз», которая сразу же стала медицинским бестселлером. В 1967 г. профессор Яков Юрьевич Попелянский переезжает в г. Казань, где возглавлял кафедру нервных болезней Казанского медицинского института и продолжает служить делу своей жизни. Яков Юрьевич был основоположником внедрения мануальной терапии при заболеваниях нервной системы и позвоночника. Благодаря творческим и личным связям с другим выдающимся знатоком позвоночника профессором Карелом Левитом, была организована командировка для освоения методов мануальной терапии в Прагу Г.А. Иваничева (1980 г.) и Л.Ф. Васильевой (1983). В последующем в нашей стране были проведены обучающие циклы для преподавателей мануальной терапии (Казань, Новокузнецк, Ленинград). Я.Ю.Попелянский принял самое активное участие в организации Всесоюзной (впоследствии Всероссийской) ассоциации мануальной терапии и её официального органа журнала «Мануальная терапия».

С момента появления прикладной кинезиологии в России Яков Юрьевич наряду с проф. Шмидт, проф. Барвинченко, проф. Веселовским заинтересовался её теоретическими основами, так как много лет посвящал изучению стриопаллидарной системы. Выступал с дискуссиями по вопросам прикладной кинезиологии, особенно после выхода лекций Изабеллы Рудольфовны Шмидт в журнале «Мануальная терапия» в 1995 г.

Я.Ю. Попелянский всегда поддерживал талантливых и неординарных учёных. Он сделал всё возможное, чтобы создать условия для работы М.Р. Могендовичу, возвратившемуся после ссылки в Казань.

По самым высоким меркам Я.Ю. Попелянский - один из крупнейших неврологов мира. Его уход из жизни - большая утрата для науки.



СМЕРТЬ УЧИТЕЛЯ

22 ноября 2002 года мы осиротели, потеряв учителя, талантливого организатора, великого ученого - профессора Владимира Янду.

Он родился 19.04.1928 г. Блестяще окончил медицинский университет, несмотря на тяжелый полиомиелит. Со студенческих лет Владимир Янда интересовался проблемами двигательной реабилитации пациентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата. По данной проблеме в 1952 г. он успешно защитил диссертацию. В 1965 г. он был избран 2-м профессором кафедры реабилитации Пражского института усовершенствования врачей. А с 1983 г. - её возглавил и работал на ней до последних лет. Автор более 150 статей и 15 монографий, всю свою научную деятельность он посвятил изучению проблем мышечно-скелетной медицины. Одним из первых он обратил внимание на роль функционально расслабленных мышц в генезе формирования мышечного и суставного дисбаланса. Результат его деятельности - разработана уникальная техника количественной оценки степеней формирования функциональной мышечной слабости. Его книга «Мануальное мышечное тестирование» выдержала более 10 изданий на различных языках: немецком, болгарском шведском. Впервые работу по тестированию 4 вариантов мышечной силы профессор В. Янда опубликовал в 1951 г. Он детально описал условия, необходимые для анализа оценки мышечного сокращения отдельной мышцы (исходное положение). Кроме того, он представил 4 варианта анализа функциональной мышечной слабости: 1-й вариант - тестирование силы мышцы в условиях изометрического мышечного сокращения против сопротивления руки исследователя; 2-й вариант - тестирование силы мышцы в условиях гравитационного отягощения; 3-й вариант - тестирование силы мышцы в условиях облегченного сокращения (помощь в выполнении движения со стороны врача); 4-й вариант - пальпаторный анализ сокращения мышц в положении лежа без выполнения движения. Для каждого варианта формирования функциональной слабости была предложена методика медицинской реабилитации.

Более удивительным была способность профессора В. Янды видеть в комбинации асимметрий мышечно-скелетной системы критерии формирования различных вариантов неоптимального дисбаланса. Им детально описаны варианты верхнеперекрещенного, нижнеперекрещенного, слоистого синдромов и варианты визуальной их диагностики. Благодаря его идеям в 1980-1990-х годах на кафедре неврологии Новокузнецкого ГИДУВа под руководством профессора О.Г. Когана была начата детальная разработка визуальных критериев неоптимальности статики и динамики при укорочении или расслаблении конкретной мышцы.

Впервые Россию проф. Янда посетил в 1991г. в составе делегации иностранных специалистов, приглашенных проф. Левитом для принятия участия в проведении международного семинара по мануальной терапии в России. Участники данного семинара представлены на фотографии, помещенной на 2-й странице журнала. Несмотря на свою болезнь, затрудняющую переезды, проф. Янда был одним из наиболее часто выезжающих преподавателей. Его уникальная способность к языкам позволяла ему без переводчика преподавать на английском, немецком, французском, итальянском и русском языках. Он проводил ежегодные семинары не только во всех странах Европы, но и совершал многочасовые перелёты в Австралию и Америку. В 1994 г. он провёл единственный семинар в России, в г. Новокузнецке. Этот семинар был посвящен проблемам функциональных сколиозов. В течение 6 дней специалисты из разных городов России смогли познакомиться и овладеть приёмами диагностики причин формирования разных вариантов функциональных сколиозов, а также техникой оценки 4 вариантов формирования мышечной слабости.

Профессор Янда сыграл большую роль и в моей судьбе лично. Когда в 1991 г. мы познакомились с идеями прикладной кинезиологии, многие проблемы мануальной терапии стали видеться в другом свете. Однако в тот период мануальная терапия находилась в зените славы. Возможности постизометрической релаксации укороченных мышц казались тогда чудодейственными, а лечебные медикаментозные блокады - панацеей от компрессионных синдромов. В этих условиях докторская диссертация на тему о патогенетической важности расслабленных мышц в генезе болевых мышечных синдромов казалась святотатством. Меня поддержал проф. О.Г. Коган, но он тогда уже был в Израиле. Поэтому согласие проф. Янды быть моим вторым руководителем было решающим факторов в выполнении данной работы. Он предоставил современную электромиографическую аппаратуру, своих сотрудников, своих пациентов для установления ЭМГ- критериев функциональной слабости мышц.

Невосполнимость потери оценивается только тогда, когда становится слишком поздно.

Но считается, что человек жив тогда, когда живы его идеи. Поэтому мы постараемся познакомить читателей с наиболее интересными статьями и исследованиями, сделанными проф. Яндой и его сотрудниками в области научного обоснования формирования функциональной слабости мышц, их диагностики и реабилитации.

Васильева Л.Ф.

ДОКТОР ДЖОРДЖ ГУДХАРТ, ОСНОВАТЕЛЬ, РАЗРАБОТЧИК И ПРИЗНАННЫЙ АВТОРИТЕТ В ОБЛАСТИ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ, БУДЕТ ЧЕСТВОВАТЬСЯ ПО СЛУЧАЮ СВОЕГО 85-ГО ДНЯ РОЖДЕНИЯ

Доктор Гудхарт родился в 1918 г. в Детройте. Доктор хиропрактики второго поколения. Он был кадетом авиации во время второй мировой войны и майором в 9-х Воздушных силах в Европе. Он достиг этого звания в возрасте 22 лет, став самым молодым майором. Он служил с 1941 по 1946 г. и находился в запасе Воздушных сил до 1956 г.

В 1939 г. д-р Гудхарт окончил Национальный колледж хиропрактики. Его выдающаяся карьера включает такие моменты, как позиции директора Национальной хиропрактической компании взаимного страхования, научного директора ICAK-U.S.A.

Неоценим его вклад в создание хиропрактических каталогов. Д-р Гудхарт являлся членом и избранным представителем штата Мичиган в Американской хиропрактической ассоциации и членом ученого общества Международного колледжа хиропрактики. Он получил многочисленные награды за исследования в области хиропрактики, включая сертификаты о заслугах от Логан и Палмер колледжей хиропрактики.

Он является автором многочисленных статей и книг по хиропрактической технике, выпущенных за более чем 40-летнюю деятельность.

В 1980 г. он был первым доктором хиропрактики, назначенным в Американский медицинский комитет олимпийского спорта на Игры на Озере Плэйсид.

Гудхарт читал лекции и преподавал в каждом из колледжей хиропрактики в Соединенных Штатах, так же, как и колледжах в Канаде, Японии, Австралии и Европе. Он читал лекции в Государственном медицинском колледже Уэйна и зубоврачебной школе Университета Питтсбурга.

В 1987 г. д-р Гудхарт был удостоен Премии имени Леонардо да Винчи от Института достижений человека.

В апреле 1988 г. доктор Гудхарт был выдвинут членами конгресса Соединенных Штатов на получение президентской медали Свободы - самая высокая гражданская награда, даруемая президентом от имени нации.

В 1998 г. он также был удостоен награды за личные заслуги Международной коллегией прикладной кинезиологии.

Энергичный лыжник и азартный игрок в теннис, в настоящее время он продолжает практику и живет в Гросс Пойнт Вудс, штат Мичиган, с женой ДжоАнн.

Присоединяйтесь к нам на празднование 85-го дня рождения д-ра Джорджа Гудхарта во время ежегодной встречи ICAK-U.S.A. с 26 по 29 июня 2003 г., которая состоится в Оак Брук Хиллс Резорт, Чикаго, штат Иллинойс.

Для дальнейшей информации обращаться в центральный офис ICAK-U.S.A.

6405 Metcalf Ave., Suite 503, Shawnee Mission, KS 66202,
телефон 913-384-5336, факс 913-384-5112,
email: ICAK@dci-kansascity.com.
:. Andria Dibbern, Membership Services, ICAK-U.S.A.

С д-ром Гудхартом мы познакомились заочно в 1991г., когда д-р Смит на первом семинаре детально рассказывал историю возникновения мышечного тестирования. В 60-х годах в Америке были широко известны работы Н.И. Бернштейна на англ. языке о вариантах формирования мышечного тонуса, работы В. Янды о вариантах формирования мышечной слабости, а также другие издания, посвященные тестированию мышечной силы. Однажды, при осмотре одного из пациентов, д-р Гудхарт выявил функциональную слабость широчайшей мышцы спины. Пытаясь анализировать причины возникшей слабости мышцы, доктор, автоматически пальпируя мышцу, выявил наличие триггерных точек в её сухожилии и размял их. При повторном тесте, совершенно неожиданно для себя, он установил исчезновение функциональной слабости. Обсудив данное явление с коллегами, доктор Гудхарт приступил к тщательному анализу различных структур в организме, изменение которых приводило к устранению функциональной слабости.

В 2000 году д-р Гудхарт посетил конгресс по прикладной кинезиологии в Москве, организованный вице-президентом МАПК Ведищевым А.А. В рамках конгресса был проведён 3-дневный семинар по теме: Последовательность диагностических и лечебных процедур в прикладной кинезиологии. Подробно были освещены особенности постуральной диагностики, оценки темпоросфеноидальной линии, тестированию патогенетически значимых мышц с использованием стресс-рецепторов головы и рук, особенностям тестирования мышц с учетом фаз дыхания, влияния краниальных деформаций аэробного и анаэробного тестирования, наличия фиксированной асимметрии длины ног и поиска причин её возникновения. При изложении материала поражала ясность мышления, работоспособность и эмоциональная подача материала. Во время семинара д-р Гудхарт неустанно повторял: «В прикладной кинезиологии ещё много неизученных феноменов. Мы ещё только в начале пути. Если вы выявили какое-то новое явление, необходимо повторить его у 100 пациентов и только после этого можно смело делиться находкой со своими коллегами. Критичность и строгость к повторному проведению своих исследований позволит вам быть уверенным в своей правоте».

Президент МАПК проф. Васильева Л.Ф.

ПИСЬМА ЧИТАТЕЛЕЙ

Мы получили много писем от наших коллег. В них много ценных пожеланий, критических замечаний, вопросов. Мы благодарим всех, кто откликнулся на выход первого номера и постараемся ответить на все интересующие Вас вопросы. На некоторые мы ответим в этой рубрике, для ответа на другие - будут заведены новые рубрики.

Редколлегия

Дорогие коллеги!

Я рад поздравить журнал «Прикладная кинезиология» с выходом в свет второго номера. Занимаясь много лет прикладной кинезиологией, я многократно убедился в ее эффективности как очень точного диагностического метода. Врач любой специальности, владеющий методом прикладной кинезиологии, значительно расширяет арсенал своих диагностических возможностей, а следовательно и показатели эффективности работы. Хотел бы пожелать журналу научного процветания, публикации статей высокого научного уровня, стать «локомотивом» продвижения прикладной кинезиологии во врачебном сообществе.

СО. Пилявский, прикладной кинезиолог, доктор остеопатии.

Санкт-Петербург

Дорогая редколлегия!

Поздравляю вас с выходом первого номера журнала «Прикладная кинезиология». Я его считаю одним из «ядерных» журналов по нашей профессии и надеюсь на его долгое существование. Я являюсь врачом ООО «Краевой центр хиропрактики», и меня интересуют в основном вопросы защиты врача и оказания самопомощи себе. Это особенно важно, когда стоишь на потоке. Через наш центр проходит около 100 пациентов. И очень важно уметь вовремя самому себе помочь. Хотелось бы, чтобы именно этот раздел был более освещен в журнале. Необходимо также, чтобы в журнале были опубликованы адреса, где можно было бы приобрести диагностические наборы, интернет-адреса, чтобы можно было быстро получить информацию.

В.Сергиенко, Краевой центр хиропрактики.

Владивосток

Уважаемые друзья!

Необходимо составление рубрики «Терминологический словарь», чтобы разобраться в терминологии, так как каждый специалист называет одни и те же состояния разными словами. И врачи просто не могут понять друг друга. Если выходит журнал с новым названием, то используются новые термины, не всегда понятные врачу общего профиля. Кроме того, очень бы хотелось, чтобы в вашем журнале была информация об эффективности лечебного массажа при его использовании в лечении пациентов. Прикладная кинезиология открывает совершенно новые грани для его дифференцированного использования врачами - прикладными кинезиологами. Необходимо включить дифференцированные методики массажных техник в обучение врачей.

Я. *Давидашвилли, врач частной практики.*

Израиль

Мне бы хотелось видеть в нашем журнале: обзоры литературы по отдельным темам из последних зарубежных журналов и сборников, подборки последней информации из сайтов в Интернете. Необходимы публикации в порядке дискуссии. Споры на страницах журналов - всегда живо и интересно. Клинические разборы интересных и ярких случаев из практики. Нужны рубрики типа «Домашний доктор». Приёмы самомассажа, первая помощь при болях, простые и доступные рекомендации по питанию, поведению.

Желательна страничка юмора (забавные рисунки, медицинские анекдоты). Конкурс «Творчество наших читателей» - стихи, рассказы, кроссворды и т.д. Юридическая консультация. Вести из регионов - например, где-то прошёл семинар написать о нём, из республик, ближнего зарубежья - как расширяется география метода, какие взаимоотношения складываются с официальной медициной, какие кабинеты открываются, письма врачей о своей практике.

О.В. Кузнецова, доцент кафедры МТРиН НГИДУВ, рефлексотерапевт,
прикладной кинезиолог с 10-летним стажем.
Новокузнецк

Ответ: уже в этом номере представлена информация о развитии прикладной кинезиологии в зарубежных странах, литературный обзор, приёмы самопомощи, В следующем номере планируется дискуссия А.А. Яричина, использующего адаптационные реакции для объяснения различных феноменов прикладной кинезиологии, с одним из авторов данной теории.

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ!
ТРЕБОВАНИЯ К МАТЕРИАЛАМ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫМ В РЕДАКЦИЮ

СТАТЬИ И ТЕКСТЫ

1. Рукопись присылается в двух экземплярах и сопровождается письмом с предложением и указанием необходимого назначения (раздела).

2. Тексты статей могут передаваться в электронном виде или должны быть напечатаны на принтере или пишущей машинке.

Требования к материалам, присланным в электронном виде.

а) Материалы предоставляются на дискете или CD-диске в программе WORD с расширением **.txt, .doc.**

б) К текстам, предоставляемым в редакцию на дискетах, необходимо приложить их распечатку в двух экземплярах.

в) К материалам, передаваемым по электронной почте, необходимо приложить сопроводительное письмо с указанием названия журнала и раздела в нем.

Требования к материалам, присланным в печатном виде.

а) Межстрочное расстояние в тексте 1,5 интервала, на листе 30 строк, в строке 60 знаков.

б) Весь текст статьи должен быть напечатан на бумаге формата А4 с одной стороны.

3. Статья будет опубликована при соблюдении всех требований к ее оформлению в ближайшем номере журнала. При отсутствии электронной версии возможна задержка публикации статьи из-за дополнительной технической обработки текста.

4. Вначале указывается название статьи (заглавными буквами); затем инициалы и фамилия автора (авторов); полное название учреждения, город, страна; в оригинальных статьях - краткое резюме на русском и английском языках (не более 0,5 страницы), «ключевые слова».

5. Объем оригинальной статьи не должен превышать 10 с, заметок из практики 5-6 с, обзоров и лекций - до 20 с. машинописного текста.

6. Статья должна быть подписана всеми авторами.

7. Обязательно указывается фамилия, имя, отчество автора, с которым редакция будет вести переговоры, его полный почтовый адрес, телефон и факс, если таковой имеется.

8. Статья должна быть написана четко, ясно, без длинного введения и повторений, тщательно выверена автором. Порядок изложения материала в оригинальной статье должен быть следующим: введение, материалы и методы, результаты исследования, обсуждения и выводы. В конце статьи должны быть изложены рекомендации о возможности использования материала работы в практическом здравоохранении или дальнейших научных исследованиях, Методика исследования, используемая аппаратура и статистические методы должны быть изложены четко, так, чтобы их легко можно было воспроизвести. Все единицы измерения даются по Международной системе единиц СИ.

9. При изложении методики ЛФК и массажа необходимо полно представить цели, задачи, показания и противопоказания, подробное описание приемов массажа, средств ЛФК, оборудования и инвентаря, схем занятий ЛГ и содержания комплексов упражнений, дозировки нагрузок, контроля за реакцией организма пациентов и оценки эффективности.

10. Сокращения слов (аббревиатуры) допускаются для повторяющихся в тексте ключевых выражений или для часто употребляемых медицинских терминов, при этом все сокращения должны быть сначала приведены в статье полностью; сокращений не должно быть много (не более 5-6), Специальные термины следует приводить в русской транскрипции.

11. Приводимые в тексте формулы расчетов, химические формулы визируются авторами на полях; за их правильность ответственность несет автор.

12. Таблицы (не более 2-3) и рисунки (не более 3-4) должны быть построены наглядно и иметь название; их заголовки должны точно соответствовать содержанию граф. Все цифры в таблицах должны быть тщательно выверены автором и соответствовать тексту статьи,

13. Список литературы (для оригинальной статьи 10-12 единиц) должен быть напечатан по алфавиту на отдельном листе, каждый источник с новой строки под порядковым номером. В списке перечисляются только те источники литературы, ссылки на которые приводятся в тексте. В списке приводятся фамилии авторов до трех.

При описании статей из журнала указывают в следующем порядке такие выходные данные: фамилия, инициалы автора, если их несколько, то первых трех, название источника, год, том, номер страницы (от и до). При описании статей из сборников указываются выходные данные: фамилия, инициалы автора или первых трех, название сборника, место издания, год издания, страницы (от и до),

За правильность приведенных в списке данных литературы ответственность несут авторы. Библиографические ссылки в тексте статьи даются в квадратных скобках с номерами в соответствии с пристатейным списком литературы. Фамилии иностранных авторов даются в оригинальной транскрипции.

14. Редакция имеет право сокращать и редактировать текст статьи, не искажая основного смысла. Если статья возвращается автору для доработки, исправлений или сокращений, то вместе с новым текстом автор должен возвратить и первоначальный текст.

ИЛЛЮСТРАЦИИ В ТЕКСТЫ. ЛОГОТИПЫ. ФОТОГРАФИИ

1. Фотографии для публикации принимаются в виде оригиналов фотографий или в виде качественных изображений, отпечатанных типографским способом.

2. В случае, когда материалы передаются в электронном виде по электронной почте или на дискетах, убедительная просьба не помещать графические файлы в текстовые документы, а пересылать или записывать на дискеты и CD-диски отдельно со следующими параметрами:

.tif (без сжатия, 300 dpi),

.eps, .jpg (показатель качества не ниже 8),

.cdr (CorelDraw шрифты в кривых!!! Не более 1000 узлов в кривой), ,ai.
Необходимо приложить распечатку передаваемых файлов!

При желании использовать строго определенный цвет в рекламе - давать раскладку CMYK либо номер в библиотеке Pantone Process.

3. Рисунки должны быть четкими. На обороте каждой иллюстрации простым карандашом ставится номер рисунка, фамиия автора и пометка «верх», «низ».

4. Подписи к рисункам (легенды) делаются на отдельном листе с указанием номера рисунка; в подписи приводится объяснение значений всех кривых, букв, цифр и других условных обозначений.

В случае предоставления заказчиком готового макета рекламы, материалы предоставляются в формате **.tif** (без сжатия, с разрешением 300 dpi, CMYK).

Просим авторов присылать свои фотографии для публикации их вместе со статьей. А тех авторов, которым не исполнилось 36 лет, просим в письмах указывать свой возраст для участия в ежегодном конкурсе лучших работ молодых специалистов.

Рукописи авторам не возвращаются.

При несоблюдении вышеизложенных требований к материалам редакция за качество публикации ответственности не несет.

При перепечатке ссылка на журнал обязательна.

Мнение редакции не всегда совпадает с мнением авторов.

Редколлегия

Статьи направлять по адресу: 129090, г. Москва, пер. Васнецова, Д. 2, под. 1
Реабилитационный центр. Редакция журнала «ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ».
Тел./ф.: (095) 755-61-45, 784-70-01.
E-mail: info@aconit.ru

ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ

Вышли в свет профессиональные научно-практические журналы «ЛФК и МАССАЖ. ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И МАССАЖ», «РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ», «НАТУРОТЕРАПИЯ и ГОМЕОПАТИЯ», «ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ», «ТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА», «ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ», предназначенные для специалистов по лечебной физкультуре и спортивной медицине, массажу и рефлексотерапии, гомеопатии и натуротерапии, а также для медицинских работников других специальностей, педагогов, психологов, специалистов, занимающихся научно-техническими проблемами, работников социальной сферы.

Вместе с тем журналы открыты для широкого круга читателей, которые смогут найти в них рекомендации по применению методов лечебной физкультуры, массажа, рефлексотерапии, гомеопатии и натуротерапии в целях само- и взаимопомощи.

ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ПО ОБЪЕДИНЕННОМУ КАТАЛОГУ АГЕНТСТВА ПЕЧАТИ И РОЗНИЦЫ «ПРЕССА РОССИИ» НА 2003 ГОД

«ЛФК И МАССАЖ. ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И МАССАЖ»
На I и II полугодие 2003 года
Для индивидуальных подписчиков..... **44018**
Для предприятий и организаций..... **44019**
(периодичность: 3 номера в полугодие)

«РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ»
На I и II полугодие 2003 года
Для индивидуальных подписчиков..... **44026**
Для предприятий и организаций..... **44027**
(периодичность: 2 номера в полугодие)

«НАТУРОТЕРАПИЯ и ГОМЕОПАТИЯ»
На I и II полугодие 2003 года
Для индивидуальных подписчиков..... **45768**
Для предприятий и организаций..... **45769**
(периодичность: 2 номера в полугодие)

«ТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА»
На II полугодие 2003 года
Для индивидуальных подписчиков..... **82497**
Для предприятий и организаций..... **82498**
*(периодичность: **1** номер в полугодие)*

«ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ»
На II полугодие 2003 года
Для индивидуальных подписчиков..... **82495**
Для предприятий и организаций..... **82496**
*(периодичность: **1** номер в полугодие)*

«ДЕТСКАЯ и ПОДРОСТКОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»
На II полугодие 2003 года
Для индивидуальных подписчиков..... **82493**
Для предприятий и организаций..... **82494**
*(периодичность: **1** номер в полугодие)*

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ПО КАТАЛОГУ «РОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КАТАЛОГ» НА 2003 ГОД

«ЛФК И МАССАЖ. ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И МАССАЖ»
На I и II полугодие 2003 года
Для индивидуальных подписчиков..... **КМ3119**
Для предприятий и организаций..... **КМ3120**
(периодичность: 3 номера в полугодие)

«РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ»
На I и II полугодие 2003 года
Для индивидуальных подписчиков..... **КМ3127**
Для предприятий и организаций..... **КМ3128**
(периодичность: 2 номера в полугодие)

«НАТУРОТЕРАПИЯ и ГОМЕОПАТИЯ»
На I и II полугодие 2003 года
Для индивидуальных подписчиков..... **КМ3123**
Для предприятий и организаций..... **КМ3124**
(периодичность: 2 номера в полугодие)

«ТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА»
На II полугодие 2003 года
Для индивидуальных подписчиков..... **КМ3231**
Для предприятий и организаций..... **КМ3232**
*(периодичность: **1** номер в полугодие)*

«ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ»
На II полугодие 2003 года
Для индивидуальных подписчиков..... **КМ3229**
Для предприятий и организаций..... **КМ3230**
*(периодичность: **1** номер в полугодие)*

«ДЕТСКАЯ и ПОДРОСТКОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»
На II полугодие 2003 года
Для индивидуальных подписчиков..... **КМ3233**
Для предприятий и организаций..... **КМ3234**
*(периодичность: **1** номер в полугодие)*

По вопросам подписки обращаться в редакцию по тел./ф.: (095) 755-61-45, 784-70-01.

РАСЦЕНКИ НА РАЗМЕЩЕНИЕ РЕКЛАМЫ В ЖУРНАЛЕ «ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ»

РАСЦЕНКИ НА РАЗМЕЩЕНИЕ РЕКЛАМЫ В ЖУРНАЛЕ (В У.Е.). ВКЛЮЧАЯ НДС

Размер блока, доля полосы	Черно-белый вариант	Стоимость в цветном исполнении			Размер (мм)
		1-я полоса обложки	2-я и 3-я полосы обложки	4-я полоса обложки	
	80	-	-	-	84x58
1/4	135	-	200	-	84x123
1/2	210	-	350	415	174x123
1	315	700	660	730	174x 250

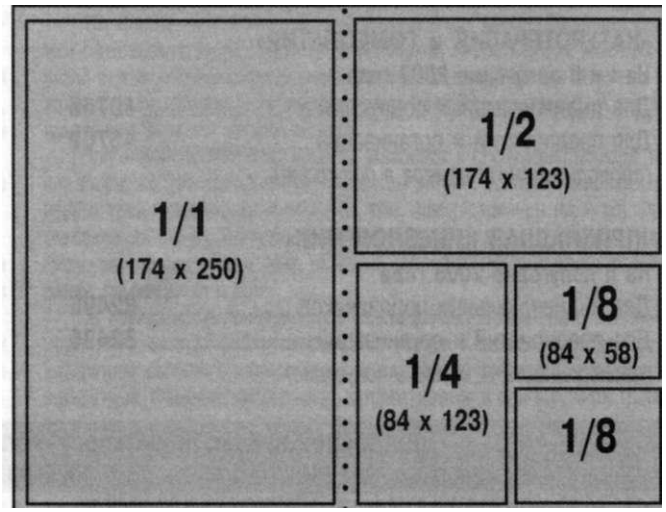
РЕКЛАМНЫЕ СТАТЬИ

Стоимость рекламной статьи при объеме 1 полосы составляет **250 у.е.**
Стоимость рекламной статьи при объеме более 1 полосы составляет **230 у.е.** за каждую полосу.

ПРИМЕЧАНИЕ:

Стоимость услуг указана в условных единицах (у.е.), 1 у.е. = 1 доллар США по курсу ММВБ в рублях на день покупки + 1%.

По вопросам размещения рекламы в журнале обращаться в редакцию по тел./ф.: (095) 755-61-45, 784-70-01.



Директор по издательству Грибов А.А.
Заместитель директора Алмаев Н.Т.

Корректоры Купряшина Л.С.
Плюшкина И.Ф.

Дизайн и верстка ООО «ДеКо дизайн»

Президент Общероссийского общественного фонда
«Социальное развитие России» д.м.н., профессор, академик РАЕН
Фарид Анасович Юнусов

Свидетельство о регистрации средства массовой информации Минпечати РФ ПИ № 77-12749 от 31 мая 2002 г.
Лицензия на издательскую деятельность Минпечати РФ ИД № 05368 от 12 июля 2001 г.
Тираж 2000 экз. Отпечатано в ООО «Компания «АСТЭКС». Заказ № 83/2. Цена свободная.

Производственная фирма "Аконит-М"

Комбинированный медицинский тренажер "МАНУПЕД" для восстановления функций верхних и нижних конечностей

- *при инсультах*
- *при заболеваниях суставов конечностей*
- *при состояниях после травм конечностей*
- *при заболеваниях, сопровождающихся мышечной слабостью и расстройствами координации движения*

"МАНУПЕД" обеспечивает двигательную активизацию верхних (нижних) конечностей за счет движений нижних (верхних) конечностей

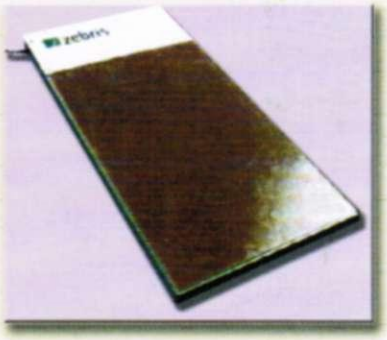
"МАНУПЕД" адаптируется с учетом особенностей нарушений пациента

"МАНУПЕД" позволяет регулировать нагрузку и производить количественную оценку выполняемых движений

129090, г. Москва, пер. Васнецова, 2
Тел.: (095) 284-71-15, 284-72-97. Факс: (095) 755-61-44.
Http://www.aconit.ru E-mail: info@aconit.ru

Производственная фирма "Аконит-М"

Комплект экспресс-диагностики состояния опорно-двигательного аппарата



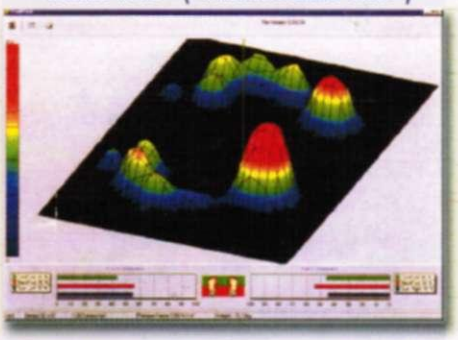
1. Диагностико-коррекционная платформа

- анализ распределения давления под стопами в положении стоя и при ходьбе
- определение и анализ центра давления
- оптимизация выбора индивидуальных ортопедических средств (стельки, супинаторы, обувь и др.)
- тренировка по принципу биологической обратной связи

Измерительная система распределения плантарной нагрузки основывается на оценке показателей 1504 сенсорных датчиков, расположенных в виде матрицы на поверхности измерения 32x47 см.

Предусмотрены три диагностические программы:

"Static Test" ("Статический тест")



- статистическое определение плантарной нагрузки на правую и левую ноги и распределение нагрузок между передней и задней частями стопы.
Оценка величины нагрузки проводится по цветной шкале.

"Dynamic Test" ("Динамический тест")

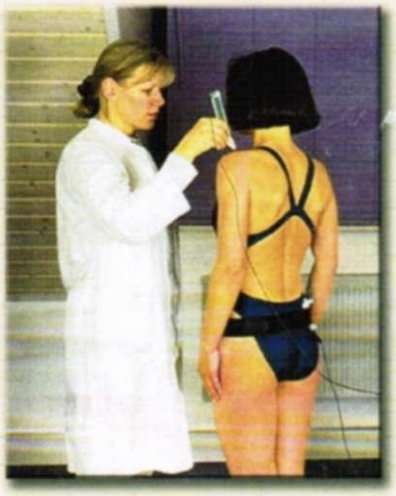
- определение плантарной нагрузки при движении. Для проведения сравнительного анализа запись можно проводить в обуви и босиком, справа и слева с одновременным изображением всех измерений на экране.
Воспроизведение записи предоставляются в цветной 2- или 3-мерной картинке вместе с линией движения и сило-временной диаграммой.

"Balance" ("Баланс")

- анализ равновесия. Автоматическая обработка данных о центре давления (ЦД) во время исследования:
- положение центра давления по осям X и Y
- длина пути центра давления за время исследования
- стандартное отклонение амплитуды ЦД по осям X и Y
- суммарное перемещение ЦД за время исследования в форме эллипса
- ширина, высота, площадь, угол и направление вращения нарисованного эллипса.

Зарегистрированные измерения сохраняются в банке данных и по желанию могут распечатываться или экспортироваться для обработки другими программами.
Платформа может использоваться с целью тренировки равновесия по принципу биологической обратной связи. Программа "Freedback Training" предлагает три различных тренировочных игровых варианта:
"Load FreedBack" ("Перемещение центра нагрузки")
"Dart Game" ("Игра-Дартс")
"Breakout Game" ("Игровая площадь")

2. Диагностический комплекс статико-динамических функций позвоночника



Предназначен для использования в неврологии, мануальной, терапии, ортопедии, травматологии, протезировании, реабилитации, физиотерапии, ЛФК, спортивной медицине, фитнесе.
Позволяет регистрировать и анализировать пространственную конфигурацию позвоночника, плечевого и тазового пояса в статике и динамике.

3. Определитель перекоса таза
4. Угломер пластмассовый
5. Угломер пальцевый
6. Подоскоп
7. Измеритель кожной складки (калипер)
8. Набор текстовых подкладок для определения разницы длины ног
9. Визуальный диагностический щит с отвесом и ростомером
10. Весы с оценкой жировой массы
11. Цифровая фотокамера

Наш адрес: 129090, г. Москва, пер. Васнецова, 2. Тел.: (095) 284-71-15, 284-72-97. Факс: (095) 755-61-44.
Http://www.aconit.ru, E-mail: info@aconit.ru. Проезд до станции метро: "Цветной бульвар", "Сухаревская", "Проспект Мира".