2003
№ 2 (3)

ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ

научно-практический журнал

Основателю Прикладной Кинезиологии G. Goodhearth (USA)

85 лет

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЗ РФ
МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ
НЕМЕЦКО-РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ И ФИЗИОТЕРАПИИ
ОБЩЕРОССИЙСКИЙ ОБЩЕСТВЕННЫЙ ФОНД "СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ РОССИИ"

I ШКОЛА ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В РОССИИ

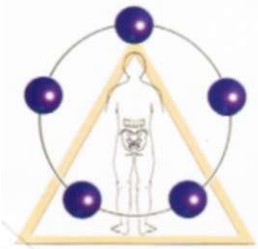
Существование прикладной кинезиологии начались с 1990 г. с приезда Josef Shafer в составе американских хиропрактиков в Москву в институт курортологии физиотерапии.

Его блестящее выступление, филигранное владение техникой мышечного тестирования, визуальной диагностикой расслабленных мышц поразило мануальных врачей, которые в тот период использовали преимущественно манипуляции на суставах и техники расслабления и растяжения укороченных мышц. С этого периода, благодаря активности проф. Когана О.Г. и проф. Васильевой Л.Ф., началось триумфальное шествие д-ра Shafer и его коллег по России.

За последующие 13 лет было проведено более 25 семинаров в 12 городах России. За этот период выросла плеяда преподавателей прикладной кинезиологии в России, создана школа прикладной кинезиологии. С 1993 г. начались на кафедрах институтов усовершенствования врачей в рамках курсов по мануальной терапии 2,5 месячные (9-ти недельные) циклы по прикладной кинезиологии. Обучение включало: овладение основами мануальной терапии в сочетании с биомеханикой спиралевидного движения, мышечным тестированием, кранио-сакральной, висцеральной терапией, коррекцией эмоционального и канально-меридианного дисбаланса, проводились ежедневные клинические разборы больных с позиций прикладной кинезиологии.

Перед Вами 35 участников одного из первых семинаров по прикладной кинезиологии. Врачи только этого выпуска защитили 2 кандидатские диссертации: доц. Михайлов А.М., доц. Атрощенко Н.Н. Многие стали сотрудниками кафедр (доцент Михайлов А.М., ассистент Лерман В.Б.). Многие интенсивно занимаются научно-исследовательской работой и их статьи вы можете прочитать в журнале «Прикладная кинезиология». Это врачи частной практики Павлов П.П. (Иркутск), Фёдоров А.Н. (Томск), Шашков И.В. (Иркутск). Третьи сами взялись за перевод книги Шелдона и неврологическое осмысление феноменов прикладной кинезиологии (Бочагов В.Н., Кемерово).

Спустя 10 лет усложнилась программа обучения прикладной кинезиологи, в связи с чем обучение стало прерывистым: по 3-5–10 дней в течение 2 лет. Наши специалисты обучают врачей по прикладной кинезиологии не только в России но и во всех странах Балтии, в Германии, в США (Сиэтл), Израиле.



Однако по-прежнему не утрачивается актуальность привлечения к обучению российских специалистов иностранных коллег, стоящих у истоков развития данного направления, не только потому что шлифование техники прикладной кинезиологии необходимо проходить у тех, кто более 40 лет занимается этой проблемой, но и потому, что взаимообучение – оптимальный путь консолидации российских и европейских знаний, а также их интеграции в практику на качественно более высоком уровне.

«ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ»

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Учредитель и издатель -
ОБЩЕРОССИЙСКИЙ ОБЩЕСТВЕННЫЙ ФОНД
«СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ РОССИИ»

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Васильева Л.Ф., 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), г. Москва

ЗАМ. ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Шмидт И.Р., доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой неврологии ГИДУВа, почетный президент межрегионального филиала ПК, г. Новокузнецк

Бобко Я.Н., доктор мед. наук, профессор кафедры реабилитации педиатрической академии, президент филиала ассоциации ПК, г. Санкт-Петербург

Беляев А.И.,доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой реабилитации ВМИ, г. Владивосток

Чеченин А.Г., доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой неврологии, мануальной терапии и иглорефлексотерапии, г. Новокузнецк

Чернышова Т.Н., канд. мед. наук, директор частнопрактикующего центра «Манус», президент Приморского филиала межрегиональной ассоциации ПК, г. Владивосток

Михайлов А.М., канд. мед. наук, доцент кафедры неврологии, мануальной терапии и иглорефлексотерапии, президент филиала ассоциации ПК, г. Новокузнецк

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Вереземская Г.Д., 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

Карпеев А.А., генеральный директор Федерального научного клинико-экспериментального центра традиционных методов диагностики и терапии

Юнусов Ф.А., доктор мед. наук, профессор, академик РАЕН, ректор Российской академии медико-социальной реабилитации, г. Москва

Тимофеева Е.Д., доктор мед. наук, профессор, директор частнопрактикующего центра, президент филиала межрегиональной ассоциации ПК, г. Екатеринбург

Субботин СП., главный врач хозрасчетного санатория «Ува», президент филиала межрегиональной ассоциации ПК, Удмуртия

Дуванская О.Е., директор частнопрактикующего центра, президент Байкальского филиала межрегиональной ассоциации ПК, г. Ангарск

Коршунов А.И., директор частнопрактикующего центра, президент филиала межрегиональной ассоциации ПК, г. Красноярск

Крамер Г.М., врач частнопрактикующего центра, президент филиала межрегиональной ассоциации ПК, г. Новосибирск

Федоров А.И., врач частнопрактикующего центра, президент филиала межрегиональной ассоциации ПК, г. Томск

Ульихин А.В., 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

МОСКВА

2003

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

ОСНОВЫ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ (ОКОНЧАНИЕ)
И.Р. Шмидт 4

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ АКТИВАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ
Т.С. Кузьменко 11

ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ТЕОРИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ
А.А. Яричин 14

О СОПОСТАВЛЕНИИ ДАННЫХ ПРАКТИЧЕСКОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ С ТЕОРИЕЙ АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ
Т.С. Кузьменко 16

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРИ ПОМОЩИ МЕТОДА ЭХОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ
А.Н. Федоров 18

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СТАТЬИ А.Н. ФЕДОРОВА «ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРИ ПОМОЩИ МЕТОДА ЭХОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ»
Л.Ф. Васильева 21

КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИЯ КАК МЕТОД ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ВЕГЕТАТИВНОГО ДИСБАЛАНСА У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ ПРИМИТИВНЫХ РЕФЛЕКСОВ
Н.А. Шаров, В.Л. Крашенинников 22

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В РАЗЛИЧНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ

ТЕРАПИЯ

ВЛИЯНИЕ ДИСФУНКЦИИ ГРУДОБРЮШНОЙ ДИАФРАГМЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ КАРДИАЛГИИ И ВЕРХНЕ-АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА «НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА»
А.М. Михайлов, О.В. Кузнецова, А.Г. Чеченин, В.Б. Лерман, Д.Е. Варенков 25

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕКТИНА «ЗОСТЕРИН-УЛЬТРА» ПРИ НЕКОТОРЫХ ФОРМАХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ
И.Г. Бондаренко, С.О. Пилявский 28

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ОПИСТОРХОЗА
В.Б. Лерман, Д.Е. Варенков, А.М. Михайлов 30

ДИАГНОСТИКА ГЕЛИКОБАКТЕРИОЗА МЕТОДОМ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ
Л.И. Назаренко 32

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАНАРИЦИЯМИ (ВЫБОР АКТУАЛЬНЫХ ТОЧЕК С ПОМОЩЬЮ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ)
П.П. Павлов, П.Е. Крайнюков 34

CONTENTS

ARTICLES

FUNDAMENTALS OF APPLIED KINESIOLGY (ENDING)
I.R. Schmidt

WHAT IS ACTIVATION MEDICINE?
T.S. Kuzmenko

APPLIED KINESIOLOGY IN TERMS OF NONSPECIFIC ADAPTATION REACTIONS THEORY
A.A. Yarichin

ON THE COMPARISON OF DATA RELATING TO APPLIED KINESIOLOGY AND ADAPTATION REACTIONS
T.S. Kuzmenko

OBJECTIVIZATION OF THERAPY LOCALIZATION TECHNIQUES WITH THE HELP OF ECHOENCEPHALOGRAPHY METHODS
A.N. Fyodorov

DISCUSSION OF THE ARTICLE BY A.N. FYODOROV "OBJECTIVIZATION OF APPLIED KINESIOLOGY DIAGNOSTIC METHODS"
L.F. Vasilyeva

CARDIO INTERVALOGRAPHY AS AN OBJECTIVIZATION METHOD OF VEGETATIVE IMBALANCE IN PATIENTS WITH PATHOLOGICAL PRIMITIVE REFLEXES ACTIVITY
N.A. Sharov, V.L. Krasheninnikov

APPLICATION OF APPLIED KINESIOLOGY IN VARIOUS AREAS

THERAPY

IMPACT OF THORACOABDOMINAL DIAPHRAGM ON THE FORMATION OF CARDIALGIAS AND UPPER ABDOMINAL SYNDROME OF "UNCLEAR GENESIS"
A.M. Mikhailov, O.V. Kuznetsova, A.G. Chechenin, V.B. Lerman, D.E. Varenkov

EFFECTIVENESS OF "ZOSTERIN ULTRA" PECTIN IN SOME TYPES OF THERAPY LOCALIZATION
G. Bondarenko, S.O. Pilyavsky

NEW TRENDS IN TREATING OPISTHORCHIASIS
V.B. Lerman, D.E. Varenkov, A. M. Mikhailov

DIAGNOSTICS OF HELICOBACTERIOSIS WITH THE HELP OF APPLIED KINESIOLOGY METHOD
L.I. Nazarenko

REFLEXOTHERAP^

REFLEXOTHERAPY IN PATBfTS WTH PANARITIUM WITH APPLE) KINESIOLOGY
P.P. Pavlov, PJL *ЖаящЛт*

ПУЛЬСОВАЯ ДИАГНОСТИКА В ЗОНЕ ЦУНЬ-КОУ, АДАПТИРОВАННАЯ ПОСРЕДСТВОМ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИИ, КАК ДОСТУПНЫЙ СПОСОБ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ТОЧКИ АКУПУНКТУРЫ
И.Ш. Ахтямов 35

PULSE DIAGNOSTICS IN THE TSUN-COE ZONE ADOPTED BY MEANS OF APPLIED KINESIOLGY- A EFFECTIVE MEANS OF AFFECTING ACUPUNCTURE POINTS
I.Sh. Akhtyamov

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА

THERAPEUTIC PHYSICAL TRAINING

ВОЗМОЖНОСТИ АКТИВАЦИИ ВИСЦЕРОМОТОРНЫХ РЕФЛЕКСОВ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ
Л.С. Жарова 41

POSSIBILITIES OF ACTIVATING VISCEROMOTOR REFLEXES IN PATIENTS WITH VISCERAL ORGANS DYSFUNCTIONS WITH THE HELP OF THERAPEUTIC PHYSICAL TRAINING
L.S. Zharova

СТРАНИЧКА ЧЛЕНА АССОЦИАЦИИ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF APPLIED KINESIOLOGY

ПЛАН РАБОТЫ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ (МАПК) ФИЛИАЛА ICAK 45

ПРАВИЛА ВСТУПЛЕНИЯ В АССОЦИАЦИЮ МАПК 46

У С Т А В (ПРОДОЛЖЕНИЕ) 47

ОТЧЕТ О ЗАСЕДАНИИ СОВЕТА МЕЖДУНАРОДНОГО КОЛЛЕДЖА ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В США
Т.Н. Чернышева 48

РЕШЕНИЕ IX КОНГРЕССА ПО ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ
Г.Д. Вереземская 50

CHARTER (ENDING)
RULES FOR JOINING THE ASSOCIATION

MEMBERSHIP IN THE INTERREGIONAL ASSOCIATION

CHARTER OF THE INTERREGIONAL ASSOCIATION

REPORT ON THE INTERNATIONAL COLLEGE OF APPLIED KINESIOLOGY MEETING IN THE USA
T.N. Chernyshova

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

LITERATURE REVIEW

О РЕФЛЕКТОРНЫХ ВЛИЯНИЯХ С ЖЕЛУДКА НА СКЕЛЕТНУЮ МУСКУЛАТУРУ ПРИ ВИБРАЦИОННОМ РАЗДРАЖЕНИИ
В.П. Рюмин 52

ON REFLEX IMPACT OF STOMACH ON SKELETAL MUSCULATURE DURING VIBRATIONAL STIMULATION
V.P. Ryumin

ВРАЧУ-КУРСАНТУ

TO A PHYSICIAN- TRAINEE

ШКОЛА ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ ПРИГЛАШАЕТ В 2004 Г. 55

АССОЦИАЦИЯ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ ЛАТВИИ
Ольга Ивановска 56

ASSOCIATION OF APPLIED KINESIOLOGY IN LATVIA
O. Ivanovska

ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

TO A PRACTICING PHYSICIAN

ДИСФУНКЦИЯ ГРУДОБРЮШНОЙ ДИАФРАГМЫ ВРАЧА. САМОДИАГНОСТИКА, САМОКОРРЕКЦИЯ
Л.Ф. Васильева 57

PHYSICIAN'S THORACOABDOMINAL DIAPHRAGM DYSFUNCTION. SELF-DIAGNOSTICS, SELF -CORRECTION
L.F. Vasilyeva

РЕКЛАМНАЯ ИНФОРМАЦИЯ 61

ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ 63

INFORMATION ON SUBSCRIPTION

РАСЦЕНКИ НА РАЗМЕЩЕНИЕ РЕКЛАМЫ В ЖУРНАЛЕ «ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ» 64

ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

ОСНОВЫ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

И.Р. Шмидт

Новокузнецкий институт усовершенствования врачей

ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ ДИСБАЛАНСА В СОСТАВЛЯЮЩИХ ТРИАДЫ ЗДОРОВЬЯ

Синдромы дисфункции структурной составляющей

1. Мышечные синдромы: синдром нарушения аэробной и анаэробной функций мышц; локальные мышечные синдромы - гипотония, гипертония, миофасциальные триггерные точки (МФТТ), миофасциальное спаяние, реактивные мышечные паттерны (РМП).
2. Дисфункция позвоночника: фиксация, сублюксация, имбрикация.
3. Дисфункция таза: категория 1,2,3; фиксация подвздошной кости (ПВК) с одной или двух сторон; фиксация крестца; гипермобильность крестца; наружная и внутренняя ротация подвздошной кости; дисфункция лобкового симфиза; копчика; дыхательные дисфункции крестца и копчика.
4. Сублюксация суставов конечностей.
5. Краниальные дисфункции - сфенобазилярного симфиза, швов черепа, височно-нижнечелюстного сустава, другие.
6. Дисфункция ОДА внутренних органов - связочного аппарата, диафрагмы, илеоцекального клапана, другие.
7. Рефлекторные синдромы, связанные с 5 факторами межпозвонкового отверстия.

Синдромы дисфункции химической составляющей

1. Дисфункции внутренних органов.
2. Дисфункции желез внутренней секреции.
3. Дисфункции гипоталамуса.
4. Нарушения обмена нейромедиаторов.
5. Нарушения метаболизма жиров, белков и углеводов.
6. Нарушение окислительных и восстановительных процессов в клетках.
7. Нарушения ионного баланса.
8. Другие.

Синдромы дисфункции психической составляющей

1. Синдромы эмоционального возбуждения (гиперреакция) или депрессии (гипореакция).
2. Психологическая реверсия (эмоциональный саботаж, психологическая дезорганизация).
3. Следствия эмоционального стресса: диафрагма и эмоции; эмоции и энергетический дисбаланс в канально-меридианную систему; эмоции и другие органы и области тела.

При рассмотрении дисфункций в любой стороне триады необходимо учитывать возможный дисбаланс в системе текущего времени.

В данной лекции будет начато рассмотрение дисбаланса в структурной составляющей, которая включает опорно-двигательную систему скелета и внутренних органов.

Последовательность диагностики дисбаланса в структурной составляющей зависит от результатов анализа позы и тестирования мышц с исследованием 5 факторов межпозвонкового отверстия.

Мышечные синдромы

Мышечная дисфункция может быть не только опосредованной, но и связанной с собственными аппаратами самой мышцы. Среди этиологических факторов ведущее место принадлежит травме, перенапряжению, перерастяжению, перетруживанию, особенно с использованием большой силы, например в экстремальных ситуациях, когда человек может развить непривычное для себя усилие. Развитие дисфункции во многом обеспечивается выбросом во время стресса адреналина, который особенно сильно действует на рецепторы Гольджи, реагирующие в норме на сокращение мышцы. В итоге может развиться один из 4 вариантов мышечных дисфункций: гипотония, гипертония, МФТТ, миофасциальное спаяние.

Прежде чем оценивать состояние мышцы, целесообразно определить аэробное и анаэробное обеспечение функции мышц. В зависимости от характера выполняемой в данный момент работы необходимо преимущественно аэробное или анаэробное обеспечение.

В табл. 3 приведены характеристики мышц и их работы, требующей аэробного или анаэробного обеспечения, а также методика тестирования, анализ результатов и вещества, необходимые для обеспечения соответствующего вида деятельности.

Синдромы гипотонии и гипертонии мышцы

При выявлении гипертоничности мышцы нужно дифференцировать локальную гипертоничность нейромышечного происхождения и гиперреактивность, связанную с дисбалансом в КМС. Поэтому важно всегда в начале любого исследования исследовать состояние точки «текущего времени» и провести коррекцию, если имеется дисбаланс циркуляции энергии в пределах большого круга циркуляции энергии [21].

Для исключения гиперреактивности мышцы, как указывалось выше, наиболее быстрыми методиками являются:

1) ТЛ в области точки акупунктуры К-27(R-27);
2) использование розового спектра Бекера-Миллера (pink Baker-Miller). Нормотоничная мышца при этом остается сильной, а гиперреактивная слабеет [18].

Для понимания генеза и принципов терапии нейрогенных

*** Окончание, начало статьи смотрите в № 1 (1) 2002 и № 1 (2) 2003.**

Таблица3

Характеристика аэробной и анаэробной функции мышц и нарушений обеспечения этих функций

Характеристики	Аэробные	Анаэробные
Волокна	Красные	Белые
Движения	Медленные, менее точные	Быстрые, точные
Бег	Стайер	Спринтер
По длительности функции	Длительная в течение всего дня	Прерывистая
Биомеханическая роль	Обеспечение силы, стабилизация	Обеспечение скорости
Аспект сокращения	Количественный	Качественный
Провокация 8-10 движений: ходьба, бег на месте, сгибание бедра (можно сидя, используя сгибатели бедра как мышцу-индикатор)	Медленные движения, меньше 1 -го раза в секунду	Быстрые движения, больше 1 -го раза в секунду
Оценка теста: 1) сильная мышца-индикатор 2) слабая мышца	1) при избыточности слабеет 2) при недостаточности становится сильной	1) при избыточности слабеет 2) при недостаточности становится сильной
Химическое обеспечение	Натрий, жирные кислоты, железо	Калий, глюкоза, витамин В-5
Химическая провокация выше-перечисленными веществами	Тестируется слабая мышца, определяются вещества, которые ее усиливают, а затем они же используются для коррекции (поддержка питанием)	
Коррекция	Упражнения	
	Поддержка питанием	

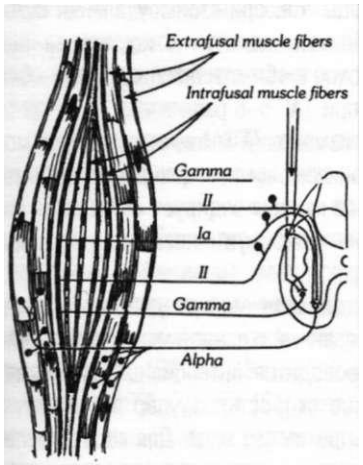


Рис. 1.
Клетки нейромышечных веретён.
(Цит. по D.S. Walter, 1988)

локальных мышечных синдромов необходим экскурс в нейрофизиологию. Работа мышцы регулируется, как известно, сегментарным аппаратом спинного мозга на основе альфа-гамма-сопряжения и полисегментар-ными спинальными рефлексами, обеспечивающими реципрокное торможение [1, 3, 4, 7, 8]. Мышечно-сухожильный рецепторный аппарат, реагирующий на изменение длины и напряжение мышцы в процессе ее растяжения и сокращения, представлен мышечными веретенами (рис. 1) и аппаратом Гольджи (рис. 2).

Растяжение мышцы приводит к ее удлинению и небольшому изменению напряжения. Сокращение мышцы сопровождается ее напряжением. При этом длина мышцы либо не изменяется (изометрическое сокращение), либо изменяется (изотоническое сокращение), укорачиваясь при концентрическом и удлиняясь при эксцентрическом сокращении. Однако вначале при изометрическом сокращении возникает очень короткая фаза расслабления, а затем небольшое укорочение за счет растяжимости упругого компонента мышцы.

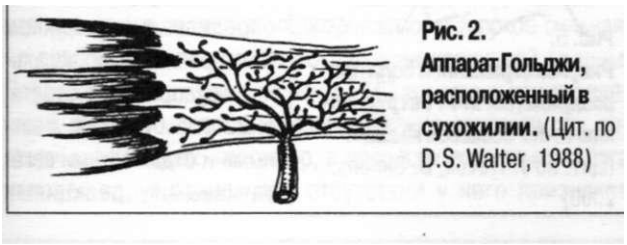


Рис. 2.
Аппарат Гольджи, расположенный в сухожилии. (Цит. по D.S. Walter, 1988)

Мышечные веретена (интрафузальные волокна) соединены с экстрафузальными волокнами параллельно, поэтому при сокращении происходит их разгрузка и прекращение импульсации [8]. Рецепторы Гольджи, локализующиеся в сухожилиях мышцы, соединены с экстрафузальными волокнами последовательно, при сокращении они растягиваются (растягивающая нагрузка), что приводит к раздражению окончаний В (рецепторы аппарата Гольджи) и возникновению импульсации [7]. И мышечные веретена, и рецепторы Гольджи реагируют на растяжение, но отличаются величиной порога. В итоге мышечные веретена стимулируют (фацилитация) синергисты и подавляют (ингибиция) антагонисты - это рефлекс на растяжение (стрэч-рефлекс). Аппарат Гольджи ингибирует напряженную мышцу - рефлекс на сокращение.

При выявлении слабости той или иной мышцы, особенно если она сопровождается болью, утомляемостью и другими признаками дискомфорта, проводится ТЛ с мышцы с исследованием индикаторной мышцы. Затем для решения вопроса о том, является ли причиной слабости и сенсорно-альгических проявлений гипотония или локальная гипертония, проводится провокация при помощи «техники мышечных веретен» (ТМВ) и «техники аппарата Гольджи» (ТАГ).

Техника мышечных веретен (рис. 3) заключается в сведении (сближении) или разведении (растяжении) мышечных волокон в области брюшка мышцы двумя пальцами, расположенными приблизительно на расстоянии 5-10 см друг от друга, давление довольно мягкое, примерно 5 раз. Давление пальцами нам мышечное брюшко в направлении сближения

концов нейромышечных веретен приводит к формированию функциональной слабости мышцы (рис. 3А). Давление пальцами на мышечное брюшко в направлении 'взаимоудаления концов мышечных веретен (рис. 3Б) устраняет функциональную слабость, вызванную проведением предварительного теста (рис. 3А).

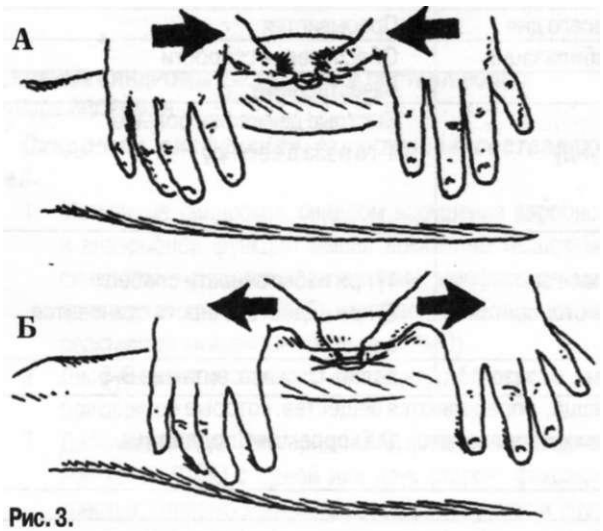


Рис. 3.
Техника мышечных веретён. (Цит. по D.S. Walter, 1988)
А. Давление пальцами на мышечное брюшко в направлении сближения концов нейромышечных веретён приводит к формированию функциональной слабости мышцы.
Б. Давление пальцами на мышечное брюшко в направлении взаимоудаления концов мышечных веретён устраняет функциональную слабость, вызванную проведением предварительного теста. (Описание приведено в тексте)

Техника аппарата Гольджи заключается в сведении (сближении) или разведении (растяжении) двумя пальцами тканей над аппаратом Гольджи, расположенным в области сухожилий мышцы приблизительно, давление довольно мягкое, примерно 5 раз. Давление пальцами на ткани, расположенные над сухожильным аппаратом Гольджи в направлении сближения концов мышцы, приводит к устранению функциональной слабости (рис. 4А). Давление пальцами на ткани, расположенные над сухожильным аппаратом Гольджи в направлении взаимоудаления концов мышцы, приводит у функциональной слабости (рис. 4Б).

Таким образом,

- при синдроме гипотонии:

ТМВ усиливает слабость при сведении брюшка и восстанавливает силу при разведении. ТАГ, наоборот, усиливает мышцу при сближении сухожилий и расслабляет при их взаимоудалении. Соответственно этому при синдроме гипотонии коррекция осуществляется тем приемом, который вызвал усиление мышцы и восстановление ее тонуса, повторением его 6-7 раз при использовании ТМВ и 5-6 раз - при использовании ТАГ;

- при синдроме гипертонии.

ТМВ уменьшает тонус при сближении брюшка (нормальная мышца при этой процедуре на 10 сек. ослабевает), рас-

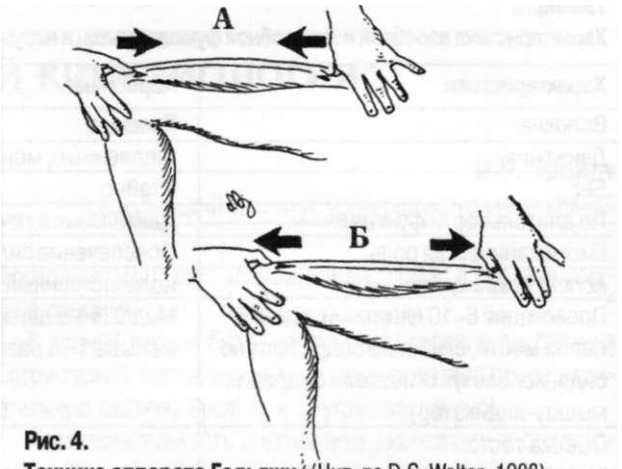


Рис. 4.
Техника аппарата Гольджи (Цит. по D.S. Walter, 1988)
А. Давление пальцами на ткани, расположенные над сухожильным аппаратом Гольджи в направлении сближения концов мышцы, приводит к устранению функциональной слабости.
Б. Давление пальцами на ткани, расположенные над сухожильным аппаратом Гольджи в направлении взаимоудаления концов мышцы, приводит к функциональной слабости.

тяжение - усиливает гипертонус. ТАГ - мышца расслабляется при растяжении всей мышцы, т.е. при взаимоудалении сухожилий. Коррекция проводится аналогично исследованию: сближение мышечных волокон в области брюшка (ТМВ) - 6-7 раз, удаление сухожилий при ТАГ 5-6 раз.

Коррекция локальных изменений мышечного тонуса может проводиться также при помощи кольцевидного магнита: северный полюс на брюшке мышцы седирует ее, снимая гипертонию, южный полюс - тонизирует, повышая тонус при гипотонии.

На тонус мышцы оказывает влияние и воздействие на точки акупунктуры и канал, связанный с данной мышцей. Так, для коррекции гипертонуса проводится интенсивное постукивание по СЕ-пункту канала со скоростью 1 удар в секунду, а также вдоль всего канала против его хода. Для восстановления тонуса проводится постукивание по ходу канала от первой до последней его точки.

Миофасциальные триггерные точки (МФТТ)

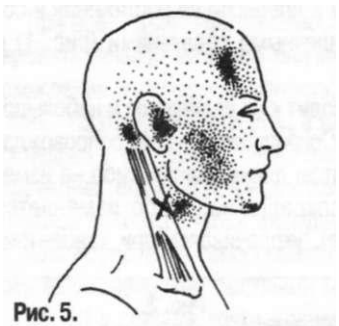


Рис. 5.
Рисунок отражённой боли при раздражении МФТТ в грудино-ключично-сосковой мышце.
(Цит. по J. Trevell, D. Simons, 2000)

В прикладной кинезиологии выделяют два типа МФТТ.

1. МФТТ, описанные Тревелл и Саймонсом [5]. Они характеризуются возникновением при давлении (кинестезическая стимуляция) иррадиации боли с определенным рисунком (паттерном боли), локального судорожного ответа, симптомом прыжка, местными и отдаленными вегетативными реакциями

(рис. 5). При давлении в течение минуты боль усиливается, а затем уменьшается. Мышца с МФТТ ослаблена, что защищает ее от перегрузки при попытке максимального сокращения, которого она не развивает, реагируя болью и слабостью при предъявлении повышенных для этой мышцы требований.

В процессе диагностики в ослабленной мышце пальпируется МФТТ, определяются ее характеристики, проводится тест на терапевтическую локализацию (ТЛ) с МФТТ. Об актуальности обнаруженной МФТТ свидетельствует усиление слабой мышцы при ТЛ с триггера.

Коррекция: вначале врач придает такое положение конечности или региону туловища, отделу позвоночника, чтобы добиться минимальной болезненности мышцы и МФТТ. В этом положении проводится мягкое прерывистое надавливание в течение 30 сек., затем мышца возвращается врачом в нормальное положение против небольшого ее сопротивления для активизации антагониста. Эта техника весьма эффективна при сильной боли.

2. Хронические МФТТ, описанные остеопатом Jones [10]. Эти ТТ выявляются у больных, у которых мышца, сильная при тестировании в ее среднем физиологическом положении, становится слабой при попытке максимального ее сокращения, несмотря на проведенную коррекцию всех видов дисбаланса (МФТТ 1-го типа, фасциальное спаяние, ТМВ и ТАГ, воздействие на все рефлексы, ассоциированные с данной мышцей). При пальпаторном исследовании обнаруживается триггерная зона, боль при давлении на которую нарастает в течение всего времени давления.

Для устранения МФТТ этого типа необходимо использование специальной техники, названной L.M. Jones «strain and counterstrain» - напряжение и противонапряжение [Jones L.M.,1981,10]. Процедура strain and counterstrain включает 2 этапа: 1-й - сближение мест прикрепления мышцы с МФТТ (для этого используются ротация, флексия или экстензия в соответствующем двигательном сегменте), это положение удерживается 180 сек. (3 мин.); 2-й - прерывистое надавливание на МФТТ. Гудхарт [21] предлагает после придания положения одновременно растягивать мышечные веретена, что сокращает время процедуры, иногда до 30 сек.

Реактивные мышечные паттерны (РМП) возникают как следствие дискоординации во взаимодействии мышц, участвующих в отдельном двигательном акте. При этом в РМП могут входить как синергисты, так и антагонисты мышцы - источника синдрома РМП, это могут быть также стабилизаторы (фиксаторы) соответствующего двигательного акта. Обычно речь идет о мышцах, оппозитно расположенных относительно сустава.

В РМП различают первичную и реактивную мышцы (табл. 4). Первичная мышца находится в состоянии гипертонуса, а взаимосвязанная с ней в двигательном акте реактивная мышца (ее называют «подозреваемой») в покое сильная, но слабеет при повторном сокращении первичной мышцы. Подозрение о наличии у пациента РМП возникает при выявлении в анамнезе жалобы на возникновение слабости при повторных движениях, например, в процессе нормального бега человек вдруг падает при отсутствии у него признаков пареза.

Табл. 4. Реактивные мышечные паттерны

Adductors	Psoas, tensor fascia lata
Biceps	Upper Trapezius, Triceps
Diaphragm	Psoas
Gastrocnemius	Quadriceps
Gastrocnemius (lateral head)	Popliteus, Upper Trapezius
Gluteus Maximus	Sacrospinalis, Pectoralis Clavicular
Gluteus Medius	Opposite Rectus abdominus
Hamstring	Opposite Latissimus Dorsi
Hamstring(lateral head)	Popliteus,
Latissimus Dorsi	Upper Trapezius
Neck Flexor	Opposite Psoas
Pectoralis Clavicular	Gluteus Maximus
Pectoralis Minor	Serratus anterior, Deltoid, Sacrospinalis
PeroneusTertius	tensor fascia lata
Popliteus	Gastrocnemius (lateral head)
Piforimis	Opposite Splenius Capitu
Psoas	Diaphragm,opposite anterior neck flexor
Quadriceps Rectus	Rectus abdominus, Sartorius,
Abdominus Rectus	Gastrocnemius, Hamstnnj
Abdominus(I)	Opposite Gluteus medius, Neck flexors, neck extensors
Rhomboids	Deltoid, Serratus Anterior,
Sacrospinalis	Supraspinalis Abdominal - Transversalis, Hamstrings
Sartorius Serraiys Anterior	Tibialis Anterior, Quadriceps Romboid, Pectoralis Minor
SplemusCapitus	Upposite Piforimis
Supraspinatus	Rhomboid, Pectoralis Minor
Tensor Fascia Lata	Adductors, PeroneusTt.
Tibialis Anterior	Sartorius
Transversalis	Sacrospinalis
Trapezius, Upper	Contralateral Upper Trapezius
Latissimus Dorsi	Biceps
Triceps	Biceps

В результате нарушения в системе взаимодействующих мышц изменяется поза, а с ней и основная локомоция - ходьба, что влечет за собой дуральную торзию и краниосакральные проблемы.

Диагностика РМП: тестируется «подозреваемая» мышца, которая в покое оказывается сильной. Затем проводится двигательная нагрузка на реактивную мышцу или группу мышц, после чего вновь быстро исследуется «подозреваемая мышца», которая при наличии РМП слабеет. Лечение проводится техникой мышечных веретен с их растяжением 6-7 раз в первичной мышце, после чего проводится повторное тестирование. Возможно, будет необходимым назначение поддержки кальцием (из сырой телячьей кости).

Синдром миофасциального спаяния чаще всего развивается в связи с геморрагией и спайками после травм и перегрузок. Если после восстановления тонуса мышцы и устранения миофасциапьных триггеров она все же остается слабой и болезненной, причина может быть в миофасциальном спаянии. При этом вся мышца при пальпации болезненна и слабеет в ответ на быстрое или медленное растяжение мышцы с отделением ее от фасции. Наиболее часто этот вид дисфункции развивается в грудино-ключично-сосковой, жевательных, грудных, средней ягодичной мышцах.

Для коррекции кожа над мышцей обильно смазывается кремом или посыпается тальком (пудрой) для уменьшения болезненности процедуры, большим пальцем врач достаточно интенсивно разглаживает мышцу от начала к концу или наоборот в течение нескольких минут. Возможно применение рольфинг-массажа без крема, а по нашим наблюдениям, более эффективна и безболезненна техника миофасциального расслабления. Полезна и стимуляция точек нейрососудистых и нейролимфатических рефлексов.

Повторное тестирование выявляет восстановление силы мышцы и ее безболезненность. Если ручного воздействия недостаточно, проводится тестирование для решения вопроса о необходимой химической поддержке, чаще всего при помощи витамина В-12 в сочетании с экстрактами желудка и печени. Генерализованная фасциальная патология, о чем свидетельствует боль при пальпации мышц в любой части тела, может быть следствием недостатка фолиевой кислоты, что должно быть учтено в программе коррекции.

Завершая изложение мышечных синдромов с позиций прикладной кинезиологии, приводим наиболее типичный алгоритм диагностики локальной мышечной слабости: 1. Оценка позы. 2. Определение слабой мышцы. 3. Исследование пяти факторов межпозвонкового отверстия и коррекция выявленных нарушений. 4. Если мышца осталась слабой, определяется аэробное и анаэробное обеспечение ее деятельности, проводится тестирование мышечных веретен и аппарата Гольджи, мест прикрепления мышцы к костным выступам. 5. Исследование МФТТ 1 -го и 2-го типа. 6. Исследование фасций. 7. Исследование реактивных мышечных паттернов. 8. Исследование рефлексов ходьбы.

На каждом этапе проводится коррекция выявленных дисфункций и повторное тестирование силы мышцы. Алгоритм может изменяться в зависимости от найденных изменений и индивидуального опыта врача.

Основные дисфункции в суставах позвоночных двигательных сегментов представлены сублюксацией, имбрикацией и фиксацией.

Учитывая различия в терминологии, принятой в разных школах и в разных странах, остановимся на некоторых понятиях, важных для понимания мышечных ассоциаций и методов их коррекции. При этом в данной лекции мы воздержимся от критики понятийного аппарата ПКЗ и от попытки его адаптации к более принятым у нас терминам [2,6].

Термин ***сублюксация*** был введен в обиход хиропрактиками и подразумевает нарушение взаиморасположения элементов дугоотростчатого (фасетного) сустава без их смещения. Это нарушение зафиксировано в результате напряжения сегментарных мышц позвоночного двигательного сегмента (ПДС) (m. intrinsink), в основном ротаторов. При сублюксации создаются условия для включения 5 факторов межпозвонкового отверстия и развития ряда клинических эффектов. В первую очередь развивается гипотония и слабость ассоциированных мышц на стороне сублюксации.

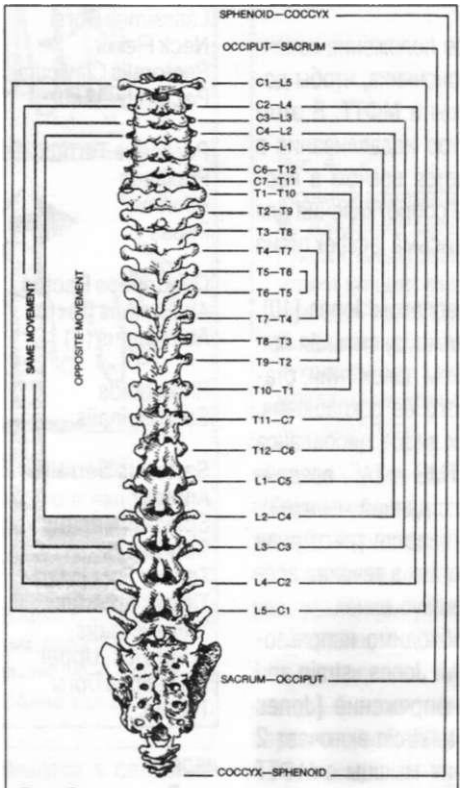


Рис. 6.
Правило братье Ловетт, согласно которому сублюксация в верхних ПДС сопряжена с сублюксацией в нижних ПДС, постепенно сближаясь. При этом в сопряжении первых трех шейных позвонков с тремя нижними поясничными сублюксация развивается на одной стороне, а в остальных парах – на разноименных. (Цит. по D.S. Walter, 1988)

Анализируя слабость мышцы, возникшую в связи с сублюксацией, следует учитывать также т.н. правило сводных братьев (Lovett), согласно которому сублюксация в верхних ПДС сопряжена с сублюксацией в нижних ПДС, постепенно сближаясь: C-I с L-V; C-H с L-IV; C-III с L-III; C-IV с L-II; C-V с L-I; C-VI с Th-XII; C-VII с Th-XI; Th-I с Th-X; Th-II с Th-IX; Th-III с Th-VIII; Th-IV с Th-VII; Th-V с Th-VI (рис.6).

При этом в сопряжении первых трех шейных позвонков с тремя нижними поясничными сублюксация развивается на одной стороне, а в остальных парах - на разноименных.

Выявлены, кроме того, сопряженные дисфункции следующих сочленений: затылочная кость - крестец, основная кость - копчик, височная кость - безымянная кость, затылочно-сосцевидный шов - крестцово-подвздошное сочленение, грудино-ключичное сочленение - грудино-мечевидное сочленение. Обращает на себя внимание тот факт, что ассоциации мышц отмечаются лишь при сублюксации начиная с шейно-грудного перехода, что прикладные кинезиологи объясняют отсутствием в шейных корешках вегетативных постганглионарных волокон, которым придается основное значение в реализации связей между позвонком и ассоциированными с ним мышцами. Однако этот вопрос, особенно при сопоставлении с правилом Ловетт, требует дальнейшего изучения и должен быть отнесен к числу спорных и нерешенных вопросов прикладной кинезиологии.

Диагностика сублюксации включает:

1) анализ позы, который позволит заподозрить, какие мышцы ослаблены;
2) исследование ассоциированных мышц;
3) пальпация остистых отростков с установлением их положения;
4) терапевтическая локализация с области остистого отростка, положение которого изменено, однако нельзя устанавливать палец на место болезненных при пальпации тканей;

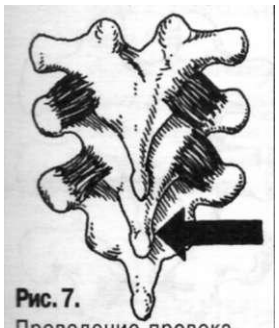


Рис. 7.
Проведение провокации для выявления направления сублюксации позвонка путем смещения остистого отростка в разных направлениях. (Цит. по D.S. Walter, 1988)

5) провокация путем смещения остистого отростка (рис. 7) в разных направлениях силой 2 кг и проверка в течение следующих 5 сек. реакции индикаторной сильной мышцы и ассоциированной ослабленной: при смещении в одном из направлений индикаторная мышца слабеет, а ослабленная - становится сильной. Опыт показал, что индикаторная мышца становится слабой при смещении в направлении, противоположном положению позвонка в исходном положении. Это объясняется своеобразным механизмом отдачи (ребаунд), так как в момент смещения мышцы растягиваются, а затем вновь сокращаются и возвращают позвонок в прежнее патологическое положение в еще большей степени;

6) определение направления, смещение в которое вызывает особенно значительное ослабление индикатора;

7) определение фазы дыхания, во время которой мышца-индикатор остается сильной и после провокации.

После диагностики сразу же проводится коррекция путем шестикратного повторного смещения остистого отростка в направлении наибольшего ослабления индикатора и на положительной фазе дыхания. Имеется ряд технических особенностей коррекции сублюксации на разных уровнях (например, на грудном уровне давление можно оказывать на дугоотростчатые суставы). В процессе лечения сублюксации обязательна диагностика и коррекция механизмов ходьбы, иначе сублюксация будет рецидивировать.

В качестве разновидности сублюксации выделяется соматическая дисфункция, получившая название ***имбрикация,*** характеризующаяся видимым на рентгенограмме смещением элементов межпозвонкового сустава, их сближением, соскальзыванием и сужением межпозвонкового отверстия. Объективизация диагноза достигается при помощи косых спондилограмм (рис. 8). Имбрикация может быть одно- или двухсторонней.

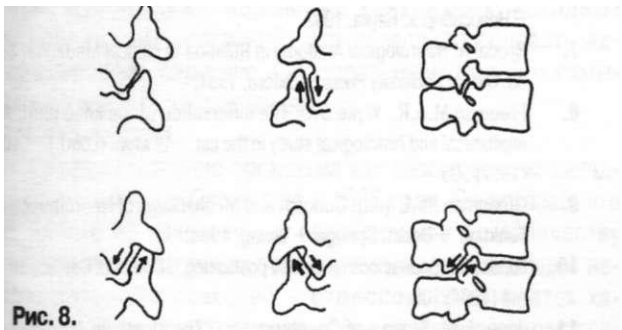


Рис. 8.
Имбрикация, характеризующаяся видимым на рентгенограмме смещением элементов межпозвонкового сустава, их сближением, соскальзыванием и сужением межпозвонкового отверстия. Объективизация диагноза достигается при помощи косых спондилограмм. (Цит. по D.S. Walter, 1988)

Длительно существующая имбрикация может быть причиной эрозии в межсуставной части позвонка и межпозвонкового артроза. Она чаще развивается в области физиологических лордозов. Особенно часто выявляется имбрикация в области поясничного лордоза, так как на него падает большая гравитационная нагрузка. В грудном отделе имбрикация наблюдается редко благодаря имеющемуся в нем кифозу.

Обычно имбрикация возникает в связи с постуральными нагрузками в виде длительного сохранения гиперлордоза или гиперэкстензии (например, у танцоров и гимнастов), может развиваться и внезапно по травматическому механизму (например, прыжок с высоты и приземление на одну ногу). Способствует развитию имбрикации и дистрофический процесс в межпозвонковом диске, поэтому она часто сочетается с патологией диска, проявляющейся характерной клинической картиной компрессии корешков, люмбоишиалгии или цервикобрахиалгии в зависимости от уровня поражения [2, 6].

Терапевтическая локализация проводится на уровне измененного сустава в области остистых отростков обоих позвонков, образующих измененный сустав.

Провокация, проводимая как при обычной сублюксации, оказывается отрицательной. Поэтому провокация осуществляется разделением суставных фасеток при помощи тракции за одну или обе ноги при поясничной локализации (рис. 9), одну или обе руки - при шейной (рис. 10). При этом фасетки вначале разъединяются, а затем возникает феномен отдачи в направлении сублюксации и мышца-индикатор слабеет. Затем определяется фаза дыхания, которая нивелирует ослабление мышцы-индикатора после провокации.

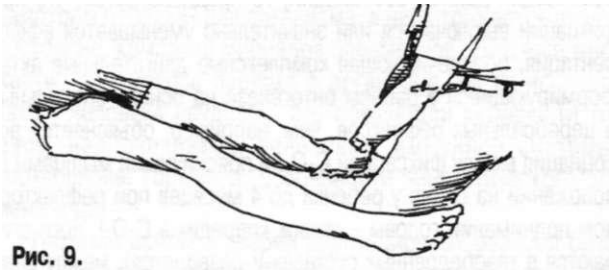


Рис. 9.
Провокация поясничной локализации имбрикации осуществляется разделением суставных фасеток при помощи тракции за одну или обе ноги. (Цит. по D.S. Walter, 1988)

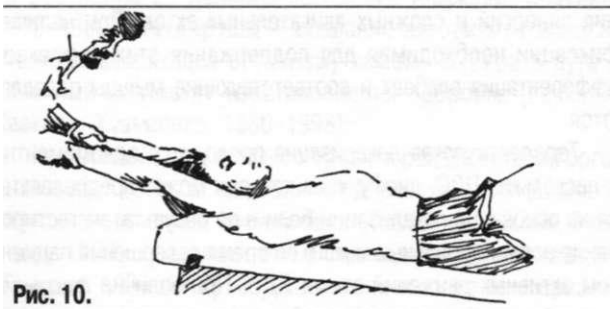


Рис. 10.
Провокация шейной локализации имбрикации осуществляется разделением суставных фасеток при помощи тракции за одну или обе руки. (Цит. по D.S. Walter, 1988)

Коррекция при имбрикации: стабилизация позвонков выше уровня имбрикации с повторными (6 раз) тракциями по оси (силой примерно 3 кг) в направлении открытия фасеток во время положительной фазы дыхания.

Поскольку попытка коррекции имбрикации может ухудшать состояние больного, вначале следует лечить патологию диска, а лишь затем - имбрикацию. При наличии клиники корешковой компрессии, люмбоишиалгии или цервикобрахиапгии для диагностики патологии диска терапевтическая локализация проводится на остистых отростках пораженного ПДС, а провокация - движениями в направлении флексии, экстензии и латерофлексии с установлением положения, в котором индикаторная мышца слабеет, а ассоциированная - становится сильной. Коррекция проводится при помощи тракции с одной стороны в позе, вызвавшей наибольшее ослабление индикаторной мышцы, в положительную фазу дыхания. При этом важно, чтобы непораженные ПДС были фиксированы. Использование дистракции согнутого тазобедренного сустава в положении на столе и лечение патологии диска часто приводит к одновременной коррекции имбрикации. При наличии дистрофического поражения диска рекомендуется назначение поддержки питанием пищевой добавкой S.O.D. Manganese (Diskzym) для улучшения трофики и метаболизма в диске.

Термин ***фиксация*** обозначает мышечный блок (напряжение преимущественно многораздельных мышц), фиксирующий один или несколько ПДС в положении ротации с ограничением нормального движения. Фиксация не видна ни на обзорных, ни на функциональных спондилограммах (схема).

Диагностике фиксации способствует анализ позы и исследование ассоциированных мышц, которые ослабляются с двух сторон. Что касается механизмов и рефлекторных путей реализации данных ассоциаций, то предполагается, что при фиксации выключается или значительно уменьшается афферентация, обеспечивающая комплексные двигательные акты, формирующиеся в раннем онтогенезе на основе спинальных и церебральных рефлексов, чем, например, объясняется ассоциация между фиксацией С-О-1 и поясничными мышцами (в положении на спине у ребенка до 4 месяцев при рефлекторном поднимании головы - «кивок кпереди» в С-О-1, ноги сгибаются в тазобедренных суставах и разводятся), между фиксацией С-I-III и большими ягодичными мышцами (в положении на животе ребенок рефлекторно поднимает голову и «брыкает» ножками). Эти рефлексы по мере развития человека затормаживаются, однако сохраняют значение для обеспечения синергии и сложных двигательных актов. При наличии фиксации необходимая для поддержания этих рефлексов афферентация слабеет и соответствующие мышцы подавляются.

Терапевтическая локализация проводится одномоментно с нескольких ПДС, дисфункция которых может предполагаться на основании локализации боли и по результатам тестирования ассоциированных мышц, во время совершения пациентом активных движений этими ПДС. При наличии фиксации сильная мышца-индикатор слабеет, а ассоциированные усиливаются. Смещением остистых и поперечных отростков устанавливается степень сопротивления с одной и другой стороны, что позволяет установить направление фиксированной ротации.

Провокация осуществляется смещением поперечных отростков смежных позвонков коротким толчком силой примерно 2 кг в разных направлениях, для поиска того, которое наиболее значимо влияет на силу мышц, при этом нижний позвонок фиксируется, а верхний смещается (рис. 11).

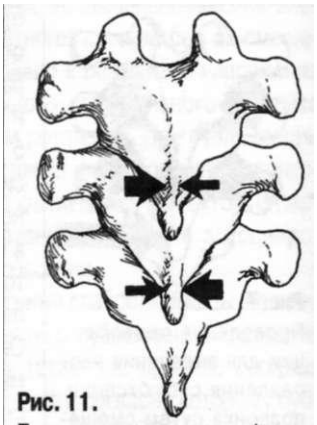


Рис. 11. Проведение провокации фиксации осуществляется смещением поперечных отростков коротким толчком в разных направлениях. (Цит. по D.S. Walter, 1988)

Коррекция выполняется аналогично провокации в установленном наиболее значимом направлении на благоприятной фазе дыхания, при фиксации - это чаще выдох. Фиксация может устраняться также манипуляцией или любым другим суставным приемом мануальной терапии, в том числе с использованием мышечно-энергетической техники.

Дисфункции отдельных частей структурной составляющей имеют важное значение в происхождении общего дисбаланса в триаде здоровья. Среди них рассмотренные в данной лекции дисфункции позвоночника играют важную роль. Не менее существенны дисфункции таза и черепа, которым будут посвящены специальные лекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гранит Р. Основы регуляции движений / Пер. с англ. - М.: Мир, 1973.
2. Коган О.Г., Шмидт И.Р., Толстокорое А.А. и др. Теоретические основы реабилитации при остеохондрозе позвоночника. - Новосибирск: Наука, 1983.
3. Робэнеску Н. Нейромоторное перевоспитание / Пер. с румынск. - Бухарест, 1972.
4. Руководство по кинезотерапии / Ред. Л. Бонев и др. - София: Медицина и физкультура, 1978.
5. Тревелл Дж.Г, СимонсД.Г. Миофасциальныеболи. - М.: Медицина, 1989.-Т. 1,2.
6. Шмидт И.Р. Остеохондроз позвоночника. Этиология и профилактика. - Новосибирск: Наука, 1992.
7. Brodal A. Neurological Anatomy in Relation to clinical Medicine, 3rd ed. Oxford University Press. - Oxford, 1981.
8. Freeman M.A.R., Wyke B.D. The innervation of the knee joint. An anatomical and histological study in the cat. - J. anat. (Lond.). - 101 (1967)505.
9. Greenman Ph.E. (ed): Concept and Mechanisms of Neuromuscular Funktion. - Berlin: Springer-Verlag, 1984.
10. Jones LM. Spontaneos release by positioning // Doctor of Ostheopathy. -4(1964)109.
11. Jones L. M. Strain and Counterstrain // The American Academy of Osteopathy. - Colorado Springs, 1981.
12. Palmer D.D. The Science, Art and Philosophy of Chiropractic, 1910. - [Цит. по: Walter D.S.].
13. Shafer J., Smith Ch. Applied Kinesiology Seminars Europe. Introduction to the Stomatognatic System. - Novokuznetsk, 1991.

14. Shafer J., Smith Ch. Applied Kinesiology Seminars Europe-Module 2. - Sochi, 1993.
15. Shafer J. Applied Kinesiology. - Module 1,3,7 - 1994.
16. Shafer J. Applied Kinesiology - Module 1,3,7. - 1994/
17. Shafer J. Прикладная кинезиология. Диагностика и коррекция дисфункций структурной составляющей / Пер. с англ. - Дания, 1995.
18. Smith Cti.R.A. The Physiological Effect of Using Baker Miller to Detect Muscle Hyperreactivity //1 st Annual Conference Moscow. - 8 TH and 9 TH April, 1995.-P. 94-96.
19. Sutherland W.G. The Cranial Baul. - [Цит. по: Walter D.S. (20)].
20. Walter D.S. Applied Kinesiology. - V.2.- Colorado: SDS, 1983.
21. Walter D.S. Applied Kinesiology. Synopsis.- Colorado: SDS, 1988.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ АКТИВАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

Т.С. Кузьменко
Федеральный клинико-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и терапии Минздрава РФ (г. Москва)

Активационная терапия - нормализация общего неспецифического фона посредством использования индивидуально подобранных схем малых доз адаптогенов, или физиопроцедур, или любых других воздействий, назначенных индивидуально с учетом типа исходного состояния, тренировка такого-то «этажа», или активация такого-то «этажа» и т.д.

Результат - общее оздоровление и обучение организма справляться собственными силами с отклонениями в различных системах; постепенно, по мере отпадания надобности, происходит отмена общепринятых лечебных средств.

Действие активационной терапии основано на том, что организм человека или животного как целое в каждый момент времени находится в одном из состояний: тренировка, спокойная активация, повышенная активация, переактивация или стресс одного из «этажей» Периодической системы физиологических состояний. Каждому из состояний присущ свой комплекс показателей на всех иерархических уровнях организма - от молекулярного до психического. Эти показатели изучены за 20 лет в нескольких институтах и клиниках, выявлена закономерность их комплексного появления при каждом данном состоянии. Теоретически найдены и затем подтверждены на практике способы достижения нормы из конкретных исходных патологических состояний. Это позволило основать ***активационную терапию*** - оздоровление людей с самыми различными заболеваниями.

НЕМНОГО ИСТОРИИ

Первое состояние организма как целого открыл канадский ученый Ганс Селье еще в 1936 году. Он показал, что на любые по качеству, но сверхсильные по количеству раздражители организм реагирует стандартной общей неспецифической реакцией - **стрессом.** Развивается характерный комплекс изменений (лимфопения, иммунодепрессия, язвы на слизистых ЖКТ, повышение содержания глюкокортикоидов при резком снижении минералкортикоидов, прекращение выделения половых гормонов и т.д.) вне зависимости от того, каким химическим, физическим или психическим фактором вызвано нарушение. Далее стрессом стали считать любую реакцию на любой раздражитель. Забыли тот факт, что стресс - состояние крайне неблагоприятное, ведущее к гибели и развивающееся только при действии опасных для жизни ***(по силе)*** раздражителей.

Активационная медицина появилась благодаря открытию общих неспецифических адаптационных реакций организма - тренировки и активации [1]. Затем Л.Х. Гаркави и Е.Б. Квакина классифицировали все возможные физиологические состояния организма в Периодическую систему и таким образом построили теорию адаптационных реакций [2]. Гаркави еще в начале 1970-х годов показала, что легче всего определить состояние по анализу крови. Разработаны специальные критерии, связанные с лейкоцитарной формулой. Лейкоцитарная формула оказалась «параметром порядка» для организма: в ней отражается общее состояние, комплекс мириадов параметров. Есть еще множество параметров порядка в организме, но их исследовать у человека неудобно: это показатели активности тимуса, надпочечников, селезенки, иммунной системы, соотношение гормонов, особенности энергетического обмена и др.

Первым шагом в теории адаптационных реакций было открытие типов реакций (Гаркави, Квакина, Уколова, 1968—1975). ***Вторым*** шагом - открытие Периодической системы состояний (Гаркави, Квакина, 1975-1980). ***Третьим -*** изучение практических способов получения того или иного состояния из данного исходного (Гаркави, Квакина, 1975-1980). **Четвертым** - создание алгоритмов воздействий, позволяющих организму самому выбирать путь и конечный результат восстановления здоровья (Гаркави, Квакина, Кузьменко, 1980-1998).

При воздействии слабых и средних раздражителей организм ведет себя как целое, и тогда развиваются физиологические состояния ***тренировки*** (Гаркави, Квакина, Уколова, 1969) и ***активации и повышенной активации*** (Гаркави, 1968, 1980). Это состояния того же категориального уровня, что и стресс (то есть это никаким образом не частные случаи стресса), только развивающиеся в норме.

Стресс, тренировка, повышенная активация и спокойная активация - четыре качественно различных физиологических состояния. Для каждого из них характерен свой комплекс показателей на всех иерархических уровнях организма - от молекулярного до высших психических.

Л.Х. Гаркави и Е.Б. Квакина установили Периодическую зависимость общих неспецифических адаптационных реакций от дозы раздражителя. Все возможные физиологические состояния организма укладываются в Периодическую таблицу подобно таблице Менделеева.

ПЕРИОДИЧЕСКАЯ СИСТЕМА, СУЩЕСТВУЮЩАЯ В ФИЗИОЛОГИИ

Четыре типа разных состояний повторяются по одному в каждом периоде. «Шагом» является мера силы воздействия (в таблице химических элементов шаг определяется изменением заряда ядра атома на единицу). Эта величина в физиологии равна 1,19. На такое число надо умножить дозу воздействия, чтобы получить соседнее состояние. В каждом периоде есть свой стресс, своя тренировка и т.д. Стресс последнего, сублетального периода, описал Селье. Стрессы разных периодов и активации и тренировки разных периодов описаны Гаркави, Квакиной и Кузьменко. Зная, в каком состоянии находится организм, можно описать и его высшую нервную деятельность, и состояние иммунной системы, и соотношение гормонов, и характер внутримитохондриального дыхания, и структуру мембран клеток, и настроение, и аппетит, и характер протекания беременности - все что угодно из параметров, зависящих от общего состояния. Одним словом, как в химии, так и в физиологии, все свойства объекта определяются тем, в какой ячейке Периодической системы он находится.

Периоды в физиологической таблице называются ***уровнями реактивности,*** или, для краткости, ***«этажами».*** Этот термин взят потому, что одно и то же состояние повторяется в разных периодах в ответ на разные по силе раздражители. Если оно появилось в ответ на слабый раздражитель - значит, реактивность высокая, если на сильный - низкая.

Опишем в общем виде типы состояний (хотя на каждом «этаже» имеются свои особенности).

Стресс - это такое состояние (или такая общая неспецифическая адаптационная реакция), когда организм воспринял внешнюю среду как серьезно угрожающую жизни. Возникает сначала колоссальное возбуждение в центрах регуляции, выбрасывается энергия (надо убежать от тигра, перепрыгнуть забор, выжить после отравления и т.п.), организм жертвует ценнейшими белками, окислительное фосфорилирование вообще приостанавливается, рассасываются иммунокомпетентные клетки и лимфоидные ткани, сужаются сосуды, повышаются противовоспалительные гормоны и, естественно, экономится на всем, что не нужно непосредственно для сиюминутного выживания: например, исчезают половые гормоны, половые клетки и половое влечение; нарушается память и внимание ко всему, кроме угрожающих жизни объектов. Если стресс длится долго, то наступает запредельное торможение, затем истощение и гибель.

Тренировка - это такое состояние, когда организму не только ничего не угрожает, но и ничто не раздражает. В окружающей среде нет ни опасных микробов, ни колебаний температуры; не нужно расти и созревать, не нужно ничему обучаться. Показатели гормонов, иммунитета, половой активности, физиологической активности - на нижней границе нормы. Характерен сдвиг в сторону анаболических процессов.

Спокойная активация - это состояние молодого, здорового, обучающегося организма. Характерны своевременные и яркие реакции на внешние и внутренние раздражители. Показатели иммунной, гормональной и других систем - в верхней половине зоны нормы. Главная отличительная особенность этого состояния: все функции направлены на повышение организации системы в целом. Повышено содержание минералокортикоидов. Если это состояние длится долго, то происходит омоложение, оздоровление.

Повышенная активация внешне похожа на спокойную активацию. Обоим состояниям свойственна повышенная физиологическая активность. Показатели иммунитета, гормональной деятельности, энергетического обмена повышены. Только при повышенной активации они от верхней половины зоны нормы и выше, а при спокойной - просто в верхней половине. Заживление повреждений и рассасывание опухолей происходит при обоих состояниях, только при повышенной активации быстрее. Принципиальное отличие: при повышенной активации у организма есть одна, главная цель, и ради нее он жертвует всеми остальными. (При спокойной активации главная цель всегда - в поддержании гармонии и равноправного благополучия всех подсистем.) При повышенной активации ЦНС вычленяет текущую главную цель. Это может быть срочная подготовка к экзамену, или полет летчика-испытателя, или победа в спорте (внешние цели); либо это могут быть внутренние цели: ликвидировать перелом кости, рассосать опухоль, зарубцевать язву, адаптироваться к условиям Крайнего Севера. Остальные функции организм в это время приносит в жертву. Из других подсистем и берется тот избыток энергии, которым цель достигается.

Состояние повышенной активации негармонично и годится для долговременного оздоровления, омоложения и продления жизни, однако оно совершенно необходимо для быстрого купирования опасных процессов, а также для того, чтобы справляться с массой сложных и тяжелых задач, которые встречаются в жизни.

Цель активационной терапии - вызвать адаптационные реакции активации либо тренировки невысоких «этажей». Можно вызывать норму насильно, а можно только создавать организму соответствующие условия и ждать «самопочинки». Это работа на месяцы, но зато тогда эффект глубже и прочнее. Это делается с помощью специально разработанных алгоритмов активационной терапии, придуманных теоретически и улучшенных на практике на самых трудных пациентах. При каждом исходном состоянии показан свой алгоритм.

Такой подход оказался эффективным в отношении це-

лого ряда заболеваний. Но самое главное то, что такой подход оказался единственным эффективным средством для улучшения состояния безнадежно тяжелых больных. В этих случаях, когда сильнодействующие средства уже исчерпаны, когда система уже достаточно сильно развалена попытками давления на отдельные функции, может помочь лишь осторожное снятие тяжести стресса адаптогенами, назначаемыми индивидуально по алгоритмам. Оказалось, что пока человек еще жив, то как бы ни был он близок к смерти, он представляет собой сложную самоорганизующуюся систему, и к нему почти всегда применимы воздействия, направленные на попытку усилить самоорганизацию, уменьшить хаос в регулирующих системах. Всегда есть шанс, что мозг возьмется регулировать внутреннюю среду и сделает это более гармонично, нежели отдельно взятый комплекс сильнодействующих (на отдельные системы) препаратов.

М М Е Р Ы

Показательно (как пример) изучение **микрофлоры кожных покровов** при разных адаптационных реакциях. **У** одного и того же человека, живущего в одних и тех же условиях, резко меняется микрофлора на коже, если меняется его общая адаптационная реакция. При стрессе у человека высеваются многочисленные колонии высокопатогенных микробов, при активации наблюдаются единичные колонии, да и те непатогенные, при тренировке - среднее количество колоний, но в основном непатогенные и т д. Оказывается, сыворотка крови человека, будучи бактерицидной при активации и повышенной активации, становится нейтральной при тренировке высоких «этажей» и питательной для флоры при стрессе.

Если уничтожать флору антибактериальными способами (любыми - от антибиотиков до электронных частотных чисток), то одни особи бактерий гибнут, зато когда воздействие прекратится, появляются другие такие же плюс добавляются новые штаммы, потому что организм стал ослабленным после таких «лечебных» мер. Если же повысить уровень здоровья, патогенная микрофлора исчезает иногда быстрее, чем при воздействиях антибиотиками, а рецидивов не происходит, потому что организм победил флору самостоятельно.

06 АЛГОРИТМАХ (СХЕМАХ ВОЗДЕЙСТВИЯ) АКТИВАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

Суть алгоритма - в подаче раздражителя один-два раза • сутки. Доза ежедневно меняется по специальной схеме, зависящей от общего исходного состояния и индивидуальных особенностей. Раздражитель может быть физический или фармакологический. Легче всего дозировать жидок растворы адаптогенов. Активационная терапия - это медленная терапия. Неделями, месяцами и даже годами приходится добиваться, пока нормализуется окончательно та или иная функция. Ежемесячно определяют текущее состояние с целью назначения следующего алгоритма.

Активационную терапию также можно применять, и не отменяя обычных лечебных мероприятий. Тогда ***усиление эффективности лечения*** проявляется в четырех аспектах:

1) в сокращении количества препаратов и дозы каждого из них;
2) в усилении при этом эффекта по сравнению с получаемым обычно даже при больших дозах;
3) в получении положительного эффекта в значительно большем проценте случаев;
4) и, что характеризует только неспецифическую терапию, - в ослаблении сопутствующих заболеваний, которые ничем не лечили. Иными словами, «побочное действие» активационной терапии - в общем оздоровлении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким путем активационная медицина подошла к лечению самых различных заболеваний, и такое лечение можно назвать истинным, потому что его производит не препарат и не врач, а сам организм. Вся разница - не в том, кто лечит, а в результате: после самовосстановления эффект значительно глубже и дольше.

Уровень здоровья с точки зрения теории адаптационных реакций можно оценить, определив, в каком состоянии (адаптационной реакции) какого «этажа» находится организм. Затем этот уровень можно начать повышать, а улучшением в отдельных звеньях будет заниматься сам организм по мере накопления сил.

Можно оценивать уровень здоровья в баллах, учитывая анализ крови. В целом наибольший уровень здоровья - при спокойной активации нижних «этажей» (высоких уровней реактивности), наименьший - при стрессе Селье; также произведена оценка на основании многолетних исследований сравнительного уровня здоровья при состояниях промежуточных «этажей» и создана соответствующая компьютерная программа.

Достижение лечебного эффекта возможно, вообще-то, при любых адаптационных реакциях. Однако оптимизация здоровья, закрепление эффекта и соблюдение принципа «не навреди» достигаются только при получении физиологических состояний организма как целого, характерных для нормы: спокойной активации или тренировки невысоких «этажей» (то есть, развивающихся на малые дозы). Таким образом, эффективным предлагаем считать такое лечебное мероприятие, при котором не только исчезает симптом, но и устанавливается стойкое состояние спокойной активации или тренировки более низких «этажей», чем было до лечения. Это можно замерить, и это совпадает с субъективными показателями и клиническими анализами,

Также теории и практике активационной терапии можно обучиться на семинарах, проводимых в Москве и в других городах, где врачей обучают принципам, после чего они получают возможность описывать комплексы показателей самостоятельно.

Группы организуются по мере поступления заявок. Эл. почта «Tatyana Kuzmenko» <tiferetactiv@mtu.ru>

ЛИТЕРАТУРА

1. **ГаркавиЛХ,КвакинаЕБ.,УколоваМАГ^ тай, 1975.**
2. **ГаркавиЛХ, Квакина Е.Б. и Кузыет^ активационнаятерапия.-М., 1998.—656 с.**

ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ТЕОРИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ

А.А. Яричин
Сибирский филиал межрегиональной ассоциации прикладной кинезиологии (г. Кемерово)

РЕЗЮМЕ

Предложено физиологическое обоснование, основанное на теории системного подхода (П.К. Анохин), теории неспецифических адаптационных реакций и закономерности их смены (Л.Х. Гаркави) основных понятий прикладной кинезиологии, а именно: терапевтическую локализацию и провокацию - как раздражение биологической системы, а варианты получения мышечной реакции при мануальном тестировании (гипотоничность, гипертоничность) - как закономерную смену неспецифических адаптационных реакций.

В последние десять лет в России появилась и развивается прикладная кинезиология (ПК), изучающая функциональные связи между различными системами организма. Основным инструментом диагностической системы является мануальное мышечное тестирование (ММТ). Оценивая изменение функционального состояния мышцы на различные раздражители (в ПК они называются провокациями) врач получает ответы на интересующие его вопросы. Но несмотря на свои преимущества (простота, оперативность, возможность определить причинно-следственные связи), ПК не получила еще широкого распространения. Одна из важнейших причин этого - отсутствие удовлетворительного научного объяснения многих основополагающих понятий ПК.

Цель данной публикации - предложить физиологическое обоснование основных понятий ПК, основываясь на уже разработанных теориях. Для этого использовались:

- Системный подход, понятия теории систем (Анохин Ш).
- Оценка мышечного тестирования с точки зрения теории неспецифических адаптационных реакций и закономерности их смены (Гаркави [3]).
- Понимание провокации как раздражения биологической системы и рассмотрение основных понятий кинезиологии как вариантов провокации.

Коротко вспомним некоторые элементы теории систем. Основополагающими являются понятия «система», «среда», «элемент». Система неразрывно связана со средой, в которой она осуществляет свои функции. Один из принципов системности заключается в том, что каждая система, включающая свои элементы, сама входит в качестве элемента в систему более высокого уровня, служащую для нее средой, вне которой существование системы теряет смысл. Таким образом, создается иерархия систем по принципу включения. Отсюда следует относительность понятий «среда», «система», «элемент». Если мы в качестве системы рассматриваем организм, то его элементами являются не органы, которые в этом случае представляют собой части организма, а системы жизнеобеспечения.

Реакции системы организма можно разделить на 2 типа.

Специфические - к каждому воздействию, к каждому раздражителю организм приспосабливается путем развития различных реакций.

Неспецифические (универсальные) реакции - одинаковый ответ на разные по качеству раздражители. Селье [4] первый стал изучать неспецифические реакции на сильные раздражители («общий адаптационный синдром»). Позднее Л.Х. Гаркави с соавт. [3] предположили, что организму биологически нецелесообразно реагировать на любые раздражители реакцией стресса. После проведенных исследований они выделили три качественно различные неспецифические реакции организма:

- реакция на слабые раздражители - реакция тренировки (гипореакция);
- реакция на раздражители средней силы - реакция активации (нормореакция);
- реакция на сильные раздражители - стресс Селье (гиперреакция).

А. Реашия на слабые раздражители - реакция тренировки (гипореакция). Изменения в тимико-лимфатической и эндокринной системах в пределах нижней половины зоны нормы (глюкокортикоиды (ГКС) - верхняя половина зоны нормы). Умеренное преобладание ГКС приводит к мягкому противовоспалительному действию. Анаболизм и катаболизм в пределах нижней половины зоны нормы, но процессы анаболизма несколько преобладают. Энерготраты низкие, идет накопление энергетических субстратов. В ЦНС преобладает охранительное торможение. Мышечная система - гипотония, расслабление (Гаркави с соавт. [2]).

Б. Реашия на раздражители средней силы - реакция активации (нормореакция). Тимико-лимфатическая и эндокринная системы в пределах верхней половины зоны нормы или в районе верхней границы нормы. Умеренное повышение провоспалительного потенциала. Энергетический обмен отличается высокими скоростями метаболизма энергосубстратов, преобладает анаболизм. В ЦНС преобладание умеренного возбуждения. Мышечная система - нормальный тонус мышц, оптимальная готовность к работе (Гаркави с соавт. [2]).

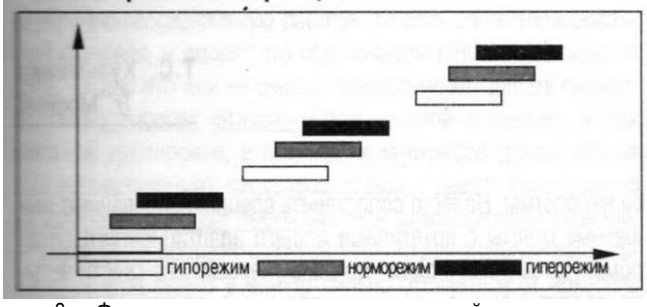
В. Реакция на сильные раздражители - стресс Селье (гиперреакция). Сочетаются элементы защиты и повреждения. Угнетение иммунной системы и большинства желез внутренней секреции. Секреция АКТГ и ГКС повышена. Значительный

противовоспалительный эффект на фоне иммунодепрессии. преобладание катаболизма и большие энерготраты. В ЦНС - резкое возбуждение. Мышечная система - повышение тонуса *mmi* готовность к стрессовым нагрузкам (Гаркави с соавт. В **Селье** [4]).

Закономерности смены реакций в системе:

- для высокой интенсивности воздействия при дозах, **бмзких** к токсическим, усиление воздействия на систему переюдит ее из нормореакции в гиперреакцию (стресс). При дальнейшем усилении воздействия система декомпенсируета. переходит в гипореакцию. Если не произойдет включе**яие** более сложных систем (в которую данная система входит **еж элемент)** для компенсации, то система разрушится (Во**шжмн.** Субботин [1]). Если организм не может адекватно прореагировать на сверхсильный раздражитель (даже реакции **стресса** недостаточно), то включается «крайний» гипорежим. **В** клинике это называется шоком (травматическим, инфекци**аиным и т**.д.), «Крайний» гипорежим (шок) характеризуется **снижением** работы иммунной и эндокринной систем до мини**а р а ,** централизацией кровообращения, артериальной гипо**тонией.** В ЦНС развивается запредельное торможение, нару**шение** сознания, Крайняя степень мышечной гипотонии. **Шоковое** состояние сохраняется, пока сверхсильный раздра- • -т"= не будет устранен или хотя бы уменьшен до уровня сильного (стрессового). Тогда включается гиперрежим {**пресс** Селье);
- при слабых и умеренных воздействиях закономерно**сш иные** (Гаркави с соавт. [2]). Постепенное усиление интен**оииости** провокации будет последовательно переводить си**стему** из нормо- в гиперреакцию, затем в гипо-, затем снова в **•врио-,** гипер-, гипо- и так далее пока дозы не достигнут уров- • токсичности. Эти реакции можно назвать «режимами» ра**боты** системы. Постепенное уменьшение дозы дает анало**лпный** эффект (табл. 1).

Таблица 1
Закономерности смены реакций в системе



3. Фундаментальное понятие прикладной кинезиологии - провокация (Пр). Основополагающее свойство биологичес**сих** систем, отличающее их от неживых, - это раздражимость и реактивность. Если посмотреть на провокацию с общебиодогической точки зрения, то мы можем сказать, что это раздражение биологической системы, в ответ на которое формируется определенная реакция, обусловленная свойствами раздражимости и реактивности системы. Любое воздействие на организм по своей сути является «провокацией».

В норме на любое физиологическое действие или воздействие извне, не превышающее нормы адаптации, организм должен отвечать нормореакцией. В прикладной кинезиологии в процессе диагностики врач производит воздействие (провокацию) на организм, определяет ответную реакцию и оценивает ее как соответствующую или не соответствующую норме. Возникает вопрос: как же определять ответные реакции организма (системы)? Для этого нам нужно рассмотреть как различные варианты провокации: 1) мануальное мышечное тестирование; 2) терапевтическую локализацию; 3) перекрестное исследование.

/. Мануальный мышечный тест (М.М.Т.) - это «провокация» дозированной нагрузкой на мышцу. Эмпирически были определены 3 типа реакции мышц:

* Гипореакция - слабость мышцы.
* Нормореакция - мышца выдерживает данную нагрузку и ослабляется специфическими воздействиями.
* Гиперреакция - мышца выдерживает данную нагрузку и не ослабляется специальными воздействиями.

Л.Х. Гаркави с соавт. [3] определили, что неспецифические адаптационные реакции проявляются на уровне не только целого организма, но и локальных систем, тканей, клеток. Этим закономерностям подчиняется и работа мышц. Реакции мышечной системы происходят однонаправленно с реакциями системы организма в целом (при общем стрессе - мышцы гипертоничны, при общем истощении - мышцы слабые) (Селье [4]). Тестируя мышцы, мы определяем тип реакции:

- всех тех систем, элементом которых является данная мышца (в том числе и систему организма в целом);
- самой мышцы как системы.

Например, в систему печени как элементы могут входить мышцы (большая грудная стернальная часть, ромбовидная), отделы позвоночника, кожные зоны (зоны Захарьина-Геда) и другие структуры. Если на токсичное вещество печень и ее система реагируют по типу стресса, то и большая грудная мышца (стернальная часть) как элемент системы будет гипертоничной (т.к. мышцы реагируют однонаправлено со своей системой). Если количество токсина превысит адаптационные возможности печени (произойдет декомпенсация), то система и соответственно большая грудная мышца (стернальная часть) будут гипотоничными. Компенсация перейдет на более высокий уровень, организм в целом станет гипертоничным.

Если мы оцениваем мышцу как систему, то элементами будут мышечные волокна, связочно-сухожильный аппарат, проводящие нервные пути, возможно сегменты спинного мозга. Например, гиперреакция мышцы говорит о том, что в каком-либо элементе имеется повреждение и система мышцы вынуждена его компенсировать (находится в стрессе). Если это по каким-либо причинам невозможно, не хватает резервов мышцы или повреждение очень сильное, то мышца становится гипотоничной, а компенсация переходит на более высокий уровень той системы, элементом которой является мышца.

Если мышца входит, в качестве элемента, в систему какого-либо органа, то в кинезиологии она называется мышцей, ассоциированной с данным органом. Если мышца при тести

ровании дает нормореакцию, то есть ее система и более сложные системы, в которые она входит как элемент, находятся в нормореакции, эту мышцу можно использовать для исследования организма как мышцу-индикатор. По-другому ее можно назвать мышцей, ассоциированной не с какой-либо локальной системой, а с организмом в целом. Мы должны помнить, что эти названия относительны и любая мышца может являться и ассоциированной, и индикаторной. Главный принцип диагностики по мышце-индикатору - это применение такой провокации к интересующей нас проблеме, чтобы организм среагировал глобально, тогда аналогично среагирует и мышца.

2. Терапевтическая локализация (Т.П.) - это провокация, получаемая при помещении руки (пальцев или ладони) на поверхность тела. Провоцирующим фактором является «биополе», хотя, возможно, есть компонент тактильного и теплового раздражения. Провоцируемыми являются ткани и органы, находящиеся под рукой. Суть терапевтической локализации - создать дополнительное воздействие на систему. Исходя из вышесказанного можно объяснить, почему человек держится или потирает рукой больное место. Терапевтическая локализация рукой какой-либо проблемы, во-первых, переводит систему в другую реакцию, во-вторых, заставляет подключиться организм и более интенсивно проводить компенсацию нарушения.

3. Перекрестное исследование - это диагностическая техника, когда к провокации добавляется еще одна или несколько других провокаций. Формально это можно изобразить как: Пр. + Пр. В прикладной кинезиологии диагностика всегда начинается с мануального мышечного тестирования (провокация мышцы нагрузкой), поэтому можно написать: М.М.Т. + Пр. Существуют разные варианты перекрестного исследования, и все они применяются для определения причинно-следственных связей.

Таким образом, проведенное исследование представляет прикладную кинезиологию в рамках физиологических законов. Анализ основных понятий П.К. (М.М.Т., Т.Л., перекрестное исследование) позволяет их рассмотреть как различные варианты провокации (нанесение различных видов раздражения на системы организма).

Результаты тестирования мышцы (гипо-, нормо-, гипер-реакции) можно рассматривать как проявление реакций систем, с которыми связана мышца, а изменение реакций мышцы в процессе диагностики - как проявление закономерности смены «режимов» работы систем.

Полученные данные позволяют рассматривать П.К. как диагностическую систему, оценивающую физиологические реакции организма с помощью мануальных приемов и методик (М.М.Т., Т.Л., перекрестное исследование).

ЛИТЕРАТУРА

1. **Анохин П.К. «Очерки по физиологии функциональных систем».**
2. **ВоложинА.И.,СубботинЮ.К. «Болезнь и здоровье: две стороны приспособления», 1998 г.**
3. **Гаркави Л.Х. с соавторами. «Адаптационные реакции и резистентность организма», 1990 г.**
4. **Селье Г.«Очерки об адаптационном синдроме», 1960 г.**

О СОПОСТАВЛЕНИИ ДАННЫХ ПРАКТИЧЕСКОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ С ТЕОРИЕЙ АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ

Т.С. Кузьменко

(г. Москва)

РЕЗЮМЕ

Приведено сопоставление четырех типов реактивности организма в рамках адаптационного синдрома и трех состояний мышцы. Приведены перспективы взаимодействия адаптационного синдрома и прикладной кинезиологии.

В последнее время появляются статьи о том, что слабая, средняя и сильная реакции мышцы соответствуют трем состояниям по Гаркави: тренировке, активации и стрессу соответственно.

Однако общий адаптационный синдром состоит не из трех типов реакций, а из четырех, среди которых стресс - не гипер-, а гипореакция. Вопрос параллелизма двух подходов кинезиологии и теории адаптационных реакций) нам кажется непростым. Нелегко сопоставить специализированные мышечные ответы с архетипами общего адаптационного синдрома. Потому что, с одной стороны, невозможно свести четыре адаптационные реакции к трем, а с другой стороны - именно так (хотя бы в первом приближении) удобно делить мышечные ответы. Они-то действительно бывают «гипо», «гипер» и «нормо».

Существует разница между внутренним состоянием системы и ее внешней сиюминутной активностью. Дело в том, что архетип адаптационного синдрома (тренировка, обе активации, переактивация и стресс) отражает изменение во внутренней энтропии системы, в скорости ее самоорганизации (или дезорганизации), в способности системы к развитию. Поэтому этот архетип позволяет прогнозировать: можно пред-

оазать, будет система еще долго существовать и совершенавоваться, восстанавливаться и процветать или она будет изнашиваться и деградировать.

Это происходит и на уровне целого организма. Например, профессионал-спортсмен будет выглядеть «на высоте» на теннисном корте во время соревнований (внешняя функция **системы),** не очень зависимо от того, в тренировке он, в стрес**се или** в одной из трех активаций (внутреннее состояние). **А вот** после соревнований можно будет обнаружить разницу - и ока будет не в его спортивном профессионализме, а в том, **вк** он будет себя чувствовать, какое будет настроение и как сиоро (и в какой степени) он восстановит силы, например: **1)** если он лежит без сил, надолго «разбит», резко снижен эмоциональный фон, а все энергетические запасы растраче**ны и не** пополняются, - значит, он был в стрессе; 2) если **случился** гипертонический криз или появилась язвенная бо**лезнь,** истерика, инфаркт миокарда, резко постарели многие **мани** внутренних органов, - значит, он был в переактивации; **3**)если он как ни в чем не бывало свежий и даже помолодев**ший.** - значит, он был в спокойной активации; 4) если он выиграл соревнования (играя так красиво и сильно, как никог**да), но** после этого «сорвался» в обострение какого-то ироцесса, - значит, был в повышенной активации; 5) если во **время** соревнований он был в тренировке, - то он либо не **покажет** свой максимум, но зато останется здоровым и полным сил, либо по ходу соревнований произойдет смена тре**нировки** на одну из активаций, и он будет иметь шанс на побе**ду, но** после соревнований мы уже будем отслеживать последствия активации.

Но и это только грубая схема! Ведь на самом деле крайне важно, на каких именно уровнях реактивности («этажах») развивались эти состояния. Для чего крайне важно? Для описа**ния** уровня здоровья спортсмена и прогноза его самочувствия. **И в** последнюю очередь - для описания его профессиональ**ной** деятельности.

А *мышца-то и является профессионалом: она выполняет* **свою** *«профессиональную работу», то есть специализирован***имо** *функцию, и делает это под началом ЦНС независимо от* **иго,** *трудно это или не очень...* Мышца может давать гипоре**аввво** на высоких «этажах» и при местной активации, и при местной тренировке, и при местном стрессе (разве что не **яри** переактивации); также мышца может давать гипореакцию **на** низких этажах при любой местной адаптационной реакции.

Требуется построить другой архетип для внешней деятельности - и он может в чем-то сильно отличаться от архетипа **общего** адаптационного синдрома.

Внутренние состояния сложных систем делятся на 4 класса:

1) это «тренировка» - нормореакция на слабые раздражители, не несущие ни интересной информации для рассматриваемой системы, ни, тем более, информации об опасности;

2) это «спокойная активация» - тоже нормореакция, только уже на «средние» раздражители, несущие интересную и полезную для развития и самосовершенствования информа**цию;** при этом уровень здоровья и благополучия системы с течением времени все увеличивается;

3) это «повышенная активация» - нормореакция на срочную информацию, но эта реакция кардинально отличается от спокойной активации тем, что система перестает развиваться и начинает деградировать, но не везде (как при стрессе), а уделяя повышенное внимание ближайшей насущной цели (достижение последней «оправдывает средства»);

4) это переактивация - гиперреакция в ответ на любые стимулы (слабые или сильные): система реагирует неадекватно, перенапрягаясь и постепенно разрушая себя по типу «гипер» (то есть всего много и все переактивизировано);

5) и, наконец, стресс - и это, естественно, гипореакция, так как при стрессе всего мало, все реагирует по типу «гипо». (Так называемый в прежних книгах «острый стресс», или «стресс Селье», существующий только 6 часов подряд, - это вообще не стресс, то есть не категория из общего адаптационного синдрома. Это не тип реакции, категориально равноправный остальным, а попытка организма развить повышенную активацию или переактивацию; и только если эта попытка не удалась, то организм переходит в стресс - типичное гипосостояние.) Стресс - это поломка, а не часть архетипа общего адаптационного синдрома. И этой поломке сопутствуют меры экстренной неспецифической службы спасения: на всякий случай сузить сосуды, выделить противовоспалительные вещества, бросить в топку все без разбору, отказаться от адекватной защиты и пополнения резервов и... погибнуть в результате разрушительности всех этих мер (для начала погибнув как самоорганизующаяся система).

В общем виде Переактивация - это неадекватность, десинхронизация по типу **«гипер»,** а Стресс - это неадекватность, десинхронизация по типу **«гипо».**

Если рассматривать не внутреннее состояние системы, а ее внешнюю функцию, то тогда:

1) тренировку действительно можно назвать нормосостоянием, приводящим к внешней гипореакции (если, конечно, стимулировать очень слабо);

2) спокойную активацию можно назвать нормосостоянием, приводящим к нормореакции; причем в **скором** времени должно восстанавливаться состояние покоя; если стимулировать слабо, то, естественно, будет не нормо-, а гипореакция адекватно стимулу;

3) повышенную активацию невысоких этажей можно назвать нормосостоянием, приводящим к мышечной умеренной гиперреакции; но эта гиперреакция мышцы должна вскоре после раздражения **исчезать** бесследно (если это действительно повышенная активация невысоких этажей);

4) переактивацию можно назвать гиперсостоянием, приводящим к гиперреащии, не исчезающей долго после раздражения или перебрасывающей напряжение в соседние системы. Должно наблюдаться хотя бы где-то в сопряженных системах какое-то неконструктивное напряжение или тонусы, неадекватное дальнейшее повышение чувствительности (хотя стимуляция давно прекратилась), боли, вовлечение соседних систем - в общем, что-то по типу положительной обратной связи; и в отличие от внутренних нормосостояний при переактивации будет гиперреакция даже на слабые стимулы;

5) стресс можно назвать гипосостоянием, приводящим к

гипореакции мышцы, но в отличие от тренировки это не будет выглядеть адекватно.

Гипореакция при тренировке внешне существует только до тех пор, пока мы раздражаем мышцу слабо. Как только начнем раздражать ее ощутимо, то мышца и будет реагировать адекватной нормореакцией, а если стимуляция будет сильной, то мышца отреагирует адекватно сильно (гиперреакцией). Она же в нормальном состоянии! Потому она и реагировать будет адекватно силе стимула. А вот при стрессе в мышце или в соответствующем ей органе гипореакция будет в чем-то ненормальная, неадекватная: во-первых, ввиду невозможности отреагировать адекватно стимулу, а во-вторых, - ввиду извращенного восприятия силы раздражения (при стрессе один и тот же повторный раздражитель может показаться то слабым, то сильным, то отсутствующим, то разрушительным - ведь стресс - это неконструктивный хаос, при стрессе помех в связях больше, чем содержательных сигналов). Почему реакция будет чаще ослабленной? Потому что при стрессе мышца или соответствующий ей орган больны, не первый день уже напряжены, частично разрушены и т.п. и им нечем реагировать: нет либо энергетического субстрата, либо каких-то других резервов, нарушены афферентные и эфферентные связи, неадекватные реакции в нервных центрах, или мышца уже и так в тонусе - ей просто нечего больше сокращать; либо наоборот - она расслаблена от истощения, неадекватно «апатична», не соответствует еще пока напряженному состоянию больного органа (это вообще характерная черта стресса: несоответствие, нелогичность, десинхронизация в общем виде), да просто потому, что изношена - если б она могла сокращаться, она бы уже и без раздражения сократилась.

Если мы хотим оценить внутреннее состояние местного очага, то понадобятся приведенные здесь соображения. Если же ставить целью только создать внешний архетип всех способов поведения мышцы для диагностики, то практика показывает разумность выделения трех реакций («гипо», «нормо» и «гипер»), но они не имеют отношения к архетипу общего адаптационного синдрома. Также дополнительно можно попытаться отслеживать длительность последействия, адекватность реакции, степень генерализации и т.п. Но это не будет напрямую связано с типами реакций организма (тренировкой, стрессом и т.д.).

Теория адаптационных реакций полезна для прикладной кинезиологии не только этим. С помощью оценки и коррекции общей реакции и «этажа» организма можно просто значительно облегчить и сократить работу врача, усилив возможности мозга пациента самовосстанавливаться и регулировать соматику качественно быстрее и проще (с меньшими затратами). Тогда врачу-специалисту (например, в прикладной кинезиологии) остается лишь подправлять только самые отстающие подсистемы, самые тяжелые звенья. Основную же коррекцию и сброс напряжения будет делать сам организм. Поэтому при учете и коррекции общего состояния по «реакциям» и «этажам» (т.е. при активационной терапии) работа врача сокращается, а работа организма облегчается, причем результат зачастую превышает статистические ожидания при аналогичном лечебном мероприятии, но без активационной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаркави Л.Х., КвакинаЕ.Б., Кузьменко Т.С. Адаптационные реакции и активационная терапия. - М., 1998. - 676 с.
2. Кузьменко Т.С. Что такое активационная терапия. - 2003.
3. Яричин А. А. Теоретические основы прикладной кинезиологии. Прикладная токсикология. - Кемерово, 2001. - 20 с.

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРИ ПОМОЩИ МЕТОДА ЭХОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ

А.Н. Федоров
(г. Томск)

ТЕМА: ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ПРИЕМОВ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

Специалисту мануальной медицины нередко приходится сталкиваться с априорным отрицанием методов прикладной кинезиологии (ПК), используемых для диагностики и лечения, как с объективно не подтвержденными. Зачастую это создает определенные трудности во взаимодействии традиционного и нетрадиционного направлений в медицине. Объективизация методов прикладной кинезиологии позволит достигнуть взаимопонимания и осознания важности этого направления медицины для исцеления больного.

ЦЕЛЬ

Объективизация приемов терапевтической локализации

(ТЛ) и ТЛ в позе «компьютера тела» при помощи метода эхоэнцефалографии.

МАТЕРИАЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

58 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 10 лет с внутричерепной гипертензией нетравматического генеза и без оргаввческого поражения головного мозга давностью от 2 до 10 **«эт.** Для подтверждения диагноза и отсутствия противопока**закий** все пациенты предварительно проходили стандартное рентгенологическое и нейрофизиологическое обследования.

До обращения к прикладному кинезиологу все обследованные пациенты прибегали к услугам классической медици**ны и** неоднократно получали лечение по поводу своего заболевания, после применения которого отмечали, что улучшение состояния носило нестабильный характер. Отсутствие удовлетворения от проведенного классического лечения подтолк**нуло** пациентов обратиться за помощью к иным методам лервиия

На протяжении многолетних наблюдений пациентов с анааогичными проблемами отмечалось, что в процессе проведе**ния** терапевтической локализации и провокации патегенети**чески** значимого органа уже на этапе диагностики происходит субъективное улучшение состояния пациента. Исходя из это**го** возникло предположение о возможной повышенной чувовительности сигнала срединного выброса - М-эхо ответа к тем электромагнитным (расположение собственной руки) и механическим (смещение органа) раздражителям, которые **наносятся** на тело пациента уже на этапе диагностики.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для проведения исследования был использован метод зюэнцефалографии (ЭЭГ), в основе которого лежит способ**ность** звуковой волны в различной степени отражаться и поглощаться тканевыми структурами с неоднородным акусти**ческим** сопротивлением. Все исследования проводились на аппарате ЭЭС-12. Для оценки внутричерепной гипертензии ври обследовании оценивался сигнал срединного выброса - **U-эхо** ответа. Этот метод диагностики был выбран вследствие **того,** что в основе его работы лежит интерпретация ультра**звуковых** колебаний, проникающих через ткани головного моз**га.** Кроме того, данный прибор наиболее доступен для широ**кого** круга пациентов.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось в 4 этапа.

1-й этап. Пациенту проводилась ЭЭГ по стандартной методике. Далее использовалось мануальное мышечное тестирование для выявления возможной функциональной слабости иадостной мышцы, имеющей функциональные связи со струк**турой** головного мозга. В процессе тестирования функциональной слабости одновременно производилась абдукция тазобедренных суставов.

2-й этап. Проводилась терапевтическая локализация на **нхку** над проекцией различных органов до появления признаке устранения функциональной слабости. Это позволяло нам сделать заключение о том, что функциональное нарушение в данной области является патогенетически значимым ВЧГГ. Одновременно проводилась повторная ЭЭГ и оценивались изменения параметров М-ответа. Далее рука устранялась с исследуемого участка и вновь проводилось повторное ЭЭГ-исследование.

3-й этап. Использовались варианты провокации: механические (пассивное смещение органа), химические (расположение на теле пациента под магнитом пищевых продуктов и химических соединений), эмоциональные (создание образов перенесенных пациентом стрессовых ситуаций), - и вновь проводилась ЭЭГ.

4-й этап. Проводилась адекватная терапия (висцеральная мануальная терапия, подбор химических препаратов или коррекция эмоциональных нарушений), и вновь проводилась ЭЭГ.

5-й этап. Через 6 месяцев после проведенного лечения проводился повторный контроль.

РЕЗУЛЬТАТЫ

1-й этап. В исходном положении при мануальном мышечном тестировании в 100% случаев выявлена функциональная слабость надостных мышц с двух сторон или с одной стороны.

На ЭЭГ выявлялось разной степени выраженности изменение сигнала срединного М-эха у 100% пациентов (рис.1), а именно: его повышение на 15,8 + 3,6% относительно нормы (7,0 + 2,6), что являлось одним из признаков внутричерепной гипертензии [1].

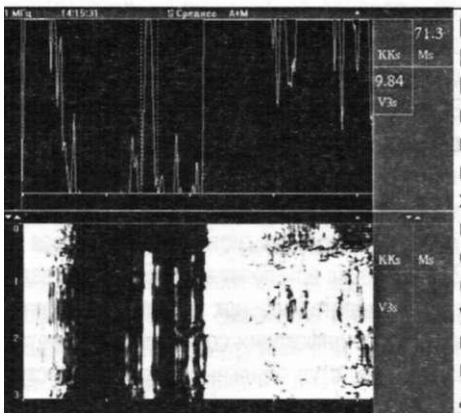


Рис. 1. Б-ной И., 4 мес. Результаты проведения ЭЭГ до начала исследования. Обнаружено увеличение М-комплекса до 9,84 мм (N – 7мм), что указывает на по-вышение внутричерепного давления

При этом регистрировались два импульса (55%) либо комплекс с зазубренными вершинами и широким основанием (45%) без смещения срединных структур мозга, что отчетливо указывало на расширение Ш желудочка головного мозга.

2-й этап. Во время проведения терапевтической локализации рукой пациента на патогенетически значимом органе мануальное мышечное тестирование регистрировало устранение функциональной слабости. На ЭхоЭГ в 100% случаев исчезали признаки гипертензии и сигнал срединного М-эха был в пределах нормы (рис. 2). Данные показатели имели аналогию с данными мышечного тестирования. При снятии руки пациента со значимого органа функциональная слабость надостной мышцы вновь регистрировалась.

3-й этап. Во время проведения провокации (механического, химического и эмоционального генеза) функциональная

слабость мышцы устранялась избирательно (на одно из направлений механической провокации, один из химических препаратов или какой-то один из эмоциональных стрессов). Благодаря такой избирательной чувствительности мышцы было возможно выбрать оптимальный путь терапии (патогенетически значимое направление провокации).

Обратный эффект наблюдался при проведении провокационных тестов со «стрессовыми» факторами: физическими, химическими, эмоциональными по данным ЭхоЭГ. При использовании «стрессового» фактора на фоне увеличенного М- комплекса изменения на ЭЭГ не регистрировались.

Тогда мы проводили терапевтическую локализацию на патогенетически значимый орган, добиваясь нормализации М-ответа на ЭхоЭГ, и вновь проводили провокацию.

При мануальном мышечном тестировании в ответ на терапевтическую локализацию функциональная слабость мышц устранялась, а в ответ на патогенетически значимую провокацию - появлялась вновь.

Аналогичная картина была получена на ЭхоЭГ. На фоне нормальной величины М-комплекса использование «стрессового» фактора приводило к увеличению М-комплекса (10,87 + 2,7%).

4-й этап. После адекватно проведенной терапии диагностировалось устранение функциональной слабости надостной мышцы. На ЭхоЭГ регистрировалось восстановление размера М-ответа (рис 3).

Пример: Б-ной И., 4 мес.

Жалобы (со слов матери): у ребенка снижена активность питания (после первых нескольких глотков отказывается от пищи), через 5-20 мин. после еды появляется бурление, вздутие, напряжение мышц живота (ребенок кричит), отхождение газов, иногда рвота, после дефекации состояние улучшается. Дефекация 1 раз в 2 дня, стул обильный жидкий пенистый зеленоватого цвета, с кислым запахом.

Анамнез: В1 -м триместре беременности мать имела токсикоз легкой степени выраженности. Ребенок родился в срок от 3-й беременности, первых родов, родоразрешение кесаревым сечением (симфизит у матери). Оценка при рождении по шкале Апгар 5-6. Вскармливание искусственное. С периода родов по настоящее время находится под наблюдением невропатолога с диагнозом ПП ЦНС.

Объективно: Ребенок пониженного питания. Кожные покровы бледного цвета с мраморным оттенком, сухие, тургор снижен, на коже щек и ягодиц эритематозно-папулезные высыпания бледно-розового цвета, лимфоузлы без особенностей. Язык обложен беловатым налетом. Выбухание большого и малого родничка, гипертоничность мышц, рефлексы повышены. Живот вздут, напряжен, при глубокой пальпации болезненность в области правого подреберья, в области грудобрюшной диафрагмы, районе пупка, левой и правой подвздошной областей (по ходу толстого кишечника), спазм в области илеоцекального клапана.

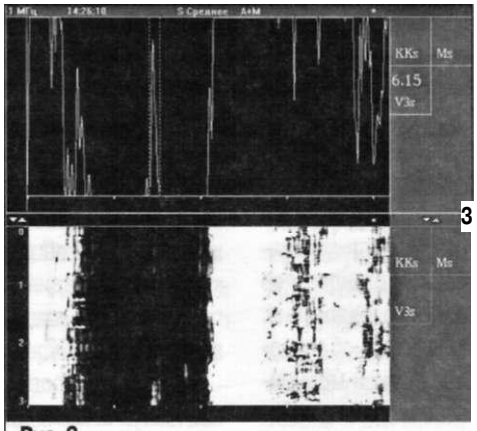


Рис. 2.
При проведении терапевтической локализации (в данном случае – рука пациента лежит на 1 см выше пупка, что соответствует проекции поджелудочной железы) на ЭЭГ амплитуда М-комплекса с 9,8 мм снизилась до 6,15 мм, что соответствует физиологической норме

При проведении ЭЭГ обнаружено увеличение М-комплекса до 9,84 мм (норма - 7 мм), что указывает на повышение внутричерепного давления (рис. 1).

При проведении терапевтической локализации (в данном случае - рука пациента лежит на 1 см выше пупка, что соответствует в ПК точке поджелудочной железы) на ЭЭГ амплитуда М-комплекса с 9,8 мм снизилась до 6,15 мм, что соответствует физиологической норме (рис. 2).

После проведенного обследования с использованием методов прикладной кинезиологии и лечения (при подборе препаратов с помощью приемов ПК под контролем ЭЭГ также наблюдалось снижении М-комплекса до показателей физиологической нормы) исчезли как субъективные, так и объективные признаки заболевания. Наблюдение за данным пациентом в течение года, кроме прочего, показало стойкую нормализацию показателей ЭхоЭГ (рис. 3).

ВЫВОДЫ

1. Устранение первопричины, выявленной с помощью методов ПК, у детей с повышением внутричерепного давления, не связанным с органическим и травматическим повреждениями головного мозга, приводит к стойкой нормализации его, что объективно подтверждается данными ЭЭГ.

2. На основании проведенного исследования можно с уверенностью сказать, что методы ТЛ и ТЛ в позе «компьютера тела», используемые в прикладной кинезиологии, являются вполне объективными...

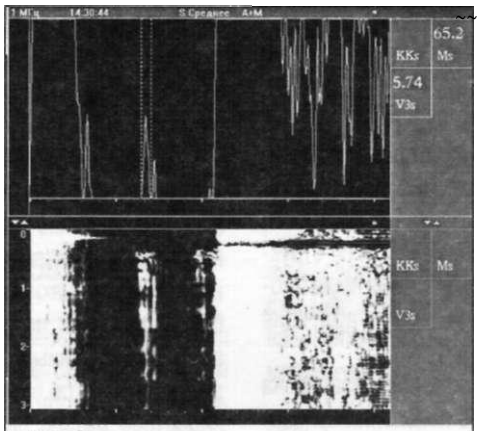


Рис. 3.
Данные ЭЭГ после проведенного лечения

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Справочник по функциональной диагностике в педиатрии под редакцией проф. Ю.Е. Вельтищевой. - 1979 г.**
2. **Goodheart G.»Appllied Kinesiology* London. Edinburg.**
3. **Sheldon.D. BasicAKWorkshop manual.USA.**
4. **Семинары Sheldon.D.В Санкт-Петербурге. Россия. 1997.1998.1999.**

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СТАТЬИ А.Н. ФЕДОРОВА ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРИ ПОМОЩИ МЕТОДА ЭХОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ»

Л.Ф. Васильева
Федеральный клинико-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и терапии МЗ РФ, Москва

Полученные автором результаты еще раз подтверждают необходимость осмысления методов диагностики, существующих в прикладной кинезиологии, **с** позиции физиологического системного подхода.

1. У пациента все мышцы были исходно сильные, тольао надостная мышца была исходно слабой.

Гипотеза: Если организм рассмотреть с позиции системного подхода, с позиции понятия теории систем (Аноним **П.**К.) и с точки зрения теории неспецифических адаптационных реакций и закономерности их смены (Гаркави ЖХ), то его можно представить как систему, состоящую из функциональных элементов. При этом каждый функциональный элемент включает комплекс: сегмент нервной системы; эндокринной системы; мышцу; внутренний орган; сухожильно-мышечный меридиан; эмоциональный фон и др.

С этих позиций вполне понятна реакция организма как целого (проявляющаяся нормотонусом мышц организма) и реакция отдельного элемента, отражающая дисфункцию входящей в него структуры (мозга). Она проявляется функциональной слабостью мышцы, входящей в состав данного элемента.

2. Соответствие наличия у пациента функциональной слабости надостной мышцы и клинических и параклинических признаков повышения внутричерепного давления.

Гипотеза: Надостная мышца - мозг связаны друг с другом функциональными связями и образуют систему. При атом если мозг имеет дисфункцию (что подтверждено данными ЭхоЭГ), то вполне понятно, что функция мозга снивена и на слабость раздражения (гипореакция) реагирует мышца, входящая в данную систему, она становится функционально ослабленной.

3. Терапевтическая локализация над пораженным органом приводит к восстановлению М-ответа на ЭхоЭг и устранению функциональной слабости ассоциированной вмицп

Г*тотеза:* Терапевтическая локализация является достаточно сильным раздражителем для системы «мозг - надостная мышца», поэтому вполне понята реакция ассоциированной мышцы - устранение ее функциональной слабости и реакция мозга - восстановление М-ответа на ЭхоЭГ.

4. Провокация (химическая, механическая, эмоциональная) приводит к устранению функциональной слабости ассоциированной мышцы, но не вызывает заметных изменений на ЭхоЭГ.

Гипотеза: Провокация (химическая, механическая, эмоциональная) является также элементом раздражения (поэтому ее применение привело к устранению функциональной слабости), но не таким сильным, как терапевтическая локализация, чтобы привести к нормализации показателей ЭхоЭГ.

5. После предварительного восстановления показателей ЭхоЭГ (посредством выполнения терапевтической локализации) проведение провокации (нанесение механического, химического или эмоционального раздражения) приводило к восстановлению признаков внутричерепной гипертензии на ЭхоЭГ.

Гипотеза: Провокация (химическая, механическая, эмоциональная) является достаточным элементом раздражения (поэтому ее применение привело к устранению функциональной слабости), чтобы разрушить положительный эффект, полученный при выполнении терапевтической локализации.

Таким образом, использование системного подхода и теории неспецифических адаптационных реакций позволяют понять механизмы формирования реакции мышечного тонуса и причины несовпадения реакции мышц с результатами инструментальных методов исследования. Это касается не только ЭхоЭГ, но и амплитуды мышечных сокращений, регистрируемых при выполнении поверхностной электромиографии и др.

Функциональное изменение мышечного тонуса как неспецифическая реакция организма оказывается более чувствительным инструментом в руках исследователя. И количественные изменения, происходящие в организме, не всегда бывают достаточными, чтобы их смогли зарегистрировать инструментальные методы диагностики.

Таким образом, несовпадения этих двух методов оценки состояния человеческого организма (мануальное мышечное тестирование и инструментальные методы диагностики) лишь свидетельствуют о несовершенстве современных методов диагностики и еще раз подтверждают старую истину: клиническая диагностика является превалирующей в постановке диагноза заболевания.

Работы, которые обсуждаются в данной статье, представлены на стр. 14, 16 и 18.

КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИЯ КАК МЕТОД ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ВЕГЕТАТИВНОГО ДИСБАЛАНСА У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ ПРИМИТИВНЫХ РЕФЛЕКСОВ

Н.А. Шаров, В.Л. Крашенинников
(г. Пятигорск)

АКТУАЛЬНОСТЬ

В литературе, описывающей примитивные безусловные рефлексы (ПБР), указано, что ПБР (рефлекс паралича при страхе (РПС) и рефлекс Моро (РМ)) отражают дисфункцию вегетативной нервной системы, РПС - парасимпатического звена, РМ - симпатического. В прикладной кинезиологии для диагностики ПБР используются мануальное мышечное тестирование и гомеопатические нозоды (ацетилхолин, норадреналин) как маркеры ПБР. Также известно, что нормальный ритм сердца обеспечивается динамическим взаимодействием симпатического и парасимпатического отделов ВНС под влиянием гуморальной регуляции, и вегетативная дистония может проявляться в изменении параметров кардиоинтервалов. Как индикатор адаптационных реакций всего организма и, в частности, состояния и реактивности ВНС, применяется метод кардиоинтервалографии (КИГ). В его основе используется математический анализ вариативности синусового сердечного ритма (Баевский Р.М., 1968; Баевский Р.М., Берсенева А.П. 1997; Кубергер М.Б., Белоконь Н.А. и соавт., 1985 и др.). Впервые методы математического анализа ритма сердца для оценки состояния и реактивности организма стали разрабатываться в космической кардиологии (Газенко О.Г., Баевский Р.М., 1965). Применяются различные методы анализа вариабельности сердечного ритма, включающие статистические характеристики, вариационную пульсометрию, корреляционную ритмографию, автокорреляционный анализ, спектральный анализ мощности медленных волн первого и второго порядка, а также комплексную оценку.

С другой стороны очень важно получить объективный критерий наличия ПБР, эффективность их коррекции различными методами мануальной терапии, применяемыми в прикладной кинезиологии. Отмечено влияние краниосакральной терапии на показатели спектральных характеристик сердечного ритма (Киселев Н.Ю., Чеченин А.Г., 2001). Поэтому очень важно получить объективный критерий наличия и/или отсутствия патологической активности ПБР у детей и взрослых, эффективность их коррекции методами прикладной кинезиологии (ПК). В связи с этим целесообразно выяснить, как изменяются параметры КИГ у пациентов с патологической активностью ПБР.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выяснение связи показателей математического анализа КИГ в динамике у пациентов с наличием и отсутствием патологической активности ПБР в процессе лечения по методу прикладной кинезиологии и определение состояния вегетативного дисбаланса по данным КИГ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано и пролечено по методу прикладной кинези-

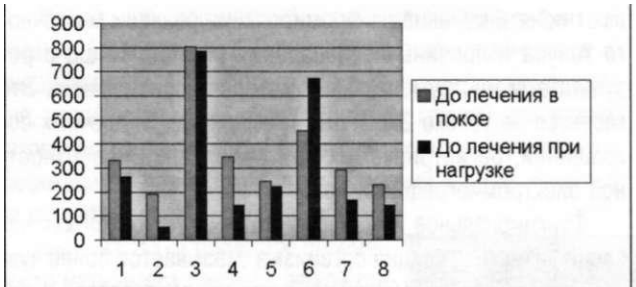


Диаграмма № 1. Индекс напряжения в покое и при нагрузке до лечения

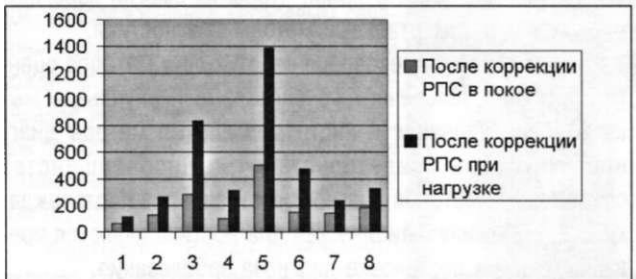


Диаграмма № 2. Индекс напряжения в покое и при нагрузке после коррекции РПС

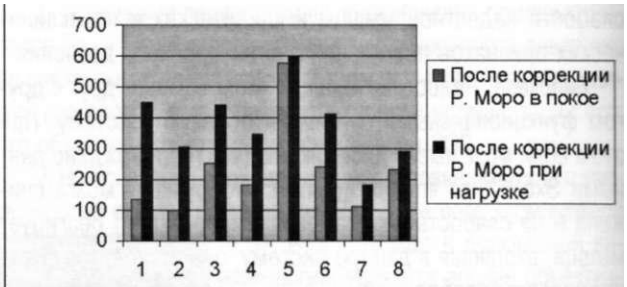


Диаграмма № 3. Индекс напряжения в покое и при нагрузке после коррекции Р. Моро

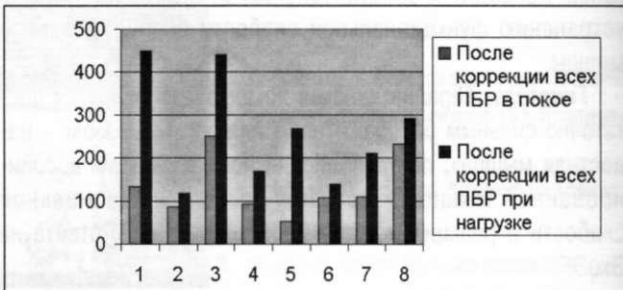


Диаграмма № 4. Индекс напряжения в покое и при нагрузке после коррекции всех ПБР

ояогии 8 пациентов в возрасте от 7 до 45 лет (3 женщин, 5 мужчин), Выявлено ПБР: рефлекс паралича при страхе - у 8 пациентов, рефлекс Моро - у 8 пациентов, другие примитив**ные** рефлексы (поисковый, ладонно-ротовой, защитный, вер**хний** хватательный, хоботковый, сосательный, шейнотоничес**кие:** асимметричный и симметричный, рефлексы Ландау, Галанта) - от 3 до 5 у каждого пациента. Все пациенты предъяв- жалобы на различные вегетативные нарушения (головные боли, чаще по типу гемикраний, головокружения, боли в янвоте, повышенная утомляемость, нестабильность АД, склонность к гипертоническим состояниям и др.).

В процессе лечения у пациентов были выявлены и устра**нены** причинные факторы поддержки патологической активности ПБР: эмоциональный, канально-меридиональный, струк**турный** и химический. Использовались стандартные и оригинальные методики прикладной кинезиологии.

Алгоритм обследования и лечения:

1. Диагностика ПБР по методу прикладной кинезиологии.
2. КИГ-обследование в покое и после стандартной нагрузки.
1 Коррекция РПС.
4 КИГ-обследование,
5. Диагностика и коррекция рефлекса Моро.
Б. КИГ-обследование.
7. Диагностика и коррекция других ПБР.
8. Устранение остаточных структурных, химических и эмоциональных проблем.
9L КИГ-обследование.

После проведенного лечения у всех пациентов активность **ПБР** при мануальном мышечном тестировании не определя**лась,** что проявлялось в значительном улучшении в объективном и субъективном статусе.

Математическая обработка статистического анализа кар**авоинтервалов** ЭКГ проводилась на основе рекомендаций **У**-Б. Кубергера и соавт. (1985) с использованием методики **РК.** Баевского (1968,1997).

Исследование проводилось на автоматизированном комвыотерном комплексе «Кардмон». Данный комплекс позволяет обследовать от одного до восьми пациентов одновременно, что дает возможность проводить запись КИГ одновременно **всей** семье (ребенку, матери и бабушке), а также проводить **массовые** обследования методом КИГ. Компьютерная програм**ме** -озволяет проводить статистическую обработку данных и выводить экспертное заключение на экран монитора или распечатывать на бумажном носителе. Использование компьютеров типа «Ноутбук» делает эту систему мобильной. За день работы можно обследовать до 300-400 пациентов. При обследовании производится запись от 100 до 500 сердечных циклов (RR-интервалов) в покое и после нагрузки.

Анализировались следующие показатели:

- среднее значение RRT-интервала;
- минимальное значение RRT-интервала;
- максимальное значение RRT-интервала;
- среднее значение пульса;
- минимальное значение пульса;
- максимальное значение пульса;
- среднеквадратичное отклонение RR-интервала;
- вариационный размах - величина разброса длительности кардиоинтервалов (ВАР);
- коэффициент вариации;
- мода RR-интервалов - наиболее часто встречающееся значение длительности кардиоинтервалов (Мо);
- амплитуда моды (процентное отношение наиболее часто встречаемого показателя RR-интервала к общему числу циклов) - Амо;
- «индекс напряжения» - интегративный показатель, отражающий характеристику вегетативного баланса организма и центр вегетативной регуляции: парасимпатический или симпатический, отражающей степень напряжения системы регуляции, выражается в условных единицах и рассчитывается по формуле:

ИН = Амо/(2 + Мо + ВАР).

Нормативные показатели математического анализа КИГ приведены в работах Р.М. Баевского (1997), М.Б. Кубергера и соавт. (1985) и рассчитаны для разных возрастных групп. В норме ИН равен 80-150 у.е., при напряжении регуляторных систем ИН в покое может быть до 400-600 у.е.

Основным маркером для подтверждения наличия РПС и рефлекса Моро нами взят показатель «индекс напряжения», отражающий тип вегетативной дисфункции (симпатикотония или ваготония). По ИН в покое оценивается исходный вегетативный тонус (ИВТ). Индекс напряжения менее 30 у.е. - ваготония; от 30 до 90 - эйтония, от 90 до 160 - симпатикотония, более 160 - гиперсимпатикотония. Вегетативная реактивность определяется отношением ИН при нагрузке (при переходе из положения лежа в положение стоя) к ИН в покое и характеризует изменение регуляции ВНС. Оценка вегетативной реактивности зависит от исходного вегетативного тонуса. Если значение отношения ИН при нагрузке/ИН в покое выше указанных нормативов, то это гиперсимпатикотоническая реактивность, если ниже - асимпатикотоническая. Нормативные показатели взяты из рекомендаций М.Б, Кубергера и соавт. (1985) и представлены в табл. 1,

Тэблица1.

Показатели вегетативной реактивности (в абсолютных цифрах) на ннинoортостатическую пробу по отношению ИН J ИН,

ИВТпоИН,	**Вегетативная реактивность**		
	Нормальная	**Гиперсим-патикотоническая**	**Асимпатико-тоническая**
Ваготония **ПН,** менее 30 усл. ед.	1,1-3	более 3	менее 1,1
Эйтония ИН, 30-60 усл. ед. ИН, 60-90 усл. ед.	1-2,5 0,9-1,8	более 2,5 более 1,8	менее 1 менее 0,9
Симпатикотония ИН,90-160усл.ед.	0,7-1,5	более 1,5	менее 0,7

РЕЗУЛЬТАТЫ

Динамика индекса напряжения представлена в табл. 2-3 и диаграммах № 1-4. Проводилась КИГ до лечения в покое и при нагрузке, после коррекции РПС, после коррекции рефлекса Моро и после коррекции всех выявленных ПБР. У пациентов с пре

Таблица 2

Динамика индекса напряжения после коррекции ПБР

Пациенты	Долечения		После коррекции РПС		После коррекции Р. Моро		После коррекции всех ПБР	
	в покое	при нагрузке	впокое	при нагрузке	впокое	при нагрузке	впокое	при нагрузке
1	333	263	67	112	133	449	133	449
2	192	56	127	260	98	307	86	118
3	801	783	280	832	251	441	251	441
4	348	146	97	312	182	346	92	168
5	246	224	504	1388	578	600	52	267
6	454	672	148	476	241	412	108	140
7	292	165	143	236	112	183	110	211
8	233	145	182	329	232	292	232	292

Таблица 3

Динамика отношения ИН при нагрузке/ИН в покое

Пациенты	до лечения	после коррекции РПС	после коррекции Р.Моро	после коррекции всех ПБР
1	0,8	1,7	3,4	3,4
2	0,3	2,0	3,1	1,4
3	1,0	3,0	1,8	1,8
4	0,4	3,2	1,9	1,8
5	0,9	2,8	1,0	5,1
6	1.5	3.2	1,7	1,3
7	0,6	1,7	1,6	1,9
8	0,6	8	1,3	1,3

обладанием РПС в 100% случаев отмечалась гиперсимпатикотония с асимпатикотонической реактивностью, что соответствовало доминированию парасимпатического звена ВНС. После коррекции РПС у 75% пациентов отмечалось наличие гиперсимпатикотонии с гиперсимпатикотонической реактивностью, что соответствовало активации рефлекса Моро, восстановление ИН до нормы наблюдалось у 2 пациентов. После коррекции рефлекса Моро выявлялось уменьшение как гиперсимпатикотонии, так и гиперсимпатикотонической реактивности от незначительного улучшения до полной нормализации показателя ИН у одного пациента. У остальных пациентов степень улучшения ИН зависела от количества других имеющихся примитивных рефлексов и выявленной сопутствующей патологии. После коррекции всех имеющихся ПБР отмечалась нормализация всех показателей КИГ (у 75% пациентов),

ВЫВОД

Наличие гиперсимпатикотонии в покое у пациентов с приоритетом РПС может свидетельствовать о компенсаторной активности симпатического звена ВНС (за счет существования рефлекса Моро), но в ответ на нагрузку идет активация РПС (парасимпатического звена) с угнетением симпатической реактивности. Состояние гиперсимпатикотонии с асимпатикотонической реактивностью отражает истощение адаптационно-приспособительных механизмов вегетативного отдела центральной нервной системы и соответствует состоянию неврологической дезорганизации, тестируемому методами прикладной кинезиологии.

Метод кардиоинтервалографии является объективным критерием оценки состояния вегетативного дисбаланса и эффективности лечения пациентов, имеющих патологическую активность ПБР, а также структурных, химических, эмоциональных и меридианальных нарушений, поддерживающих избыточную активность этих рефлексов. Выявлена зависимость показателей КИГ (индекса напряжения в покое и при нагрузке) от наличия ПБР:

- РПС - гиперсимпатикотония с асимпатикотонической (ваготонической) реактивностью;
- рефлекс Моро - гиперсимпатикотония с гиперсимпатикотонической реактивностью.

Метод КИГ можно использовать в поиске и подтверждении приоритетной причины, вызывающей неврологическую дезорганизацию при наличии активности ПБР, для контроля адекватности проводимого лечения (в том числе во время одного сеанса), динамического наблюдения за состоянием системы вегетативной регуляции организма.

Аппарат «Кордмон» рекомендуется использовать в работе мануального терапевта для объективизации результатов диагностики и лечения с использованием прикладной кинезиологии, а также для массовых медицинских обследований с целью выявления донозологической вегетативной дисфункции.

Прибор и программное обеспечение можно приобрести:

357565, г. Пятигорск, ст. Константиновская, ул. Заводская, д. 20. Тел.: 97-26-42, Шаров Никита Александрович.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. - М.: Медицина, 1997.
2. Васильева Л.Ф., Зотов И.Д, Тяжельников А.А., Локтионова Н.С. Мануальная терапия с основами прикладной кинезиологии в педиатрии. - М., 2003.
3. Васильева Л.Ф.. Теоретические основы прикладной кинезиологии. - М., 2003.
4. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. Вегетососудистая дистония. - М.,1981.
5. Киселев Н.Ю., Чеченин А.Г., Влияние краниальной мануальной терапии на характеристики меренных колебаний гемодинамики // Мануальная терапия.-2001.-№ 1.-С. 50-53.
6. Кубергер М.Б., Белоконь Н.А., Соболева Е.А., Чистякова Г.М. и соавт. Кардиоинтервалография в оценке реактивности и тяжести состояния больных детей: Методические рекомендации. - М., 1985.
7. Смит Кр. Материалы семинара по прикладной кинезиологии в Новосибирске, 1997.
8. Флейшман Р.Н. Медленные колебания гемодинамики. Теория, практическое применение в клинической медицине. - Новосибирск: Наука, Сиб. предприятие РАН, 1999.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В РАЗЛИЧНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ

ТЕРАПИЯ

ВЛИЯНИЕ ДИСФУНКЦИИ ГРУДОБРЮШНОЙ ДИАФРАГМЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ КАРДИАЛГИИ И ВЕРХНЕАБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА «НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА»

А.М. Михайлов, О.В. Кузнецова, А.Г. Чеченин, В.Б. Лерман, Д.Е. Варенков
Кафедра мануальной терапии, рефлексотерапии и неврологии,
Новокузнецкий ГИДУВ

•ВЕДЕНИЕ

В практической работе врача нередко встречаются пациенты, которые упорно и длительно жалуются *т* боли в области сердца и верхней части живота. При инструментальных и лабораторных исследованиях существенных органических изменений в этих случаях не определяется. Танк жалобы часто расцениваются врачами либо как рефлекюрные или вегетативно-ирритативные сидромы грудного остеохондроза, либо как проявление ипохондрического синдрома. Эти больные безуспешно лечатся у терапевтов, -н::-атологов, психотерапевтов, госпитализируются чаще •его в неврологический стационар. Это связано с распрострнкнным мнением, что вертебровисцеральные взаимоотнонеиия лежат в основе большого числа рефлекторных висцеавиньх синдромов [5]. Объясняется это обширными и тесными нвпетативными связями грудного отдела позвоночника с раз-11ими внутренними органами. Формированию сложных рефянгторных синдромов способствует поток патологических сов, идущий к внутренним органам вследствие разия или компрессии вегетативных образований изме- и дисками или другими структурами позвоночника и)звоночных тканей (передней продольной связкой, деюванными суставами, напряженными глубокими мыш-

• 1иагностика и успешное лечение вертеброгенной патоивгии внутренних органов давно привлекают внимание клиниввстов, что послужило основанием для многих исследований навилось важным шагом в развитии вертеброневрологии [5]. No практика показывает, что вертебровисцеральными связями далеко не всегда можно объяснить упорный болевой синдросы Не менее важную роль играют моторно-висцеральные и нисцеро-висцеральные взаимоотношения, о роли которых икали классики неврологии [10].

Наше внимание привлекли работы, касающиеся состояния грудобрюшной диафрагмы. Как показали исследования мануальных терапевтов [7,9], мануальное мышечное тестирование (ММТ) часто определяет ее спазм. Это может привести к ущемлению и раздражению проходящих через диафрагму структур и иннервирующих ее нервов: n. vaqus, n. phrenicus

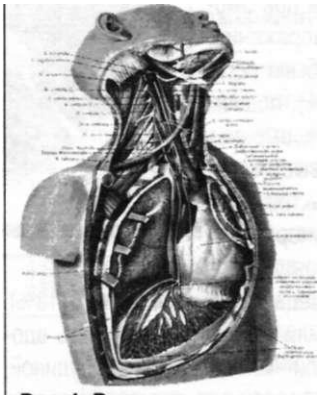


Рис. 1. Вегетативные связи грудного отдела позвоночника и внутренних органов

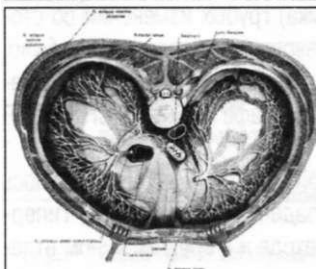


Рис. 2. Грудобрюшная диафрагма (вид сверху)

[1,3], которые, в свою очередь, иннервируют внутренние органы [6]. Диафрагмальный нерв (рис. 1, 2) отдает ветви к печеночному, верхнему желудочному сплетению, к брюшине, передней стенке живота и околосердечной сумке, которые могут широко передавать патологические импульсы, создавая широкий очаг ирритации. Прохождение блуждающего нерва через диафрагмально-пищеводное отверстие при спазме грудобрюшной диафрагмы может подвергаться компрессии, вызывая определенные вегетативные расстройства [4] (рис. 3). Помимо этого, возможно, играет роль возникающее в связи со спазмом натяжение диафрагмально-перикардиальной и диафрагмально-желудочной связок, приводящее к дополнительному раздражению проприо- и механорецепторов.

Грудобрюшная диафрагма - постоянно работающее мышечное образование, которое имеет столь важное значение для деятельности организма, что в традиционной китайской медицине она рассматривается как отдельный орган, имеющий свои сочувственные точки (Шу-пункты). Спазм диафрагмы нередко возникает в результате эмоциональных нарушений и приводит к выраженному энергетическому дисбалансу всего организма [9], а с точки зрения неврологии при этом состоянии может развиться целая цепь висцеро-висцеральных и моторно-висцеральных нарушений, которые, вероятно, могут служить основой для длительных болей.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выявить влияние спазма грудобрюшной диафрагмы на формирование болевого синдрома в области сердца и живота.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 149 пациентов (110 женщин и 39 мужчин) в возрасте 30-63 года с приступами кардиалгии (35%), верхнеабдоминальным синдромом (65%). Все пациенты прошли курс лечения и обследования у терапевтов, гастроэнтерологов и неврологов с различными диагнозами. Все больные жаловались на длительные давящие и распирающие боли в эпигастральной области, в нижних ребрах и за грудиной, не зависящие от движений в позвоночнике, но усиливающиеся при эмоциональном и физическом напряжении. Провоцирующими факторами были вставание из положения сидя (16%), подъем по наклонной плоскости (63%), эмоциональные перегрузки, стрессовые ситуации (78%), а купирующими факторами - положение сидя в наклоне с упором рук на бедра (85%), состояние покоя лежа на животе (47%), употребление седативных препаратов (13%). Кроме того, больных беспокоили неудовлетворенность вдохом, возникновение тяжести или «кома, камня» за грудиной, ощущение перебоев в сердце, которые не регистрировались на ЭКГ.

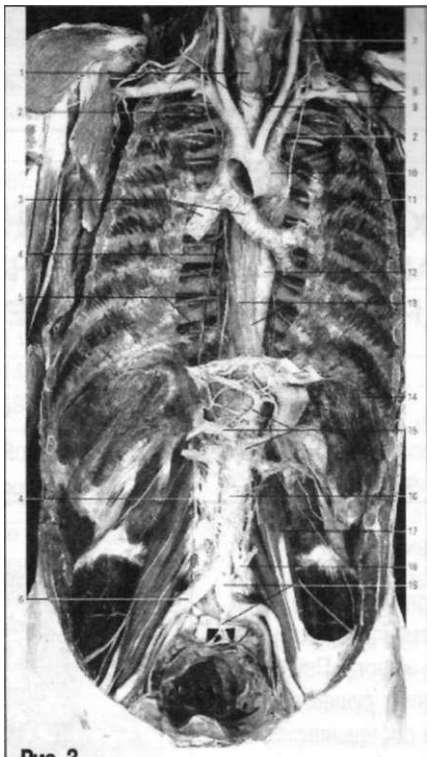


Рис. 3.
Автономная нервная система

При обследовании (ФГДС, ЭКГ, рентгенография шейного и грудного отделов позвоночника) грубых изменений со стороны внутренних органов и позвоночника выявлено не было. Дополнительно проводилось исследование функции внешнего дыхания на компьютерном спирографе фирмы ERICH JAEGER (рис. 4).

При визуально-пальпаторной диагностике [1] отмечалось смещение и «остановленное падение» тела вперед, гиперлордоз в грудопоясничном переходе и в среднешейном отделе, скрученный таз связочного генеза.

Мануальное мышечное тестирование (исследование) показало функциональную слабость (гипотонус) прямых мышц живота, подвздошно-поясничных мышц, гипертонус и укорочение малых грудных мышц.

Известный ранее способ оценки функционального состояния внутренних органов посредством терапевтической локализации [7] в Мо-пунктах имеет ограничения, так как Мо-пункты начинают реагировать на изменения не только во внутренних органах, но и на нарушение баланса в энергетических каналах. Псевдовисцеральные синдромы развиваются чаще всего при наличии уже сформированных проблем всего тела [8]. Поэтому для постановки диагноза на ранних стадиях заболевания этот способ оценки недостаточно информативен. Нами при исследовании функционального состояния внутренних органов использовалась провокация - как способ, позволяющий выявлять скрытые проблеш внутренних органов [3].

ММТ проводилось по методике, включающей сочетание терапевтической локализации с провокацией, направлений на внутренние органы (по физиологическим осям вращения последних), что позволило повысить чувствительность и информативность теста. Всем пациентам проводилась коррекция ограничения дыхательной подвижности диафрагмы разными способами. Для этого пациенты были распределены на три группы; отбор групп проводился методом случайной выборки. Анализ основных характеристик больных и синдромов показаш! идентичность сравниваемых групп ($P<0,05$). В первой группе (30 женщин, 12 мужчин) проводилась ишемическая компрессия прямой пальпацией триггерных пунктов диафрагмы (сухожильной части) и подбор эссенций Баха. Во второй (43 женщины, 9 мужчин) - только подбор эссенций Баха. В третьей группе (37 женщин, 18 мужчин) после вербального тестирования эмоционального стресса по годам и подбора эссенций Баха дополнительно проводилось перкуторное воздействие на точки начала и конца Ян-меридианов на лице или ишемическая компрессия височной области с двух сторон.

РЕЗУЛЬТАТЫ

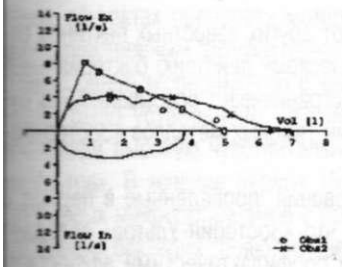
При ММТ выявлено преобладание спазма грудобрюшной диафрагмы над дисфункцией желудка (висцероспазм) в 81% случаев, над патологией связочного аппарата печени (фиксация правой треугольной связки) в 95% случаев и фиксацией грудины в краниальном направлении (46%). Это подтверждалось компьютерной спирографией (снижение жизненной емкости легких на 40%), а также при перкуторном исследовании подвижности нижнего края легкого (по Курлову), при котором разница между фазой вдоха и выдоха по отношению к нейтральной точке была минимальной. Осевая нагрузка и провокация, направленные на позвоночник, влияния на мышцу-индикатор не оказывали.

При сравнительном анализе состояния до лечения и после двух сеансов воздействия на диафрагму было выявлено, что в первой группе отмечено полное купирование болевого синдрома - кардиалгия (45 и 49% соответственно), верхнеабдоминальный синдром (29 и 30%), во второй соответственно (33 и 36%) - (26 и 30%). В третьей группе отмечался наибольший эффект - исчезновение кардиалгии (69 и 73%), верхнеабдоминального синдрома (61 и 59%), где $P>0,05$ (рис. 5). Об эффективности воздействия на грудобрюшную диафрагму в комплексной терапии псевдовисцеральных синдромов свидетельствует и статистически достоверное сокращение сроков нетрудоспособности в среднем на 9 дней (со-

SPIRO 17.08.1995

GKB N 2
Novokuznezk, ul. Drushby, 2a
47-22-74

Identification	: KV270677	Age	: 18 Years
Last Name	: Kozlov	Height	: 180 cm
First Name	: Vladimir	Weight	: 82 kg
Date of Birth	: 27.06.1977	Sex	: male



	Pred	Obs1	%Obs/P	Obs2	%Obs/P	2/1%
VT.....[l]	.644	1.36	211	1.62	252	120
MV.....[l/min]	12.5	17.4	140	14.0	112	80
BF.....[1/min]		12.8		8.65		67
ERV.....[l]						
IRV.....[l]						
VC IN .....[l]	4.93	3.37	68	3.82	78	113
FVC.....[l]	4.99	6.36	128	6.90	138	108
FEV 1.....[l]	4.11	3.40	83	4.04	98	119
FEV 2.....[l]		4.80		5.98		125
FEV 3.....[l]		5.91		6.51		110
FEV 1 % VC MAX.....[%]	83.2	53.4	64	58.5	70	109
FEF 25.....[l/s]	6.95	3.80	55	4.14	60	109
FEF 50.....[l/s]	4.93	2.47	50	4.00	81	162
FEF 75.....[l/s]	2.55	1.35	53	2.01	79	149
PEF.....[l/s]	8.13	3.96	49	4.30	53	109
MVV.....[l/min]	86.2	41.2	48			
R occ.....[kPa*s/l]	.295					
G occ.....[l/(kPa*s)]						
Substance.....						
Date		17.08 1995		17.08 1995		
Time		04:01		04:18		

Рис. 4.
VC IN (жизненная емкость легких)
FEV 1 (вентиляция крупных бронхов)
FEV 25 (вентиляция средних бронхов)
FEV 50 (вентиляция мелких бронхов)
OBS 1 (до лечения)
OBS 2 (после лечения)

Рис. 5.
Результаты сравнительного анализа после лечения

—стстоенно 13 дней в первой группе и 4 дня в третьей). При лювнсерном наблюдении за 63 обследованными в течение ***т* одного** до трех лет рецидивы- отмечены лишь у 19,6% боль- ***та*** в третьей группе и в 39,5% случаев - в первой. Расслаб- ш и е спазмированной диафрагмы привело к улучшению ста- •пеской и динамической составляющих двигательного **стереотипа** в виде исчезновения «остановленного падения» таи пациента вперед, гиперлордоза в грудопоясничном пе- р е д о, что в свою очередь привело к купированию болевых синдромов в других отделах опорно-двигательной системы.

М К Ш Ы

Таким образом, по данным компьютерной спирографии, перкуссии, ММТ, в формировании болевых синдромов в области сердца и верхней части живота не последнюю роль играиг ограничение дыхательной подвижности и гипертонус грудобрюшной диафрагмы. Обращает на себя внимание быстрота полученного улучшения (за два сеанса мануальной терапии) после того, как больные длительно лечились другими методами. Мы хотим привлечь внимание к спазму диафрагмы как одному из звеньев формирования болевых синдромов этой локализации. Комплексное патогенетическое лечение подобных болевых синдромов целесообразно дополнить дифференцированным воздействием на грудобрюшную диафрагму с учетом коррекции эмоциональных стрессов по годам жизни, нормализации энергетического баланса, поддерживающей терапией эссенциями Баха, направленных на уменьшение диафрагмального спазма.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВасильеваЛ.Ф., МихайловА.М. Мануальная диагностика и терапия дисфункции внутренних органов. - Новокузнецк, 2002. - 242 с.
2. КоганО.Г,ШмидтИ.Р.,ТолстокоровА.А.Теоретичешеосновы реабилитации при остеохондрозе позвоночника - Новосибирск: Наука, 1983.-214с.

Михайлов А.М. Висцеральная мануальная терапия (клиника, диагностика, лечение). - Новокузнецк, 1998. - 109 с.

4 МихайловА.М. Влияние п. vagus на функциональные дисфункции сфинктерного аппарата человека (нижнего пищеводного сфинктера, илеоцекального клапана) // Прикладная кинезиология. - 2002. - №1(1).-С. 27-30.

5. Попелянский Я. Ю. Вертеброгенные заболевания нервной системы: руководство. - Казань: КГМИ, 1981-1986. -Т. 1-3.
6. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека. - М.: Медицина, 1974. - Т.3.-С. 183-190.

Смит К., Шейфер Д. Прикладная кинезиология. Модуль I / Пер. с англ. - Новокузнецк, 1993. - 73 с.

8> Шмидт И. Р. Остеохондроз позвоночника. Этиология и профилактика. - Новосибирск: Наука, 1992. - 240 с.

Walther D.: Applied Kinesiology (Sinopsis) Systems DC. - Pueblo, Colorado, 1988.-V. 1.-572 p.

10 Могендович М.Р. Рефлекторное взаимодействие локомоторной и висцеральной систем. - М.: Медгиз, 1957.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕКТИНА «ЗОСТЕРИН-УЛЬТРА» ПРИ НЕКОТОРЫХ ФОРМАХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

И.Г. Бондаренко, СО. Пилявский
Медицинский центр АОЗТ "VMB-Консалтинг" (г. Санкт-Петербург)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Атопический дерматит и дисбиозы кишечника в настоящий момент являются одними из наиболее распространенных дисфункций кишечника. При этом большинство препаратов, используемых при лечении данных нарушений, не дает достаточно стойкого эффекта. В последнее время появились исследования о препарате «Зостерин-Ультра». Это полисахарид пектиновой природы, являющийся природным сорбентом нового поколения. Он представляет собой сложный углеводный полимер, состоящий в основной цепи из блоков 6(1->4) полигалактуроновой кислоты, соединенных между собой (1->2) связями рамнозы. Примерно на четверть его молекула представляет собой апиогалактуронан, содержащий D-апиозу, присоединенную (1->2) и (1->3) связями к полимеру галактуроновой кислоты. Другие боковые цепи полимера содержат моносахариды D-ксилозу, D-галактозу, L-арабинозу и 2-О-метил-О-ксилозу [1, 2, 3]. Производится препарат по оригинальной технологии ЗАО «Аквамир» (Санкт-Петербург) путем выделения и очистки из морской травы Zostera marina, высшего цветкового растения, в котором он находится, главным образом в составе клеточных стенок. Для дезинтеграции растительных клеток используются оригинальные методы физической обработки без применения каких-либо реагентов. «Зостерин-Ультра» относится к разряду пищевых волокон, которые являются незаменимым компонентом рациона питания.

Характерная особенность структуры «Зостерина-Ультра» - низкое содержание метоксильных групп, что, вероятно, непосредственно связано с выполнением этим биополимером функции регуляции солевого обмена в клетках травы зостеры.

Изначально предполагалось, что «Зостерин-Ультра» будет действовать преимущественно как полианионный адсорбент, связывающий в первую очередь ионы тяжелых металлов, затем токсичные углеводороды и патогенные макромолекулы и стимулирующий выведение их из организма. Катионы металлов прочнее всего связываются с полностью деметоксилированным полисахаридом, который имеет наибольшую плотность заряда макромолекулы. В то же время высокометоксилированные пектины, встречающиеся, главным образом, во фруктах (яблочный, арбузный, цитрусовый), в очень малой степени способны связывать катионы.

При пероральном приеме любой пектин без изменения структуры проходит через желудок и тонкую кишку, и только в толстой кишке вследствие действия пектиназ бактериальной микрофлоры он подвергается частичному гидролизу. В силу присутствия моносахарида апиозы [4,5] в молекуле «Зостерина-Ультра» он в отличие от других известных пектинов относительно устойчив к литическому действию бактериальных пектиназ. Это значительно ограничивает всасывание «нагруженного» токсичными ионами тяжелых металлов «Зостерина-Ультра» в кишечнике.

Действительно, исследования, проведенные в период **с** 1988 по 1991 г., показали, что «Зостерин-Ультра» обладает выраженными лечебными и профилактическими эффектами при острой и хронической интоксикации свинцом и ртутью. Недавнее клиническое изучение препарата в Институте биофизики Минздрава РФ показало, что «Зостерин-Ультра» **в** два - два с половиной раза ускоряет выведение радиоактивного плутония из организма носителей этого радионуклида [6]. Действие данного пектина тем более примечательно, что в его составе обнаружена низкомолекулярная фракция (Mr - 5-30 KDa), способная всасываться в тонкой кишке и адсорбировать низкомолекулярные токсические вещества в кровотоке с последующим выведением их с мочой. Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья (Санкт-Петербург) в 2002 году продемонстрировал высокую эффективность «Зостерина-Ультра» при выведении марганца из организма при профессиональной хронической марганцевой интоксикации.

Однако, в дополнение к сказанному, у «Зостерина-Ультра» были обнаружены также эффекты, не связанные непосредственно с его адсорбционным/детоксикационным влиянием. Помимо способности препарата адсорбировать патогенные макромолекулы и аллергены (в том числе неидентифицированные) и стимулировать их выведение из организма, его благоприятное действие при дисбиозах кишечника, инфекциях желудочно-кишечного тракта и аллергических заболеваниях можно объяснить также специфическим иммуномодулирующим действием данного пектина. Во-первых, препарат модифицирует процессы антигензависимой дифференцировки Т-супрессоров, что важно для эффективной элиминации патогенной флоры на фоне дисбиозов кишечника. Во-вторых, за счет связывания с гликопротеидами рецепторного аппарата макрофагов «Зостерин-Ультра» стимулирует поглощение и внутриклеточный лизис микроорганизмов. В-третьих, данный пектин обладает опсонизирующей способностью, что также способствует эффективному фагоцитозу патогенной флоры.

Считают, что пектины, обладающие высокими гелеобразующими свойствами, обусловленными гидрофильностью галактуроновых кислот, обволакивают бактерии, нарушая тем самым процесс адгезии. «Зостерин-Ультра», представляющий собой низкометоксилированный пектин, содержит боль-

шое количество карбоксильных групп, определяющих высокую степень полианионности. Не исключено, что способность зостерина покрывать поверхность бактерий создает условия, затрудняющие преодоление отрицательного электрического **заряда** и гидрофобное взаимодействие между бактериями и зпителиоцитами, что ведет к нарушению процесса колонизации кишечника.

Необходимо отметить, что определенная роль **в** благоприятных эффектах препарата может быть связана также с его •«посредственным антибактериальным действием. В проведенных ранее экспериментах с чистыми культурами ряда бактерий было установлено, что изученные микроорганизмы проявляли высокую чувствительность к действию «Зостерина-Ультра». В течение первых 15 минут контакта взвеси ис**еиедуемых** микроорганизмов с препаратом от 40 до 76% ис**следуемых** бактерий теряют жизнеспособность. В этот период ивжтерицидные свойства препарата в большей степени выра**жены** по отношению к E. coli и S. typhimurium. Через 2 ч контакте погибают практически все Y. pseudotuberculosis, S. aureus, **E coli** и S. typhimurium (98,4; 98,6; 98,9; 96,3% соответственно). При взаимодействии пектина с P. aeruginosa количество выживших бактерий снижается на 74%.

Наконец, установлено, что «Зостерин-Ультра» обладает ииеренно выраженным специфическим антагонизмом по отношению к интерлейкину-1, что частично объясняет его мягок противовоспалительное действие.

Таким образом, рассматриваемый гетерополисахарид жвраКтеризуется широким спектром лечебного действия, как **непосредственно** связанного с присущими всем пектинам сорбционными свойствами, **так** и обусловленного его эффектеми на уровне межклеточных взаимодействий **в** организме.

«Зостерин-Ультра» успешно прошел клиническую апробацию во многих стационарах и амбулаторных лечебных учреждениях Санкт-Петербурга, Москвы, Дальнего Востока, ирвпральной Азии, а также применялся **в** практике прикладг: • .'-гзиологии **в** Финляндии, Бельгии и Турции. Получены ввиожкгельные отзывы об использовании «Зостерина-Ультрв* в клинике д-ра Кристофера Астилл-Смита и его коллег веянкобритания).

•ЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить эффективность препарата при лечении атопи**теского** дерматита и дисбиозов кишечника.

МЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Исследовано 60 пациентов (42 женщины, 18 мужчин) с жалобами на аллергические кожные реакции, боли **в** животе, **запоры,** общую слабость, повышенную утомляемость.

Нозологические формы:

1) атопический дерматит - 38 человек (63,3%);

2) дисбиоз кишечника - 22 человека (36,7%).

Диагноз дисбиоза кишечника во всех случаях подтвержден лабораторно. У 25 пациентов (41,7%) с атопическим дерматитом лабораторно также выявлен дисбиоз кишечника.

Характер дисбиоза:

Снижение количества бифидофлоры и/или ацидофлоры - 42 человека (70,0%).

Избыточный рост грибов - 20 человек (33,3%).

Условнопатогенная и патогенная флора- 32 человека (53,3%).

Анализ кала на яйца глистов, проведенный методом центрифугирования и микроскопии осадка, выявил наличие глистной инвазии у 37 пациентов (61,7%).

Мышечное тестирование проведено у всех пациентов. В 100% получена мышечная слабость с точек тревоги печени, тонкой или толстой кишки. В работе использовались основные нозоды из набора «Detox» фирмы «Metabolics» (Англия).

В комплексном лечении, подбираемом на основании мышечного тестирования, назначался «Зостерин-Ультра» 60% по 0,5 г на ночь. Курс составлял 10 дней. Повторное тестирование пациентов проводилось через 21-28 дней.

В контрольной группе (48 человек) с аналогичной патологией при положительном тесте на «Зостерин-Ультра» препарат не назначался.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты лечения оценивались по 4 параметрам:

1) лабораторно, по нормализации анализа кала на дисбиоз, отрицательном результате кала на яйца глистов;
2) изменение ранее положительной реакции на точках тревоги на отрицательную, а также отрицательного результата ранее тестировавшихся нозодов;
3) отсутствие жалоб;
4) нормализация состояния кожи.

Значительное улучшение: положительные результаты по всем параметрам.

Улучшение: отрицательный результат одного из вышеперечисленных параметров.

Незначительное улучшение: отрицательный результат двух вышеперечисленных параметров.

без *улучшения:* отрицательный результат трех вышеперечисленных параметров.

В основной группе (табл. 1) положительные результаты лечения (значительное улучшение и улучшение) получены у 43 человек (71,7%).

Таблица 1.

Результаты лечения основной группы наблюдения

Значительное улучшение		Улучшение		Незначительное улучшение		Без улучшения	
28	46,7%	15	25,0%	10	16,6%	7	11,7%

В контрольной группе (табл. 2) положительные результаты получены у 24 человек (54,2%).

Таблица 2.

Результаты лечения контрольной группы наблюдения

Значительное улучшение		Улучшение		Незн.зчительное ул/чшение		Без улучшения	
12	25,0%	14	29,2%	13	27,0%		18,8%

В основной группе при повторном тестировании второй курс зостерина понадобился в двух случаях (3,3%), в контрольной группе необходимость в назначении зостерина сохранялась в 20 случаях (41,7%).

ВЫВОДЫ

1. Препарат «Зостерин-Ультра» является высокоэффективным вспомогательным средством в лечении дисбиозов кишечника, значительно улучшает результаты и ускоряет сроки клинического выздоровления.

2. При комплексной терапии достаточно проведения одного 10-дневного курса терапии «Зостерин-Ультра». Препарат выпускается в виде порошка, расфасованного в герметизированные пакетики по 0,5 г. Способ применения: растворить в горячей воде, при необходимости остудить и выпить натощак. Время приема и дозу необходимо тестировать. Наш опыт показывает, что суточная доза очень редко превышает 1 г (два пакетика).

По вопросам приобретения обращаться по тел.: (812) 442-23-18, эл. почта: Pilavsky@vmb-service.ru (Пилявский Сергей Орестович)

Дополнительные консультации по вопросам механизмов действия и клинических эффектов по тел./факсам: (812) 430-89-26/28 и/или эл. почте: Igor.Bondarenko@online.ru (Бондаренко Игорь Георгиевич)

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондаренко О.Д., Оводов Ю.С. О щелочной деградации зостерина Химия природных соединений. -1972. - № 3. - С. 385-386.
2. Михейская Л.В., Оводова Р.Г, Оводов Ю.С. Пектиновые вещества морских трав. VI. Исследование деградированного зостерина//Химия природных соединений. -1971. - № 3. - С. 246-249.
3. Михейская Л.В., Оводова Р.Г., Оводов Ю.С. Пектиновые вещества морских трав. IX. Исследование деградированного зостерина//Химия природных соединений. - 1973. - № 1. - С. 3-6.
4. Ovodova R.G., GolovchenkoV.V., ShashkovA.S., PopovS.V., Ovodovl.S. Structure and physiological activity ot lemnan, Lemna minor L. pectin./ / Bioorg. Khim. 2000 Oct; Vol.26(10): p. 743-751.
5. Watson RR, Orenstein NS. Chemistry and biochemistry of apiose // Adv. Carbohydr. Chem. Biochem. 1975; Vol. 31: p. 135-84.
6. Методические рекомендации по применению пектина «Зостерин-Ультра» на предприятиях ядерного топливного цикла и территориях, загрязненных радионуклидами. - М.: Минмедбиоэкстрем, 2002.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ОПИСТОРХОЗА

В.Б. Лерман, Д.Е. Варенков, А.М. Михайлов

Кафедра мануальной терапии, иглорефлексотерапии и неврологии Новокузнецкого ГИДУВ

АКТУАЛЬНОСТЬ

Описторхоз - одно из наиболее распространённых заболеваний. При этом в описании клиники в литературе имеются противоречивые данные, а химические препараты, используемые при лечении, часто являются токсичными для организма пациента.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Систематизация разнообразия клинических проявлений описторхоза и разработка оптимального подбора трав для лечения данного заболевания.

Материал и методы исследования. В течение года 76 пациентов (26 мужчин, 56 женщин в возрасте от 17 до 57 лет) проходили курс лечения в отделении восстановительного лечения с диагнозом «описторхоз», подтвержденным данными клинико-инструментального обследования. Для пациентов были характерны снижение выделительной функции печени, дискинезия желчного пузыря, снижение его концентрационной функции, расширение желчных протоков. Кроме того, имелись подтверждения иммунологических методов диагностики в 70% случаев, что говорит о слабой специфичности и чувствительности и целесообразности их использования лишь как дополнительных методов исследования. Кроме того, применялся метод мануального мышечного тестирования с использованием специфических гомеопатических нозодов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Как известно, заражение трематодами печени, относящимися к семейству Opisthorchiidae, происходит при употреблении в пищу инвазированной рыбы. В последние годы повысилась частота заболеваний, улучшилась диагностика и усилился эпидемиологический надзор.

Точно определить истинный уровень пораженное™ населения трематодозами достаточно сложно, поскольку ранние стадии инвазии в большинстве случаев протекают без клинических проявлений, а в хронической стадии клиническая симптоматика неспецифична и ее обычно оценивают как следствие болезней, имеющих другую этиологию, если не

проводится специальное клинико-паразитологическое обследование.

Трематоды печени, или сосальщики, или двуустки - плоские гельминты, длиной 5-20 мм, шириной 1-4 мм. Яйца, выделяемые описторхисами и клонорхисами, мелкие, до 0,026 мм, паразитируют в желчных протоках печени и протоках поджелудочной железы человека, домашних животных и некоторых диких животных.

Яйца гельминтов с уже сформировавшимися личинками выделяются во внешнюю среду, и дальнейшее развитие происходит в пресноводных водоемах, последовательно в пресноводных моллюсках, затем в рыбах семейства карповых.

После употребления в пищу инвазированной рыбы метаввркарии эксцистируются в двенадцатиперстной кишке, через Фатеров сосочек, мигрируют в общий желчный проток, далее во внутрипеченочные желчные протоки и затем во внут-:/-еченочные, где в течение 3-4 недель достигают половой зрелости и начинают откладывать яйца. У 20-40% лиц описторхисы также обнаруживаются в протоках поджелудочной лвяезы.

влвиика

Ранняя стадия

Основным является токсико-аллергический синдром, обусловленный воздействием метаболитов, выделяемых личинками при их миграции и созревании (фенолы, аммиак, ортофосфотирозин). В фекалиях больных на ранних стадиях, как правило, не обнаруживается яиц гельминтов. Ранняя стадия ларактеризуется отечностью, пролиферацией и десквамацией эпителия желчных протоков, его метаплазией с образованием бокаловидных клеток, железоподобных образований, выделяющих в желчь большое количество слизи.

Инкубационный период длится в среднем 2-3 недели. Клинические варианты течения ранней стадии разнообразны от ~ " = < форм до генерализованных аллергических реакций с множественными поражениями. Стертая форма ограничивает субфебрилитетом, незначительной эозинофилией, при нормальных показателях лейкоцитов. Болезнь в острой стадии начинается внезапно: лихорадка, боли в правом подреберье. Лихорадка имеет постоянный или неправильный тип, дернится 1-3 недели с максимумом 39° и выше эозинофилия - 20-40%, иногда до 90% на фоне лейкоцитоза до 20-60 тыс. и ииеренного увеличения сои. Максимального значения она обычно достигает на 2-3-й неделе, затем постепенно снижается, но еще к концу 3-4-го месяца число эозинофилов может превышать их исходное количество. Наибольший лейкоцитоз наблюдается к концу второй недели, затем он снижается.

В острой стадии могут отмечаться билирубинемия, повышение уровня трансаминаз, щелочной фосфатазы. В ряде случаев возникает поражение легких по типу астматоидного бронхита с мигрирующими инфильтратами.

Хроническая стадия

Связана с жизнедеятельностью паразитов в желчных протоках печени и поджелудочной железы. Между органами дуодено-холедохо-панкреотической зоны существует тесная взаимосвязь, поэтому хотя гельминты локализуются лишь в протоках печени и иногда - поджелудочной железы, характерна патология и остальных органов этой зоны. Основным патологическим процессом является хронический пролиферативный холангит и каналикулит поджелудочной железы, сопровождающийся различной степенью фиброза этих органов. Характерным также является развитие стриктур терминального отдела холедохо-пузырного протока.

В патогенезе этих инвазий имеет значение увеличение активности проколлагенпропилгидроксилазы в печени. Это ведет к увеличению синтеза коллагена и, соответственно, развитию фиброза, а также нарушению синтеза липидов и желчных кислот.

Клинический спектр описторхоза проявляется преимущественно симптомами хронического холицистодуоденита и панкреатита. Ведущими симптомами являются боли в верхней половине живота, преимущественно в правом подреберье, тошнота, плохая переносимость жирной пищи, сухость и горечь во рту и др. В ряде случаев течение болезни может быть тяжелым с обструкцией желчных протоков, развитием желтухи, рецидивирующего холангита абсцессов печени, острого панкреатита и желчного перитонита. Особо важной является роль описторхоза в канцерогенезе. В многочисленных исследованиях показана связь трематодозов с опухолями гепатобиллиарной системы, прежде всего холангиокарциномой. На территории России число заболеваний первичным раком печени наиболее высоко в Тюменской области, где особенно высок уровень пораженное™ населения описторхозом. Имеются также данные, свидетельствующие о возможном влиянии этих гельминтов на развитие рака поджелудочной железы и пузырного протока. В настоящее время механизм канцерогенеза объясняют синергизмом действия трематод, вызывающих аденоматозные изменения в органах желчевыделительной системы и экзогенных канцерогенов, в частности нитрозаминов, содержащихся в пищевых продуктах. Считается, что развитие холангиокарценомы представляет собой многофакторный процесс, при котором паразиты играют роль стимуляторов злокачественного роста, то есть выделяют в процессе своей жизнедеятельности факторы роста опухоли, в частности ортофосфотирозин. В настоящее время единственным средством для специфической терапии описторхоза и клонорхоза является празиквантел (билтрицид, цесол, цистицид, азенокс). Однако препарат обладает целым рядом побочных эффектов: головная боль, головокружение, слабость, повышение температуры, крапивница, тошнота, рвота и др., что в итоге приводит к применению во время лечения стероидных гормонов.

В связи с высокой токсичностью данного препарата и не абсолютной эффективностью на базе отделения восстановительного лечения ЗПЦ г. Новокузнецка решили использовать другой препарат, созданный специалистами кафедры мануальной терапии, иглорефлексотерапии и неврологии на основе лекарственных трав (в дальнейшем называемый «Состав») для оценки его эффективности и побочных действий.

Лечение проводилось в стационарных условиях на фоне висцеральной мануальной терапии, разгрузочно-диетической терапии, также приема лекарственных трав, обладающих

желчегонным и ферментостимулирующим действием, В течение суток каждый час пациентам выдавалось по 15 мл состава, независимо от их веса и стадии заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Исследованием установлено: из 76 пациентов, прошедших клинико-инструментальное обследование после курса лечения, у 74 пациентов диагноз «описторхоз» был снят; кроме того, у них нормализовалась выделительная функция печени, функция желчного пузыря, сократились желчные протоки. Из побочных явлений было установлены: слабость - у 8 пациентов, крапивница - у 3 пациентов, что, возможно, связано с аллергизирующим действием продуктов распада паразитов. Как правило, побочные реакции слабо выражены и не требуют специального лечения.

ВЫВОДЫ

Учет специфических особенностей различных стадий описторхоза будет способствовать ранней диагностике заболевания.

Применение препарата на лекарственных травах на фоне висцеральной мануальной терапии, разгрузочно-диетической терапии может с высокой эффективностью и с наименьшими побочными эффектами заменить химические препараты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. - М.: Медицина, 1979.
2. Васильева Л.Ф. Визуальная диагностика нарушений статики и динамики.-Иваново, 1996.
3. ВейнАМ., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. и др. Вегетативные расстройства / Под ред. А.М. Вейна. - М.: МИА, 1998. - 749 с.
4. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные реакции .- резистентность организма. - Ростов-на-Дону: Изд-во Ростовского ун-та, 1990.
5. Иваничев Г.А. Болезненные мышечные уплотнения. - Казань, 1996. -126 с.
6. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. - Самара, 1999.
7. РоликИ.С, ЮнусовФ.А. Биофизические методы реабилитации в клинике внутренних болезней. - Москва-Кельн, 1998.
8. Ситель А.Б. Мануальная терапия: Руководство для врачей. - М.: Русь. 1998.-303 с.
9. Тревелл Дж. Г., Симоне Д. Г. Миофасциальные боли / Пер. с англ. - М.: Медицина, 1989. - Т. 1. - 555 с.
10. Циммерман Я.С. Хронический холецистит и хронический панкреатит. -Пермь, 2001.-252 с.
11. Warmer D.S. Applied Kinesiology. - Synopsis Colorado: Systems - 1988. -572 p.

ДИАГНОСТИКА ГЕЛИКОБАКТЕРИОЗА МЕТОДОМ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

Л.И. Назаренко

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ

Приведено сопоставление возможности диагностики геликобактерной инфекции с помощью прикладной кинезиологии и данных, полученных при проведении фиброгастродуоденоскопии и рентгеноскопии. Показана высокая степень совпадения (89,4%). Анализируются возможные причины расхождения результатов.

Helicobacter pylory(Hp), открытый в 1983 году, является этиологическим фактором в развитии хронического антрального гастрита и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка, поэтому диагностика геликобактериоза является актуальной для решения вопроса о тактике терапии [1, 2, 3].

ЦЕЛЬИССЛЕДОВАНИЯ

Уточнить возможность диагностики геликобактерной инфекции с помощью прикладной кинезиологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 104 пациента (67 женщин и 37 мужчин), обратившихся с жалобами на боль в эпигастральной области и явления желудочной диспепсии (тяжесть в подложечной области, изжогу, отрыжку, тошноту). Диагноз был

Таблица 1.

Распределение больных по нозологическим формам

Диагноз	Количество человек	%
Хронический гастрит	84	80,8
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	16	15,4
Язвенная болезнь желудка	4	3,8

установлен с помощью фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) у 103 больных и рентгеноскопии желудка - у 1 больного.

Наряду с физикальным обследованием всем больным ироводилось мышечное тестирование на наличие Hp с использованием диагностического нозода «Campylobact» фирмы Metabolics Ltd (Англия).

Helicobacter pylory диагностировался различными методами (табл. 2).

«яйца 2.

Инструментально-лабораторные методы диагностики Hefcobacterpylory

Методы диагностики	Количество человек	%
I Быстрый уреазный тест	75	72,1
1 Определение антител к Hp в 1 сыворотке крови радиоимму- 1 «логическим методом	21	20,2
I Гистологическое исследование 1 биоптата слизистой оболочки I желудка	5	4,8
I Бактериологический посев [биоптата слизистой оболочки J желудка	8	2,9

У четырех человек были использованы два метода одиввременно (уреазный тест и определение антител к Hp).

Результаты исследования и их обсуждение. Мышечный **тест** оказался отрицательным у 11 человек (106%), причем **у** всех Hp не был обнаружен другими методами (уреазный **тест** - 7, гистологическое исследование биоптата - 3, антитела к HP - 1 человек). Среди этих больных у одного емка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки после испешной эрадикации Hp, у трех гастрит на фоне пищевой **аеиергии,** у остальных - рефлюкс-гастрит.

Положительный мышечный тест наблюдался у 93 пациентов (89,4%), подтвержден общепринятыми методиками I большинства из них (91 чел. - 87,5%). Чувствительность **метода** составила 97,8%. Расхождение между результатами общепринятых методик диагностики Hp и результатами мышечного тестирования наблюдалось в двух случаях: поножительный мышечный тест на Hp сочетался с нормальным уровнем антител сыворотки крови к нему. Обе пациентки страдали в течение длительного времени язвенной воиезнью двенадцатиперстной кишки, поэтому наличие геиибактериоза у них весьма вероятно. Поскольку у этих больных не проводилось прямых методик определения Hp, то -г=:зможно сделать вывод о том, какой метод диагностики был ошибочным.

Через месяц после проведения тройной эрадикационной терапии [1] повторно было обследовано 30 человек, у двух из них наблюдался положительный мышечный тест на **Hp и** сохранялись прежние жалобы. Уреазный тест, выполненный при контрольной ФГДС, выявил наличие геликобактерной инфекции. Пациентам был назначен повторный курс эрадикационной терапии со сменой антибактериальных препаратов. 28 больных жалоб не предъявляли, Hp не тестировался с помощью диагностического нозода, однако у 5 из них обсемененность слизистой оболочки антрального отдела желудка была остановлена с помощью бактериологического посева (1 чел.) и уреазного теста (4 чел.).

Отрицательные результаты мышечного тестирования у больных с верифицированным наличием Hp наблюдались также в случаях, когда в клинической картине лидировали симптомы других заболеваний органов пищеварения. Например, больной с Hp-ассоциированным гастритом в момент осмотра предъявлял жалобы на мучительную изжогу, отрыжку, боль при глотании пищи. Мышечный тест на Hp был отрицательным. При ФГДС была выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, эрозивный рефлюкс-эзофагит, уреазный тест на Hp был резко положительным.

На основании проведенных исследований можно сделать следующие выводы.

1. Мануальное мышечное тестирование с помощью специального диагностического нозода является высокоинформативным вспомогательным методом диагностики геликобактерной инфекции у пациентов с хроническим гастритом, а также язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе обострения.
2. Отрицательный мышечный тест на Hp у больных в фазе затухающего обострения или ремиссии заболевания не исключает наличия геликобактерной инфекции, поэтому контроль за эрадикацией Hp целесообразно проводить с помощью прямых методов диагностики во время ФГДС (бактериологический посев, уреазный тест, гистологическое исследование биоптата).
3. При обострении сопутствующих заболеваний органов пищеварения Hp не тестируется с помощью метода прикладной кинезиологии, так как в момент обследования Hp-ассоциированное заболевание не является приоритетной проблемой для организма человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Барановский А. Ю., Щукина О. Б., Назаренко Л.И. Эрадикационная терапия Helicobacter pylory // Клиническая фармакология и терапия.-1999.- №1.-С. 54-58.**
2. **Ивашкин ВТ. Helicobacter pylory: биологические характеристики, патогенез, перспективы эрадикации .-1997. - № 1. - С. 21-23.**
3. **Циммерман Я.С. Хронический гастрит и язвенная болезнь. - Пермь, 2000.-255 с.**

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАНАРИЦИЯМИ (ВЫБОР АКТУАЛЬНЫХ ТОЧЕК С ПОМОЩЬЮ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ)

П.П. Павлов, П.Е. Крайнюков
Госпиталь соединения Ракетных Войск Стратегического Назначения,
войсковая часть 73934, г. Иркутск - 78

РЕЗЮМЕ

У 38 больных с гнойными заболеваниями пальцев проводилось тестирование с помощью прикладной кинезиологии для выявления дисбаланса в системе меридианов. Показана эффективность иглорефлексотерапии в комплексном лечении панарициев.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Среди всех нагноительных процессов мягких тканей и костей гнойные заболевания пальцев кисти занимают первое место (до 15% от всех впервые обратившихся к хирургу больных [3,8,10]). Панариции объединяют группу заболеваний, сущность которых составляет неспецифическое острое воспаление различных анатомических структур пальца. Необходимо отметить, что на результаты лечения и исход заболевания влияют сроки обращения больного, правильно выполненное оперативное вмешательство, индивидуальный подход к каждому больному и проведение комплексного послеоперационного лечения, направленного на организм в целом.

Все шире в медицине для лечения различных заболеваний используется иглорефлексотерапия, в основе которой лежит философия целостного подхода к человеку как части природы. Все процессы, происходящие в организме человека и природе, взаимосвязаны и оказывают влияние друг на друга, о чем свидетельствуют ухудшение самочувствия больных и обострение хронических заболеваний при магнитных бурях, повышенной солнечной активности и т.д. [5, 7, 9].

Наши наблюдения свидетельствуют о целесообразности включения этого ценного метода в комплексное лечение больных с гнойными заболеваниями пальцев кисти.

Еще в древности на акупунктурные точки с лечебной целью воздействовали с помощью игл. Особенность иглорефлексотерапии состоит в том, что при воздействии на относительно малую зону раздражения возникает специфический характер афферентации, появляется возможность вызывать отдаленные рефлекторные реакции. Воздействие на акупунктурные точки оказывает стимулирующее, регулирующее и нормализующее влияние на реактивность организма, повышает его защитные силы, активизируя функцию системы макрофагов, миелоидной и гипофизарно-надпочечниковой систем; способствует уравновешенности и подвижности основных нервных процессов, устранению вегетативных, вегетативно-сосудистых и вегетативно-висцеральных нарушений, нормализует фибринолитическую активность крови и иммунобиологические показатели [1, 4]. Установлено влияние иглорефлексотерапии на различные звенья сосудистой системы, проницаемость сосудистой стенки, электролитный обмен, гомеостаз. Доказано анальгезирующее, десенсибилизирующее влияние иглоукалывания [6, 7].

В классической иглорефлексотерапии энергия «Чи», являясь энергией жизни, протекает в теле по меридианам в определенном направлении. Она существует в двух видах: положительная «Чи» (Ян) и отрицательная (Инь). Обе энергии «Чи» необходимы для здоровья, и между ними должен быть баланс.

Возникший дисбаланс в меридиональной системе проявляется или слишком большим, или слишком малым количеством энергии «Чи» в одном меридиане или более. Причинами возникновения дисбаланса в тонком мире меридиональной системы могут стать нарушения питания, травмы, воздействия различных факторов окружающей среды, сезонных колебаний, эмоциональных перегрузок и нарушений. Стимуляцией акупунктурных точек при помощи игл возможно корригирование возникшего дисбаланса [2,5].

В доступной литературе нет сведений о дифференцированном лечении гнойных заболеваний пальцев кисти с помощью иглоукалывания. Доктор хиропрактики G. Goodheart из Дейтройта (штат Мичиган) создал оригинальную методику, с помощью которой возможно установить обратную связь с организмом. Благодаря этой методике есть возможность определить меридианы с избытком и недостатком энергии «Чи» в организме человека [11].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выбор актуальных акупунктурных точек в системе комплексного лечения гнойных заболеваний пальцев кисти с целью улучшения результатов лечения больных с данной патологией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наблюдалось 38 больных с различными формами панарициев, которым проводилось общепринятое лечение. Оно включало оперативное вмешательство по показаниям с санацией гнойного очага и дренированием раны; антимикробную терапию с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам; общее медикаментозное и физиотерапевтическое лечение [3, 10]. Всем больным было проведено мануальное мышечное тестирование, принятое в прикладной кинезиологии. Иссле-

девалась локализация сигнальных точек энергетических каналов с избытком или недостатком энергии «Чи». Проведенные исследования определяли стратегию рефлексотерапии • каждом случае.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исходя из проведенного обследования и анализа было установлено, что пораженный гнойным воспалением палец **о с т и** всегда «притягивает» к очагу воспаления избыточное юличество энергии для поддержания очага воспаления. Оказалось, что нарушения происходят в паре смежных Ян - Инь меридианов: P-GI; TR-MC; C-IG.

При поражении I пальца кисти избыток энергии всегда соответствует меридиану (P) легкого, а недостаток энергии шсегда определяется в меридиане (GI) толстого кишечника. Если гнойным процессом поражен V палец кисти, то избыток анергии может тестироваться либо в меридиане сердца (C), ж б о в меридиане тонкой кишки (IG).

При лечении мы использовали ЛО-пункт меридиана с избытком энергии и точку-пособник (источник) спаренного меридиана.

Нами было установлено, что проводить коррекцию в сис**теме** меридианов при гнойном заболевании I пальца кисти необходимо в точке P - 7 (ЛО-пункт) и GI-4 (точка-источник); **I** пальца - GI-6 (ЛО-нункт) и P-9 (источник); III пальца - MC-6 **hTR**-4; IV пальца - TR-5 и MC-7; V пальца - C-5 и IG-4, IG-7 и **C**-7. Как правило, вовлеченные в патологический процесс меридианы у разных больных для каждого пораженного паль**на** повторялись.

Перед началом лечения и перед каждым последующим сеансом проводилось тестирование с определением акупунпурных точек. По результатам исследования составляли «акупунктурный рецепт» на каждый новый сеанс для проведения энергетической коррекции в системе меридианов. Продолжительность сеансов - от 20 до 25 минут по седирующему (ослабляющему) варианту.

Для всех больных рефлексотерапия оказалась эффективной, причем большинству из них потребовалось 3-4 процедуры. После первого сеанса уменьшались боли в пораженном пальце, в связи с чем не требовалось дополнительного обезболивания в послеоперационном периоде и при первой, самой болезненной перевязке. Значительно улучшалось общее самочувствие. Объективно, в ходе лечения наблюдалось укорочение гнойно-некротической фазы раневого процесса, раннее исчезновение перифокального воспаления. Рана быстрее «очищалась», что способствовало гладкому течению раневого процесса и снижению срока пребывания больного в стационаре.

Таким образом, использование прероженного метода позволяет существенно повысить эффективность проводимого комплексного лечения панарициев и улучшить результаты лечения больных с данной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вогралик В.Г. Слово о китайской медицине. -/ Горький: Волга, Вятское кн. издательство, 1959. - С.335.
2. Гаваа Лувсан. Традиционное и современные аспекты восточной рефлексотерапии. - / М. : Наука, 1992. - С. 575.
3. Горбашко А.И., Самофалов А.Н., Ракманов Р.К. Комплексный метод лечения гнойных заболеваний кисти // Вестник хирургии. — 1991.— № 1.-С. 96-97.
4. Коган О.Г. с соавт. Клинико-энергетическая характеристика канальной системы. - Новосибирск: ВО «Наука», Сибирская издательская фирма,1993.-216с.
5. Киргизов Ю.А. Киргизов В.Ю. Практическое руководство иглоукалывания и прижигание. - Иркутск: Восточно-Сибирское книжное издательство, 1995.-С. 432.
6. Мачерет Е.Л. Самоскж И.З. Руководство по рефлексотерапии. // Киев: Высшая школа, 1982,304 с.
7. Малостов В.Д. Иглотерапия. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. - С. 480.
8. Савин А.М., Ахмедзянов Р.Б. Гнойные заболевания кисти. - Самара, 1991.-С. 4-25.
9. ТабееваД.М. Руководство по иглорефлексотерапии. - М.: Медицина, 1980.-560 с.
10. Шевченко Ю.Л. с соавт. Частная хирургия. - СПб.: Специальная литература, 1998.-Т. I.-С. 36-55.
11. Goodheart, G., Applied Kinesiology, 1974, Workshop Procedure manual. - Detroit, privately published, 1978. - P. 280.

ПУЛЬСОВАЯ ДИАГНОСТИКА В ЗОНЕ ЦУНЬ-КОУ, АДАПТИРОВАННАЯ ПОСРЕДСТВОМ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИИ, КАК ДОСТУПНЫЙ СПОСОБ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ТОЧКИ АКУПУНКТУРЫ

И.Ш. Ахтямов

Российский государственный медицинский университет

Актуальность использования иглорефлексотерапии в лечебной практике современной медицины в значгтельной мере объясняется физиологичностью, безвредностью и высокой эффективностью метода акупунктуры, которая в ряде случаев превосходит возможности современной лекарственной терапии. Значительный интерес представля-

ет и то, что лечебная практика восточной медицины, способствуя мобилизации собственных ресурсов организма, позволяет уменьшить, а иногда избежать потребления большого количества лекарственных средств.

Общеизвестно, что основные теоретические концепции чжэнь-цзю терапии рассматривают человеческий организм в неразрывном единстве с окружающим миром («небо - человек - земля»). Древневосточная диагностика классифицирует все симптомы болезни не с позиции нозологического диагноза, а с точки зрения складывающегося болезненного синдрома (выделяется восемь основных синдромов и важнейшие из них - «синдром ян», «синдром инь») как ответной реакции организма на изменяющиеся факторы внешней и внутренней среды [18, 14, 6, 21, 25, 30]. Каждый синдром включает не просто большое количество симптомов болезни, но и ее причину, обусловленную поломкой энергетических (энергия ци, кровь) возможностей цельного организма, которая в зависимости от характера патологического процесса проявляется в виде той или иной органо-канальной локализации [7, 15, 18, 20,25]. Это, в свою очередь, в определенной степени запутывает врача с европейским образованием [7,30], а цветистые древневосточные рекомендации по принципам лечения основных синдромов [18, 22, 27] типа «нагревание холода», «охлаждение жара», «заполнение пустоты», «выпускание полноты» и т.д. привели к тому, что большинство иглорефлексотерапевтов проводят лечение по принципу, предложенному еще Чжу-Лянь (1959), а именно: есть точки акупунктуры, помогающие при тех или иных клинических симптомах, и они классифицированы в более или менее определенные заготовки рецептуры точек воздействия при том или ином заболевании. Следует отметить, что «рецептурные заготовки» точек акупунктуры с теми или иными отличиями кочуют из одного источника литературы в другой [26, 5, 6, 8,14,15,17,18, 20, 21,23, 24, 30].

В то же время известно, что древневосточные врачи занимались изучением картины языка больного, пальпацией передней стенки живота и прощупыванием пульсов, причем данные, полученные такими методами обследования, считались ключом к правильной диагностике [7,15,18, 20, 25, 30].

Значимость пульсовой диагностики для успешного лечения методом чжэнь-цзю никогда не оспаривалась и в современной литературе [1, 6, 7,11,12,15,18, 21, 25, 30] хотя бы потому, что каждому из основных синдромов соответствует определенный тип пульса (рис. 1). Однако почти полувековое

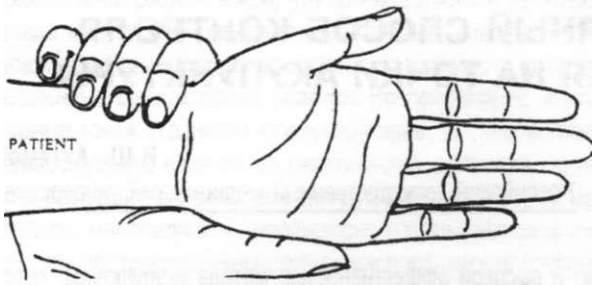


Рис. 1. Правила расположения руки для диагностики точек пульса (Цит. По D.S. Walter, 1988)

внедрение акупунктуры в нашей стране является наглядной демонстрацией того, что преобладающая масса современных врачей не смогла овладеть пульсовой диагностикой на уровне знаний древних восточных медиков. Это объясняется не только формой передачи знаний по системе «учитель - ученик», но и тем описанием характеристик и свойств пульса, которое носило исключительно субъективный характер. Именно субъективное восприятие «пульсов» (так, в ряде древневосточных источников приводится до 27 типов патологического пульса [7,14, 22, 27]), в основе которого лежит многолетняя практика развития высоких сенситивных способностей врача, мешает современным иглорефлексотерапевтам овладению таким эффективным методом диагностики, как пульсовая диагностика (рис. 2). Во всех источниках (в древности и сейчас) подчеркивается, что для овладения пульсовой диагностикой необходим многолетний труд, большая наблюдательность, тренировка чувствительности пальцев, хотя согласно данным из книги «И-сюэ жу мэнь» «...истинный секрет знания пульсов на протяжении тысяч лет с глубокой древности заключался в знании поверхностных (фу) пульсов, глубоких (чжан) пульсов, медленных - чи и частых - шу, то есть всего 4 группы определения пульсов» [27].

Возникновение прикладной кинезиологии (ПК) связано с эмпирическими наблюдениями Г. Гудхарта, который, обнаружив наличие феномена внезапного развития преходящей мышечной слабости всех ранее сильных мышц (индикаторные мышцы) в определенных условиях, выдвинул гипотезу о первичности мышечной слабости и мышечной гипотонии как универсальной реакции на любую патологию или дисбаланс в организме [2,12,29]. Прикладная кинезиология изучает функциональные взаимосвязи организма, представленные структурными, химическими и психическими составляющими, повреждение которых отражается на изменении тонуса конкретных скелетных (ассоциативных) мышц, и диагностика этого нарушения методом мышечного тестирования (с учетом особенностей, принятых ПК) дает выявление патологии на уровне той или иной функциональной взаимосвязи.

Именно прикладная кинезиология, использующая силу мышцы как реальный маркер наличия биологической обратной связи с организмом, взяла за основу вышеизложенные положения древневосточной медицины, что позволило без ущерба для практики уйти от уровня субъективно-тактильного восприятия «пульсов» и в то же время выявить точки пульса (10 I юй-цзи) для чудесных меридианов. Иначе говоря, использование методов прикладной кинезиологии (мануальное мышечное тестирование, терапевтическая локализация и т.д.) позволило не только выявить «новые точки» пульса для чудесных меридианов (рис. 3), но и избежать трудностей передачи опыта оценки пульсов, основанного на сугубо индивидуальном восприятии врача.

Однако большинство современных иглорефлексотерапевтов почти не знакомы с работами специалистов прикладной кинезиологии в области акупунктуры [2, 3, 9,12,13], которые позволяют индивидуализировать лечебный процесс путем проведения пробного воздействия (провокации) с последующим анализом наличия восстановленного тонуса мышц (ин-

джаторных, ассоциативных) в ответ на провокацию, что и является положительным терапевтическим эффектом. Для акупунктуры представляет практический интерес не просто возможность верификации посредством ПК многих положений древневосточной медицины («антенный» эффект иглы в точке акупунктуры, движение «энергии ци» по и против хода меридианов, циклическая связь меридианов с большими биологическими часами, объективация на уровне мышечного тонуса тонизирующих и седативных связей цикла «у-син» и т.д.), а **то,** что, используя метод мануального мышечного тестирования совместно с феноменом терапевтической локализации **(т**.е. положение рук или кончиков пальцев на «больной орган» **или** точку акупунктуры), можно подбирать эффективный **рецепт** точек воздействия для конкретного больного.

Философская концепция прикладной кинезиологии позво**мкт** целостно оценить любой процесс с позиции существую**щего** в организме баланса структурных (оценка взаиморасположения и взаимодействия позвонков, суставов, мышц, **нхтей,** мембран черепа внутренних органов), химических (поступление полноценных питательных веществ и выведение токсинов) и психоэмоциональных (в основе ее лежит положи**тельное** отношение к жизни и к себе) нарушений. Все вышеизложенное созвучно с концепциями древневосточной медицины, согласно которым здоровье - баланс (равновесие) уравновешенных инь и ян в организме, в его системах и органах, и нарушение этого равновесия (гомеостаза) в любой морфофункциональной структуре организма обусловливает болезнь [7,15,18, 20].

Физиологическая значимость метода чжэнь-цзю в последнее время рассматривается в контексте ци-гун, т.е. с позиции «адаптационно-энергезирующей терапии [7], причем современная наука, имея множественные свидетельства о высокой чувствительности биологических объектов к электромагнитным полям естественного происхождения, допускает, что энергия ци имеет электромагнитную составляющую [7,19,31], а теоретики прикладной кинезиологии вообще отождествляют ее с электромагнитными колебаниями [12], Поэтому в прикладной кинезиологии с большим успехом применяются известные методы усиления электромагнитного поля (круглый магнит, магнит в виде стержня), которые усиливают реакцию мышц, и, наоборот, изолирующие средства (свинец, керамика), способные блокировать передачу информации, и мышечный тест [12]. В то же время цигуновские методы регулирования ци - это манипулирование посредством дыхания (вдох направляет ци к коже с концентрацией в области лица, стоп и ладоней, а выдох, наоборот, вглубь - к внутренним органам и костному мозгу) электромагнитной силой в биоэлектрическом контуре человеческого тела с помощью «правильного использования пищи, воздуха», физических упражнений и концентрации мысли [31].

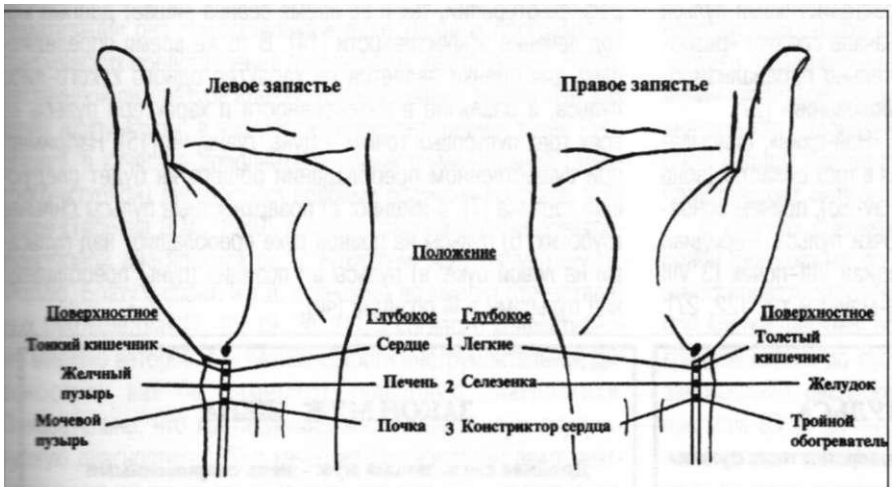


Рис. 2. Пульсовые точки правой и левой руки (Цит. По D.S. Walter, 1988)

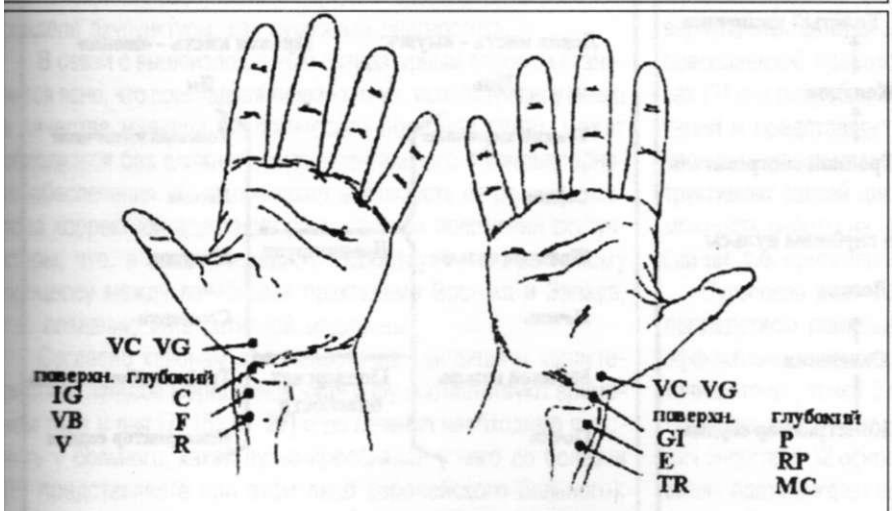


Рис. 3. Пульсовые точки для передней и заднего срединного меридианов (Цит. По D.S. Walter, 1988)

В основе электропунктурной диагностики Р. Фоля также лежит волновой электромагнитный принцип, используемый, в частности, для тестирования медикаментов [19]. Известно, что эффективность использования лечебных трав и медикаментов (имеющих собственные спектры электромагнитных колебаний) основана на резонансном взаимодействии (отклике) с частотой электромагнитных колебаний патологических зон, наличие которых в организме появляется за счет происходящих на уровне органов, систем, тканей процессов десинхронизации различных колебательных (волновых) процессов [4,10, 12,19]. Считается, что волновой электромагнитный принцип в виде резонансного взаимодействия лежит в основе объяснения феномена терапевтической локализации, проявляющейся в виде возникновения слабости мышцы при прикосновении к

патологической зоне [2, 12, 27]. Далее необъяснимый привычными физиологическими механизмами факт суррогатного тестирования (когда слабость передается через прикосновение нескольких человек) становится понятным при допущении того, что в основе терапевтической локализации лежит биорезонанс [2, 12, 28].

Биорезонансный отклик проявляется изменением различных физиологических параметров организма (в частности, изменяются пульс, артериальное давление, электрокардиограмма, ЭЭГ), биофизических показателей точек акупунктуры, а также изменением мышечной силы как проявлением глобальной реакции тела [12, 19].

Нарушение взаимодействия инь-ян может быть многообразным как по направлению и степени выраженности, так и по локализации в тех или иных системах и органах тела [7, 18, 20]. Древневосточной медициной описаны восемь основных синдромов (инь-ян, внутренний - поверхностный, холод - жара, пустота - полнота) состояния и взаимодействия инь-ян, и каждый из них имеет свои внешние клинические признаки и находится под «контролем пульсовой диагностики или биофизических исследований соответствующей (избирательной) пунктурной терапии» [7]. Согласно рекомендациям древних, если имеются противоречия между характеристиками пульса и внешними признаками болезни, то вначале следует «разобраться с пульсом, а после этого тщательно проанализировать внешние признаки проявления заболевания» [27].

В древних источниках, в частности «Нэй-цзин», описывается, что диагностика пульса проводится в трех областях (зона цунь-коу, зона 9 III жэнь-ин, зона 59 VII фу-лю), причем основные меридианы имеют собственные точки пульса: меридиан III-желудка (точка 42 III чун-ян), меридиан VIII—почек (3 VIII тай-си), меридиан V-сердца (7 V шэнь-мэнь) и т.д. [22, 27]. Наибольшее признание получила зона цунь-коу, расположенная на запястье, которая, являясь «отверстием для выхода дыхания-ци организма», представляет собой большое место соединения всех пульсов, и на основании состояния пульсов в этом месте можно судить о состоянии всего организма [27]. Одним из наиболее ценных достижений пульсовой диагностики является выявление того, что каждый орган чжан-фу и соответствующие им 12 основных меридианов имеют свою так называемую концентрическую точку цунь-коу на лучевой артерии (рис. 4). Традиционно пульс определяется в трех точках: 1) цунь - в точке 91 тай-юань; 2) гуань - на 0,5 цуна проксимальные точки тай юань; 3) чи - в точке 81 цзин-цюй. При исследовании врач ощущает одновременно шесть пульсов, т.е. по три пульса на каждой руке больного, причем за счет более слабого (инь) или более сильного (ян) надавливания пальцев на все шесть точек выявляются поверхностные (ян, соответствуют органам фу) и глубокие (инь, соответствуют органам чжан) пульсы, что в конечном итоге способствует выявлению состояния «энергетического» гомеостаза организма, так как пульсы показывают повышение или недостаток энергии в 12 основных меридианах.

Недооценка состояния пульса как до начала сеанса иглорефлексотерапии, так и во время сеанса лишает данный метод лечения эффективности [14]. В то же время определяющим для оценки является не характер одного какого-либо пульса, а различие в интенсивности и характере пульса во всех трех пульсовых точках - цунь, гуань, чи [15]. Например, при существенном преобладании общего ян будет следующая картина [7], а именно: а) поверхностные пульсы сильнее глубоких; б) пульсы на правой руке преобладают над пульсами на левой руке; в) пульсы в I позиции (цунь) преобладают над пульсами в III позиции (чи).

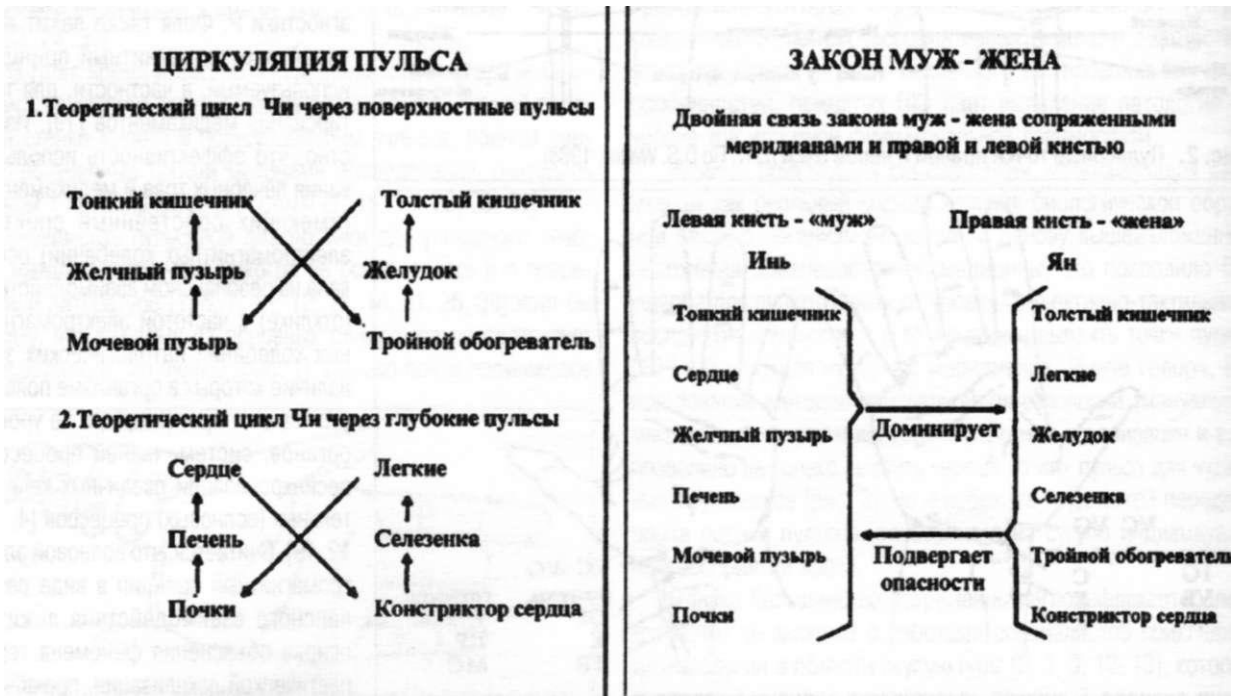


Рис.4. Правила акупунктуры для пульсовой диагностики (Цит. По D.S.Walter, 1988)

В практической работе наиболее часто встречается то состояние, когда равновесие инь-ян нарушено не во всей системе взаимосвязей меридианов, а только в ряде из них, и в этих случаях пульсовая диагностика особенно сложна [7,15, **27].** В сложных случаях рекомендуется опираться на внешние характеристики картины болезни [27], на уровень артериаль**ного** давления, совмещенные с компьютерной пульсометри**ей** [15], или инструментальную диагностику [7, 20], опирающуюся на биофизические показатели определенных репрезентативных точек.

Компьютерная система пульсовой диагностики позволяет исследовать и анализировать основные параметры пульсовых волн в репрезентативных точках (точки цунь-коу), расположенных на лучевой артерии лучезапястных суставов, как и в классической пульсовой диагностике. По мнению авторов **[15].** математическая и программная обработка измеряемых характеристик пульсовой волны позволяет объективизировать и визуализировать состояние как основных функциональных систем (меридианов, каналов, органов), так и всего организ**ма** в целом и, что очень актуально, «...субъективный комплекс ощущений анализа и выводов, которые врач традиционной медицины вынужден был удерживать в памяти...». После систематизации она представлена в виде удобных программно-графических представлений (гистограмм, пентаграмм). В отечественной литературе идея об использовании биофизических **точек** акупунктуры, в частности репрезентативных точек Рио**явраку,** в качестве дополнительной инструментальной (электропунктурной) диагностики впервые озвучена в начале 80-х гадов (Табеева Д.М., 1980), а сейчас разновидности электронунктурной диагностики по Е. Накатани, А.И. Нечушкину, Р. **Фоллю,** Брату с соавт. и т.д. освещены во многих отечественна руководствах [7,15,19, 20, 21], и согласно коллективно**му** мнению авторов, эти разновидности инструментальной диагностики как бы заменяют пульсовую диагностику. Показательно, что критикующие инструментальную акупунк**турную** диагностику [25] в качестве альтернативы дают диагностику по языку, но не по пульсу, что лишний раз подчеркиветсложность восприятия и передачи опыта в таком сложном разделе акупунктуры, как пульсовая диагностика.

В связи с вышеизложенным литературным обзором становится ясно, что прикладная кинезиология, используя силу мышц • качестве маркера биологической обратной связи, может обходиться без сложного инструментального и компьютерно**го** обеспечения, а это повышает значимость ее роли как ме**тода** корректной адаптации ряда сложных положений акупун**пуры.** что, в свою очередь, способствует интегративному процессу между лечебными практиками Востока и Запада, **т**.е. созданию интегративной медицины.

Согласно канонам древневосточной медицины характе**ристики** пульсов меридианов чжан и фу соответствуют временам года и дня [7,15,16, 22] и до лечения необходимо выяснить у больного, какой пульс преобладал у него до болезни

^оедставляете при этом лицо европейского больного), имеется ли соответствие или, наоборот, несоответствие конституции человека [27]. Далее, в зависимости от последовательности изменения пульса можно определить состояние больного, и если по пульсу определили наличие заболевания, то врачу следует разобраться в наличии или отсутствии духа-шэнь в организме [27]. В каноне говорится, что диагностика пульса-май (т.е. «подвижный пульс» в зоне цунь-коу) более важно, чем определение дыхания-ци и крови-цюэ, и что кровь совместно с дыханием ци представляют собой дух-шэнь организма человека [22]. Для врача важно научиться различать характеристики субстанции инь и ян в зависимости от наличия или отсутствия «силы» в пульсе, а также он должен разбираться в характеристиках пустоты или наполнения в зависимости от наличия или отсутствия духа-шэнь. Например, болезнь проходит в трех меридианах субстанции инь, при этом выявляется, что все пульсы глубокие - чжан, и поэтому весь «секрет диагностики» - в возможности отдифференцировать пульсы с наличием силы и без таковой [22, 27]. Причем наличие силы в пульсе свидетельствует о преобладании субстанции ян, состояния наполненности и преобладании жара, а отсутствие - о преобладании субстанции инь, процессах опустошения и действии холода. Вышеизложенное (даже в описании) представляется таким сложным, что поневоле начнешь оправдывать и современных китайских медиков, переходящих к нозологической квалификации болезней [7, 15]. Поэтому находки прикладной кинезиологии в области пульсовой диагностики, позволяющие, не отходя от холистического направления китайской медицины, объективизировать посредством анализа функционального состояния тонуса (силы) тестируемой мышцы ряд ее положений, представляют значительный практический интерес.

В канонах древневосточной медицины говорится о пульсовой диагностике по трем областям [27], позволяющим диагностировать заболевания, которые расположены выше грудной клетки (верхняя область - зона 9 III жэнь-инь), в области грудной клетки до пупка (средняя зона цунь-коу) и, наконец, заболевания, расположенные от (ниже) пупка до пяток (нижняя зона 59 VII фу-ян), и высказывается сожаление о частичной потере информации о них, подтверждением чему является отсутствие описания этих зон в современных руководствах по иглорефлексотерапии [7, 15]. Прикладная кинезиология вернула этот важный момент пульсовой диагностики в режим повседневной практики, в частности, в теоретических основах [3] она подробно описана в разделе незавершенной адаптации и представляет, на наш взгляд, как обоснование (на уровне мышечного тестирования) наличия созидающих и деструктивных связей цикла у-син, так и целенаправленную возможность работы на уровне поверхностной циркуляции энергии ци, т.е. сухожильно-мышечных меридианов.

Пульсовая диагностика в зоне цунь-коу, адаптированная посредством прикладной кинезиологии, дает возможность эффективно контролировать подбор точек акупунктуры (античных точек, точки 5 элементов, точки китайской хронопунктуры), на уровне которых осуществляется глубокая циркуляция энергии в 12 основных меридианах, и, как уже отмечалось выше, подтверждает выводы древних медиков о наличии точек пульса. Точки пульса в зоне цунь-коу локализуются последовательно врачом и пациентом (можно и наоборот), после чего сильная индикаторная мышца тестируется на ослабление.

Далее проводится тестирование ассоциированных мышц для обоих меридианов, связанных с исследуемыми точками пульса, и, если предыдущие процедуры были правильными, мышцы должны быть слабые [2, 9]. По схеме точек акупунктуры [9], представленных большими кругами цикла у-син (меридианы), содержащих в себе в виде маленьких кружочков точки 5 элементов, производится алгоритм поиска той одной точки (мечта иглорефлексотерапевта), на которую необходимо воздействовать у данного больного,

Таким образом, древневосточная медицина является альтернативной терапией важнейших недостатков современной медицины, а именно: лекарственная зависимость, лекарственная непереносимость. Метод чжэнь-цзю всегда использовал пульсовую диагностику в диагностико-терапевтических целях, а прикладная кинезиология, обнаружив изменение мышечной силы как ответную реакцию резонансного взаимодействия, верифицировала многие положения акупунктуры, в том числе и пульсовую диагностику. Классики прикладной кинезиологии скрупулезными исследованиями установили ассоциации между отдельными мышцами и органами, акупунктурными каналами, позвонками, точками пульса, что позволяет прикладной кинезиологии заслуженно претендовать на роль интегративной медицины Запада и Востока. Внедрение методов прикладной кинезиологии в акупунктуру дает уникальную возможность в индивидуальном порядке отдифференцировать уровень воздействия на точки акупунктуры (мышечно-сухожильные меридианы, основные меридианы и последовательность их применения), время воздействия (хроноакупунктура), а также метод воздействия (тонизирующий, седативный).

Для практической реализации широкого внедрения методов прикладной кинезиологии в практику акупунктуры приглашаем к сотрудничеству всех заинтересовавшихся и предлагаем обучение новой методике обратной биологической связи для повышения эффективности акупунктуры.

Желающие познакомиться с программой обучения могут обращаться по тел.: (095) 995-45-13, E-mail: Vasiljeva_LF@mtu-net. ru

ЛИТЕРАТУРА

1. АхгямовИ.Ш., ГойденкоВ.С, ГареевА.Х. древневосточные концепции с позиций транспортной функции сердечнососудистой системы: Лекция. -М.:ЦИУВ, 1991. - 28 с.
2. Васильева Л.Ф. Теоретические основы прикладной кинезиологии. - М., 2002.-84 с.
3. Васильева Л.Ф.,КушнаренкоС.Г., Зотов И.Д. Теоретические основы прикладной кинезиологии: Учебное пособие по материалам семинаров Cheedon D., Smith C, Shaffer. - М., 2002. - Часть 2. - 31 с.
4. Биорезонансная терапия: Методические рекомендации / Е.Е. Мейзеров, И.Л. Блинков, Ю.В. Готовский, М.В. Королева, В.С. Каторгин. - М.: Научно-практический центр традиционной медицины и гомеопатии МЗ РФ, 2000. - 27 с.
5. Вогралик В.Г. Основы китайского лечебного метода Чжэнь-цзю. - Горький, 1962.-192 с.
6. ВограликВ.П, ВограликМ.В. Иглорефлексотерапия: Пунктурная рефлексотерапия. - Горький, 1978. - 295 с.
7. Вогралик В.Г., Вогралик М.В. Акупунктура. Основы традиционной восточной рефлексодиагностики и пунктурной адаптационно-энергезирующей терапии: ци-гун. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. - 336 с.
8. Гойденко В.С., Котенкова В.М. Практическое руководство по рефлексотерапии. - М., 1982. - 117 с.
9. Дил Ш.С. (Sheldon S. Deal). Короткие пути акупунктуры //Прикладная кинезиология. - 2002. - № 1. - С.40-43.
10. Зилов В.Г. Информационный гомеостазис. Информационная сущность традиционной медицины. - М.: МГУЛ, 2000. - С.177-238.
11. Качан А.Т., Богданов Н.Н., Варнаков П.Х. и др. Анатомо-топографическое расположение корпорал ьных точек акупунктуры и показания к их применению. - Воронеж, 1986. - 140 с.
12. Кузнецова О.В. Прикладная кинезиология и акупунктура/Учеб. пособие для врачей. - Новокузнецк, 2002. - 77 с.
13. Кузнецова О.В. Использование прикладной кинезиологии для выбора чудесных меридианов // Прикладная кинезиология. - 2002. - № 1. - С.43-45.
14. Лувсан Гаваа. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. - М., 1986. - 576 с.
15. Лувсан Гаваа. Традиционные и современные аспекты восточной медицины. - М., 2000. - 400 с.
16. Лю Бин Цюань. Выбор оптимального времени для иглоукалывания. Сборник методов традиционной китайской хронопунктуры. - Пермь: Авиценна, 1992. - 160 с.
17. МачеретЕ.Л.,Сам(ХЖжИ.З.Руководствоторефлексотерапии.-Киев: Высшая школа, 1982. - 101 с.
18. Нгуен Ван Нги. Патогенез заболеваний. Диагностика и лечение методами традиционной китайской медицины: иглоукалывание, массаж и прижигание. :МП «Вен-Мер», 1992. - Т. 1,2. - 48 с.
19. Самохин А.В., Готовский Ю.В. Практическая электропунктура по методу Р. Фолля. - М., 1997. - 314 с.
20. Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии. М.: Медицина, 1980.-560 с.
21. Табеева Д.М. Практическая акупунктура. Смоленск: Гомеопатическая медицина, 1997. - 490 с.
22. Трактат желтого императора о внутреннем / Пер. Б Виноградского. - М.:Читра, 2002. - 288 с.
23. ТыкочинскаяЭД Основы иглорефлексотерапии.-М., 1970. - 343 с.
24. УсоваМ.К., МороховС. А. Краткое руководство по иглоукалыванию и прижиганию.-М., 1974. — 143 с.
25. ФалевА.И. Классическая методология тради>юнной|ситайской чжэнь-цзю терапии.-М., 1991.-135с.
26. Чжу-Лянь. Руководство по современной чжэнь-цзю терапии (иглоукалывание и прижигание). - М., 1956. - 385 с.
27. Чэн Син-сюань. Изложение высшей сущности профессионального понимания древнекитайской медицины. - М.: Издатель «Профит Стайл», 2002.-312 с.
28. Шмидт И.Р. Введение в прикладную кинезиологию // Мануальная медицина (Новокузнецк). - 1994. - №8-10.
29. Шмидт И.Р. Основы прикладной кинезиологии // Прикладная кинезиология.-2002.-№1-2.
30. Шнорренбергер К. Учебник китайской медицины для западных врачей/Под науч. ред. В.Н. Цибуляк, О.И. Загорулько. - М.:СЭТ, 1996. -565 с.
31. Ян Цзюньмин. Секреты молодости: Цигун изменения мышц и сухожилий. Цигун промывание костного и головного мозга / Пер. с англ. - Киев: «София» Ltd, 1997. - 272 с.

ВОЗМОЖНОСТИ АКТИВАЦИИ ВИСЦЕРОМОТОРНЫХ РЕФЛЕКСОВ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ

Л.С. Жарова
МСЧ авиапредприятия «Пулково»
(г. Санкт-Петербург)

АКТУАЛЬНОСТЬ

1. Заболевания внутренних органов очень распространены.
2. Наличие дисфункции внутренних органов активизуют как висцеромоторные, так и мотовисцеральные рефлексы (М.Р. Могендович).
3. Восстановление функции органа, сопровождается повышением тонуса мышцы, однако длительно существующий атипичный моторный паттерн не позволяет мышце с восстановленным тонусом активно включаться в движение. Поэтому при заболеваниях внутренних органов активация мышц, имеющих с органами ассоциативные связи, позволит активизировать и функцию внутренних органов.
4. Отсутствие использования методов визуальной диагностики в лечебной физкультуре и не позволяет врачу вывить укорочение и расслабление конкретной мышцы и оценить эффективность проводимого движения.
5. Проблема дисфункций органов малого таза почек приобретает все большую значимость.

Проблема заключается в отсутствии использования в лечебной физкультуре методов визуальной диагностики, используемых в прикладной кинезиологии к разработке методов лечебной физкультуры, направленных на механическую активацию отдельных мышц.

Проблема дисфункций органов ма**лого** таза почек приобретает все большую значимость, вырастая в проблему здоровья подрастающего поколения. Вместе с тем это довольно деликатный вопрос, который подолгу и далеко не всегда успешно больные решают у гинекологов и урологов. Существенную помощь в коррекции этих состояний оказывают специалисты по мануальной терапии, использующие алгоритм работы по методу прикладной кинезиологии.

Поскольку конечным звеном патобиомеханических изменений в организме является ослабленная мышца, то одного лишь восстановления ее физиологического тонуса в результате работы недостаточно.

Крайне необходимо создать ресурс силы и выносливости в мышце, чтобы сохранить полученный результат. Поэтому завершающим шагом в коррекции нарушений можно и нужно считать назначение комплекса специальных упражнений и приемов самомобилизации.

Данный комплекс рекомендуется для стабилизации результатов терапии и получения дальнейшей положительной динамики в течении заболевания. Его можно использовать при появлении первых незначительных симптомов нестабильности, чтобы остановить развитие дисбаланса.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью нашего исследования являлась апробация разработанных методов лечебной физкультуры, направленной на механическое растяжение триггерных зон, расположенных в сухожилиях расслабленных мышц, механическую активацию отдельных мышц, связанных с дисфункцией конкретного внутреннего органа, восстановление тонусно-силового дисбаланса между мышцами-антагонистами, использование аутомобилизации внутренних органов с использованием гравитационного отягощения и ритмического смещения таза и разработка показаний для применения данных методов с использованием визуальной диагностики, разработанной проф. Л.Ф. Васильевой с соавторами (1996).

Упражнения повторялись в среднем по 10-15 раз, проводились ежедневно; поддерживающий курс - 3 недели, занятия - 3 раза в неделю. Повторный курс через 3 месяца.

ОБЩИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

1. Лихорадочные состояния.
2. Декомпенсация заболеваний сердечно-сосудистой системы.
3. Опухолевый процесс и др.

Специальные противопоказания приведены в каждом конкретном случае.

Упражнения состояли из водной части, где использовались упражнения, направленные на растяжение связочного аппарата расслабленных мышц; основного курса, направленного на восстановление тонусно-силового дисбаланса мышц, восстановления правильной последовательности включения мышц в производимое движение и специальной части, направленной на механическое воздействие на конкретный внутренний орган (аутомобилизация). Каждое упражнение снабжено схемами, позволяющими правильно произвести визуальную диагностику и представить пространственное расположение внутренних органов, на которые направлены данные воздействия. Такой подход позволит врачу целенаправленно использовать данные комплексы упражнений в своей практике.

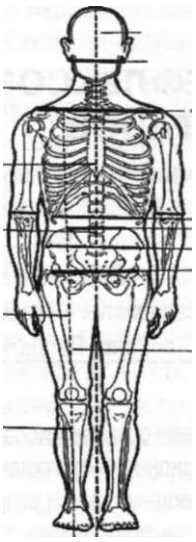


Рис. 1А. Критерии визуальной диагностики оптимальной статики

Рис.1 Б. Самооценка оптимальности статики взеркале для правильного выполнения исходного положения

1. Упражнение (контрольное), выполняемое для диагностики варианта неоптимальности статики и направления и степени выраженности смещения общего и регионального центров тяжести (рис. 1А, рис. 1Б). Целесообразно его выполнять до и после проведенного комплекса лечения.

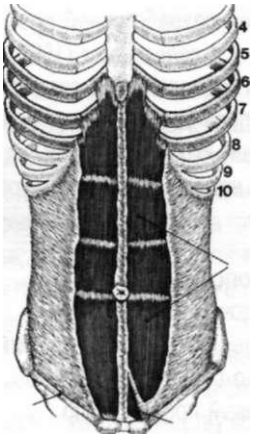


Рис. 2А. Схема расположения мест прикрепления прямой живота (J. Travell, D. Simons, 1999)

Рис. 2Б. Метод растяжения триггерных зон в сухожилиях прямой мышцы живота

2. Упражнение для растяжения триггерных зон, расположенных в сухожилиях прямых мышц живота (рис. 2А, Б).

Цель: взаимоудаление мест прикрепления прямой мышцы живота к мечевидному отростку грудины и к симфизу.

И.п. основная стойка.

На вдохе поднять руки в «замке» вверх, отставив одну ногу назад на носок, прогнуть позвоночник. На выдохе вернуться в и.п. Повторить другой ногой.

Рис. 3А. Схематическое изображение взаиморасположения мышц и связок тазового дна: вид сверху (J. Travell, D. Simons, 1999)

А. Задняя группа: 1 – крестцово-бугорная связка (задняя часть); 2 – крестцово-подвздошная.

Б. Латеральная группа: 3 – подвздошно-поясничная; 4 – сакро-туберальная связка (передняя часть); 5 – сакро-спинальная связка.

В. Передняя группа: 6 – сухожильная часть мышцы, поднимающей копчик; 7 – связки симфиза; 8 – связки между прилежащими внутренними органами.

Рис. 3Б. Метод изолированного растяжения связок и сухожильного аппарата передней группы мышц тазового дна

3. Упражнение для мобилизации связок тазового дна: задней, латеральной и передней группы (рис. 3А, Б).

И.п. основная стойка, руки на поясе. Ходьба на месте в быстром темпе, не сгибая колен, активируя сокращение квадратной мышцы поясницы (для смещения одноименного полутаза вверх относительно крестца и копчика).

- Для растяжения всех групп связок полутаза - позиция стоп с опорой на подошву.
- Для растяжения задней группы - позиция стоп с опорой на пятки.
- Для растяжения передней группы - позиция стоп на носках.
- Для растяжения латеральной группы - позиция с опорой на наружные края стоп.

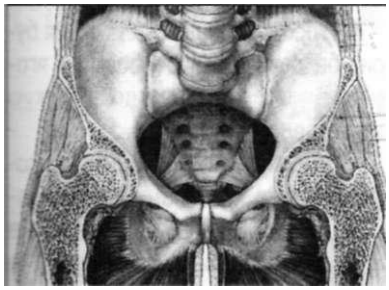


Рис.4А.
Схематическое изображение расположения сухожильного аппарата мышц боковой поверхности тела (J .Travell, D. Simons, **1999):**
1 - малая ягодичная мышца; 2 **- средняя ягодичная мышца;** 3 **- мышца, напрягающая широкую фасцию бедра; 4 - внутренняя косая мышца живота;** 5 **- наружная внутренняя косая мышца живота, поперечная мышца живота**

Рис. 4Б.
Выполнение упражнения на растяжение сухожильного аппарата мышц боковой поверхности тела

4. Упражнение для растяжения связок мышц, прикрепляющихся к тазобедренным суставам и крылу таза (рис. 4А, Б).

- И.п. ноги на ширине плеч, руки на поясе.
- Вращение таза по часовой стрелке и против нее. Дыхание произвольное.

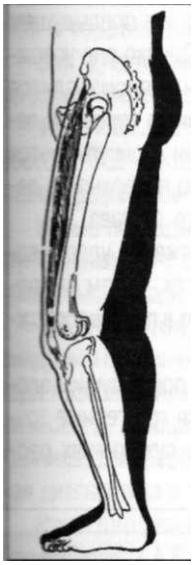


Рис. 5А.
Визуальные критерии нарушения статики при расслаблении прямых мышц бедра (Васильева Л.Ф., 1986)

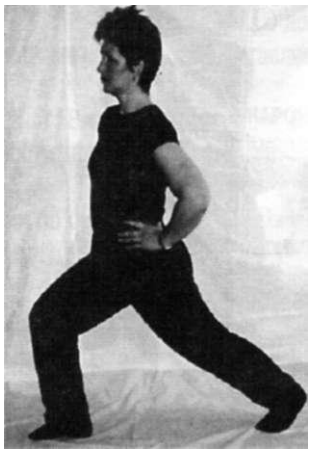


Рис. 5Б.
Упражнение для растяжения прямых мышц бедра, связок тазобедренных суставов

5. Упражнение для растяжения прямых мышц бедра, связок тазобедренных суставов (рис. 5А, Б).

- И.п. основная стойка, руки на поясе.
- Поочередные выпады вперед одной ногой, другую в это время выпрямить, опираясь на носок. Дыхание произвольное.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Рис.6А.
Схематическое изображение лонно-бугорной связки (выделено чёрным цветом)

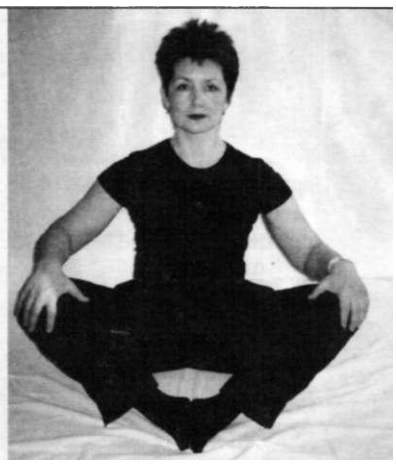


Рис. 6Б.
Упражнение для растяжения лонно-бедренных связок, приводящих мышц бедра

6. Упражнение для растяжения лонно-бедренных связок, приводящих мышц бедра (рис. 6 А, Б).

- И.п. сидя на полу, ноги согнуты в коленях, разведены в стороны, подошвенные поверхности сомкнуты. Кисти лежат на коленях.
- Сделать вдох, на долгом выдохе стараться плавно опускать колени, надавливая на них кистями, как можно ближе к полу.

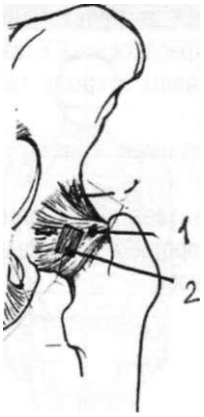


Рис. 7А. Схематическое изображение связоктазобедренного сустава: 1 -бугорно-бедренная связка; 2-круглая связка

Рис.7Б. Упражнение для растяжения буторно-бедренных связок, больших ягодичных мышц, мышцы, напрягающей широкую фасцию бедра

7. Упражнение для растяжения бугорно-бедренных связок, больших ягодичных мышц, напрягающих широкую фасцию бедра (рис. 7А, Б).

- И.п. сидя на полу. Одна нога согнута в коленном суставе, положена под себя, другая также согнута в коленном суставе, но перенесена через бедро так, чтобы стопа ее касалась пола и находилась рядом с коленом лежащей на полу ноги. Туловище располагается вертикально.
- Удержать позу в течение 15-20 сек. Дыхание произвольное.

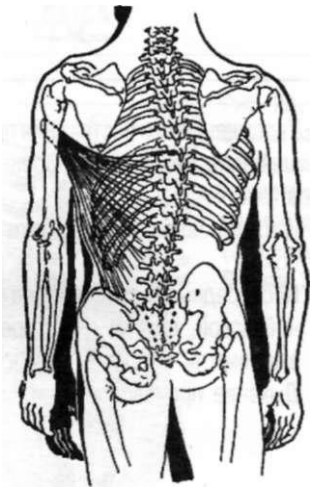


Рис.8А. Схема нарушения статики при расслаблении широчайшей мышцы спины

Рис. 8Б. Упражнение, направленное на косые мышцы живота и широчайшую мышцу спины

8. Упражнение для усиления косых мышц живота и широчайшей мышцы спины (рис. 8А, Б).

- И.п. то же, что и в предыдущем упражнении. Однако оно усложняется тем, что производится поворот туловища вправо, а левый локоть при этом упирается во внутреннюю поверхность левого коленного сустава.
- Принятое положение удерживается 5-7-10 сек. Затем выполняется поворот в противоположную сторону.

Дополнительно к предыдущим элементам растягиваются триггерные точки, расположенные в сухожилиях расслабленных мышц.

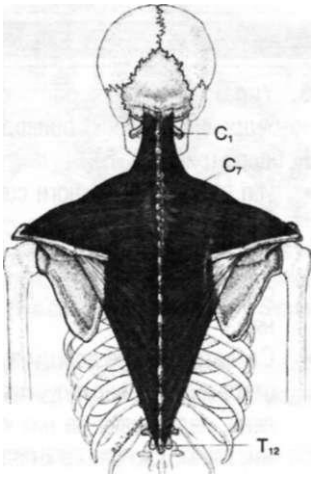


Рис ад.

Схематическое изображение трапециевидной мышцы (J. Travel!, D. Simons, 1999)

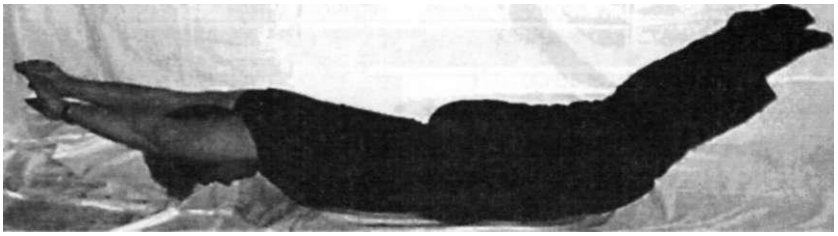


Рис. 9Б. Упражнение для увеличения силы разгибателей спины и трапециевидной мышцы

9. Упражнение для увеличения силы разгибателей спины и трапециевидной мышцы (рис. 9А, Б).

- И.п. лежа на животе. Руки вытянуты вверх.
- На вдохе одновременно приподнять руки и ноги над полом, на выдохе опустить.

9А. Упражнение для повышения статической выносливости мышц нижней порции трапециевидной мышцы и квадратной мышцы поясницы.

- И.п. то же, что и в предыдущем упражнении.
- Приподнять руки и ноги над полом и удержать эту позу в течение 10-15-20 сек., при этом дыхание не задерживать, дышать произвольно.

Упражнение для задней поверхности туловища.

Продолжение статьи читайте в следующем номере журила.

СТРАНИЧКА ЧЛЕНА АССОЦИАЦИИ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

ПЛАН РАБОТЫ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ (МАПК) ФИЛИАЛА ICAK

СВИДЕТЕЛЬСТВО О РЕГИСТРАЦИИ № 10277150030

117417, МОСКВА, ТЕЛ./ФАКС: (095) 331-35-48. УЛ. ЦЮРУПЫ, 30. E-MAIL: VASIUEVA_LF@MTU-NET.RU

Глубокоуважаемый коллега!

Предлагаем Вам принять участие в заседаниях межрегиональной ассоциации прикладной кинезиологии, которые будут проводиться в виде двух дневных семинаров, на которых предлагаются выступления членов ассоциации с оригинальными сообщениями, имеющими практическое значение, клинический разбор пациента по соответствующей тематике.

16-17.01.04. Межпозвонковые грыжи (химического, механического, эмоционального генеза) грудопоясничного перехода. Клиника, дифференциальная мануальная диагностика и терапия (Васильева Л.Ф.).

ЭМГ-диагностика неврологических проявлений межпозвонковых грыж (Беляков В.В.).

13-14.02.04. Биохимия боли (Чернышева Т.Н., г. Владивосток). ЭЭГ-показатели патологической активности примитивных рефлексов (Антонов В.В., г. Серпухов).

Новые подходы к диагностике причин аллергии по оценке функционального состояния глазодвигательных мышц и оригинальные методы терапии (Федоров А.Ф.).

16-17.04.04. Компрессионные синдромы пояснично-крестцового переезда позвоночника (химического, механического, эмоционального генеза). Клиника, дифференциальная мануальная диагностика и терапия (Зотов И.Д).

Рентгенодиагностика связочных блоков (Шуляк А.Е.).

18-19.06.04. Компрессионные синдромы шейно-грудного перехода позвоночника механического, эмоционального генеза). Клиника, дифференциальная мануальная диагностика и терапия (Шуляк А. Е.).

Методы подготовки мышц для проведения мышечного тестирования (Зотов И.Д.).

25-26.09.04. Конгресс по прикладной кинезиологии (г. Москва) (информация будет дополнительно).

15-16.10.04. Компрессионные синдромы краниоцервикального перехода позвоночника (химического, механического, эмоционального генеза). Клиника, дифференциальная мануальная диагностика и терапия (Васильева Л.Ф., Локтионова Н.С.).

Рис. 1.
Dr. Shafer J., дипломат ICAK

19-20.11.04. Функциональные сколиозы висцерального, суставного, связочного, краниального генеза. Биомеханика височно-нижнечелюстного сустава и его роль в формировании неоптимальности статики и динамики (Васильева Л.Ф.)

Стоимость участия в проведении семинаров: для членов ассоциации - бесплатно, для остальных - 50 у.е. Заседания ассоциации будут проходить по адресу: М. Новые Черемушки, ул. Цюрупы, 30, поликлиника 10, 219 ком. (зал ЛФК). В пятницу с 16.00 до 20.00, в субботу с 10.00 до 14.00. Иногородним предоставляется общежитие.

МЕЖДУНАРОНЫЙ СЕМИНАР

Совместно со школой прикладной кинезиологии в рамках АНО Курортного клуба «Мир» на базе клиники доктора Кр. Смита открыт постоянно действующий международный семинар по прикладной кинезиологии.

Цель семинара: познакомить врачей с новейшими достижениями прикладной кинезиологии, существующими в разных странах.

На проведение первого семинара был приглашен д-р Шейфер (рис.1) На проведеном семинаре он не только познакомил врачей с особенностями диагностики и терапии черепных нервов, но и провел экспертную оценку мышечного тестирования индивидуально у каждого участника семинара, добиваясь не только количества, но и качества полученных знаний.

Время проведения: его следующий приезд планируется 23.04-27.04.2004.

Тема: Ортопедия в прикладной кинезиологии. Новая концепция диагностики и лечения дисфункции суставов. Концепция позволяет дать точную оценку поражения связок, капсул, хрящевой ткани и менисков всех крупных суставов. Роль нарушения суставной рецепции в формировании болевого синдрома. Новые подходы к развитию нейроортопедической проприоцептивной активации.

Место проведения: г. Москва,

ул. Дружинниковская, дом 30, строение 1.

Стоимость: 300-400 у.е.,10%-ная скидка для членов Ассоциации.

Организатор: Нефедов М.В., директор клиники Кр. Смита.

Контактные телефоны: 783-48-33, 783-54-55, факс: 205-98-23. **Эл. почта:** mir@pmc.ru.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ СЕМИНАР

Преподаватель Шелдон Дил, США - председатель экзаменационной комиссии ICAK.

Тема: Краткий путь в акупунктуре. Лечение радиационных повреждений (очищение от радиации). Техники эмоционального релиза. Гипогликемия и тест на диабет. Общий адаптационный синдром. Жень-шень и солодка, влияние на надпочечники. Ненасыщенные жирные кислоты и аутизм. Даун-синдром и безглютеновая диета. Оценка техники «PRE TEST». Техники устранения боли. Техники, ориентированные на сердце. Три типа переключения. Техники устранения повреждений. Лечение простаты. Гипоталамические точки на лице и шейный отдел позвоночника. Грыжа пищевода. Кварки, лептоны и мезоны.

Время проведения: 13,14,15 мая 2004 г.

Место проведения: Санкт-Петербург, ул. Аэродромная, 4, Учебно-образовательный центр. Метро «Пионерская».

Стоимость: 450$ - для участников и 400 - для членов Ассоциации.

Организатор: Пилявский Сергей Орестович.

Контактные телефоны: моб. 89217939699, 442-23-18.

Эл. почта: pilavsky@vmb-service.ru.

ИНФОРМАЦИЯ

1. С18 по 21 марта 2004 г. в Риме будет проходить международный конгресс по прикладной кинезиологии. Стоимость участия - 325 у.е., для сопровождающих - 70 у.е.
   Информация: Gary Vial, E-mail: aaryvial@ctmc.com.au.
   Планируется организация группового участия в конгрессе для общего оформления визы, проживания и проезда. Желающих принять участие прошу сообщить:
   Васильевой Л.Ф., E-mail: vasiljeva_lf@mtu-net.ru,
   Нефедову М.В., E-mail: mir@pmc.ru
2. С 15 по 18 сентября в Братиславе будет проходить международный конгресс по мануальной терапии. Желающим принять участие обращаться по эл. адресу Оргкомитета конгресса sorfova@npba.sk. Планируется организация группового участия (vasiljeva_lf@mtu-net.ru)

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. Перечислить вступительный (1000 руб.) и годовой (600 руб.) взносы на расчетный счет ассоциации.
2. 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.

Реквизиты МАПК

«Межрегиональная Ассоциация прикладной кинезиологии» (Ассоциация «МАПК»)

ИНН 7715346017 КПП 771501001 Юридический адрес: 127562, г. Москва, Алтуфьевское шоссе, 28

Банк: КБ «Диалог-Оптим» (ООО) Р/с: 40703810800070000019 Кор/с: 30101810100000000224 БИК 044525224

АДРЕС: 117418, МОСКВА-418, УЛ. ЦЮРУПЫ, 28А, ФКЭЦТМДТ, ЛАБОРАТОРИЯ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

УСТАВ

(ПРОДОЛЖЕНИЕ)

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

3. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

3.(20) осуществление по согласованию с заинтересованными органами и организациями общественного контроля за качеством оказания медицинской помощи;

(21) осуществление выпуска научной, учебно-методической, информационно-справочной литературы, издания специализированных журналов и других изданий по проблемам прикладной кинезиологии;

(22) осуществление медицинской деятельности;

(23) оказание медико-профилактических и физкультурно-оздоровительных услуг, направленных на поддержание и улучшение здоровья населения;

(24) организация и проведение в порядке, определяемом действующим законодательством, обучения в области прикладной кинезиологии и смежных дисциплин;

(25) содействие выпуску медицинской техники и оборудования, необходимых для прикладной кинезиологии;

(26) участие в организации мест отдыха, оздоровительных клубов для членов Ассоциации;

(27) содействие развитию оздоровительного туризма с коррекцией двигательных нарушений;

(28) проведение независимой общественной экспертизы нормативных правовых актов, регулирующих деятельность и затрагивающих интересы кинезиологов;

(29) разработка предложений по совершенствованию организации и качества оказания помощи кинезиологами, эффективной учебной и научно-исследовательской работы в данной области для совместного обсуждения с заинтересованными государственными и негосударственными органами и организациями, учреждениями и частнопрактикующими специалистами по прикладной кинезиологии;

(30) осуществление благотворительной деятельности, отвечающей целям и задачам Ассоциации;

(31) осуществление информационной деятельности в электронных и печатных средствах массовой информации и информационных сетях;

(32) установление и поддержка связей с зарубежными и международными спортивными организациями, содействие созданию системы эффективного международного сотрудничества в области прикладной кинезиологии;

(33) привлечение отечественных и зарубежных инвесторов и/или благотворителей (спонсоров) для реализации приоритетных программ и проектов, направленных на развитие прикладной кинезиологии;

(34) установление и поддержка связей с государственными органами, коммерческими организациями, общественными объединениями, чья деятельность направлена на развитие прикладной кинезиологии.

4. ЧЛЕНСТВО

4.1. Членами Ассоциации могут быть юридические и физические лица.

4.2. Членами Ассоциации являются Учредители, а также вступившие новые юридические и физические лица, внесшие вступительный годовой взнос и выполняющие положения настоящего Устава.

4.2.1. Члены Ассоциации сохраняют юридическую и экономическую самостоятельность.

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЧЛЕНОВ

5.1. Члены Ассоциации имеют право:

5.1.1. Участвовать в управлении делами Ассоциации.

5.1.2. Получать информацию о деятельности Ассоциации, ее планах и программах.

5.1.3. Запрашивать у органов управления Ассоциации информацию о состоянии выполнения решений Общего собрания Ассоциации и своих предложений.

5.1.4. Вносить предложения в повестку дня на Общих собраниях членов Ассоциации.

5.1.5. Обращаться в руководящие органы Ассоциации по любым вопросам, связанным с ее деятельностью.

5.1.6. Получать от Ассоциации консультативную, методическую, юридическую и иную помощь.

5.1.7. Пользоваться приоритетным правом обслуживания информационной базой Ассоциации, производимыми Ассоциацией продукцией и услугами, первоочередным правом участия в проводимых Ассоциацией мероприятиях.

5.1.8. Пользоваться скидками, льготами и услугами, определенными для членов Ассоциации Общим собранием.

5.1.9. Пользоваться на договорных началах услугами создаваемых в рамках Ассоциации предприятий и организаций.

5.1.10. Передавать имущество в собственность Ассоциации.

5.2. Члены Ассоциации обязаны:

5.2.1. Соблюдать положения Устава и регламентов.

5.2.3. Своевременно вносить периодические (ежегодные) и целевые взносы, размер которых определяется Общим собранием членов.

5.2.4. Предоставлять информацию, необходимую для решения вопросов, связанных с ее деятельностью.

5.3. Ущерб, причиненный Ассоциацией по вине его членов, возмещается ими в полном объеме по решению Общего собрания Ассоциации.

Суммы, подлежащие внесению в качестве возмещения причиненного ими ущерба, вносятся на расчетный счет не позднее 10 дней со дня принятия решения.

5.4. Член Ассоциации, систематически не выполняющий или ненадлежащим образом выполняющий свои обязанности, либо нарушивший принятые на себя обязательства перед Ассоциацией, а также препятствующий своими действиями или бездействием нормальной работе Ассоциации, может быть исключен из него по решению Общего собрания.

Продолжение следует

ОТЧЕТ О ЗАСЕДАНИИ СОВЕТА МЕЖДУНАРОДНОГО КОЛЛЕДЖА ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В США

Т.Н. Чернышева

С 26 по 29 июня 2003 г. в Чикаго (США) состоялась Ежегодная встреча американского отделения Международного колледжа прикладной кинезиологии. Встреча была посвящена празднованию триады здоровья - основателю прикладной кинезиологии (ПК) доктору Джорджу Гудхарту исполнилось 85 лет. Поздравить Дж. Гудхарта и принять участие в юбилейной встрече приехали многие известные исследователи и практики прикладной кинезиологии из Австралии, Германии, Франции, Швейцарии, России, Кореи, Канады и других стран, а также большое количество докторов и студентов из США. Сам доктор Гудхарт представил участникам встречи доклад, посвященный новому подходу к пониманию функции диафрагмы.

Интересный доклад «Триада здоровья» сделал д-р хиропрактики, дипломант ПК Дейв Уолтер. Он был посвящен проблеме применения основополагающей концепции прикладной кинезиологии - триады здоровья - докторами различных специальностей (хиропрактиками, остеопатами, ортопедами, нутрициологами, сторонниками аллопатического лечения, психологами, психотерапевтами). В докладе поднята проблема однобокого применения понятия триады здоровья в процессе осмотра, оценки состояния пациента и в дальнейшем определения пути лечения. Зачастую доктор «тянет одеяло» в сторону своей специальности. Прекрасно раскрыта сущность взаимодействия и взаимовлияния сторон триады здоровья.

Д-р хиропрактики Ричард Белли сделал доклад «Неврологические связи паттернов мышечной ингибиции». Он рассмотрел паттерны мышечного торможения и их возможную связь с определенными неврологическими дисфункциями.

Уолли Шмит, д-р хиропрактики, дипломант ПК, сделал доклад «Цервикальное парное движение и вертебральная провокация». Информативным стал доклад «Нейротоксичность и повышенный уровень гомоцистеина: Роль гомоцистеиновой кислоты, аспартата и глютамата и активных форм фолиевой кислоты, витамина B12 и витамина B6».

Ричард Бургер, д-р хиропрактики, дипломант ПК, сделал доклад «Нижнечелюстная торзия **(I** категория челюсти)». Он поднял вопрос о взаимосвязи нижнечелюстной торзии и краниальных нарушений, а также о важности воздействия на нее для улучшения эффективности коррекции черепа. Провокация и терапевтическая локализация схожа с таковой для I категории таза - д-р Гудхарт однажды сказал, что «челюсть (височно-нижнечелюстной сустав) - это таз черепа».

Д-р хиропрактики Джули Тулей сделал доклад «Важность прикладной кинезиологии в лечении детей». ПК не только является эффективной системой диагностики и лечения, но может стать прекрасным образовательным инструментом для маленьких пациентов. Демонстрируя простые процедуры ПК и объясняя ее основные принципы, мы даем важную информацию детям, с помощью которой они будут расти более здоровыми.

Д-р Майкл Лебовиц сделал обобщающий доклад по воздействию на интоксикацию металлами в ПК. (К сожалению, доклад не входит в сборник, а в папке представлен частичный вариант).

Д-р Стивен Дрисколл, профессор Тафте дэнтал школы, сделал серию докладов, посвященных применению методов прикладной кинезиологии в стоматологии.

Доклад д-ра Кэтлин Пауэр «Видеть глазами, которые действительно видят» посвящен применению техник ПК при нарушениях зрения. (К сожалению, доклад не входит в сборник, а в папке представлен частичный вариант).

Прекрасный доклад сделал д-р Дэйтис Харразян «Нарушения, связанные с надпочечниками и инсулином: сложнее, чем мы думали». В докладе обсуждаются циклы инсулина и кортизола, влияние отклонений уровня этих гормонов на человеческую физиологию (варианты формирования порочного круга), критический подход к клиническим методам оценки нарушений деятельности надпочечников. Большое внимание в докладе уделено обзору научной литературы, посвященной натуральным соединениям, помогающим поддерживать эти паттерны дисбаланса. Еще один его доклад «Нейробиохимия и прикладная кинезиология при нейродегенеративных нарушениях» был посвящен обсуждению различных факторов риска и их клинических проявлений: роли измененного метилирования, детоксификации печени и влиянию ксенобиотиков, синдрому надпочечникового стресса и инсулиновой резистентности, метаболизму глютатиона, отклонения метаболизма незаменимых жирных кислот и дисфункции ЖКТ. Он обобщил процедуры, помогающие при нейродегенеративных нарушениях:

1) нормализация гиперкортизолемии и/или инсулиновой резистентности;.
2) улучшение I и II фазы детоксикации;
3) оптимизация метаболизма незаменимых жирных кислот;
4) оптимизация производства глютатиона;
5) оптимизация состояния среды ЖКТ;
6) оптимизация метиляции.

Д-р Джон Корнил сделал доклад «Наружная паховая грыжа. Пример нехирургического лечения». Используя альтернативный медицинский подход, включая прикладную кинезиологию, хиропрактическую терапию и нутрициологию, удалось избежать хирургического вмешательства, анестезии и других, связанных с этим последствий.

Д-р Петер Волкман представил доклад «Ортомолекулярное восстановление кишечника как основа успешного лечения периодонта и височно-нижнечелюстного сустава». (К со-

жалению, доклад не входит в сборник.)

Д-р Дэвид Лиф сделал доклад «Последние находки в биомеханике».

Д-р Кристофер Смит выступил с докладом на тему «Нейротрансмиттеры мозга. Формирование эмоций, поведения и познавательной функции».

Д-р Тимоти Фрэнсис «Соотношение сублюксации суставов конечностей». Сублюксации как верхних, так и нижних конечностей имеют глубокий и абсолютный эффект на функционирование организма. Он подробно рассмотрел взаимосвязь между сублюксацией конечностей и паттернами дисфункций позвоночника, дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава и неврологической дезорганизацией. «Крайне важно диагностировать потребность (нужду), удовлетворить ее и пронаблюдать за результатом» (Джордж Гудхарт).

Вечером 27 июня отмечали 85-летний юбилей основателя и идеолога ПК д-ра Джорджа Гудхарта. Поздравить юбиляра приехали представители всех отделений ICAK.

ОТЧЕТ О ЗАСЕДАНИИ СОВЕТА МЕЖДУНАРОДНОГО КОЛЛЕДЖА ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В США

СЛИСОК ЧЛЕНОВ СОВЕТА:

Президент Международного колледжа прикладной кинезиологии, делегат ICAK-Австралазия, д-р **Эрик Пьеротти.**

Вице-президент ICAK д-р **Майкл Аллен** (США)

Секретарь, делегат ICAK-Великобритания, д-р Трэйси Гейтс

Казначей, делегат ICAK-Германия, д-р **Джефф Фаркас**

Предыдущий президент ICAK д-р **Роберт Блэйк** (США)

Представитель Совета сертифицированных преподавателей (ССП) д-р **Тимоти Фрэнсис** (США)

Представитель Международного совета экзаменаторов (МСЭ) д-р **Шэлдон Дил** (США)

Директор по научно-исследовательской работе д-р **Джордж Гудхарт** (США)

Делегат ICAK-Австрия д-р **Иван Рамшак**

Делегат ICAK-Бенилюкс д-р **Гир Дрент** (Бельгия)

Делегат ICAK-Бразилия д-р **Ане Серво Перес**

Делегат ICAK-Канада д-р **Джон Милле**

Делегат ICAK-Германия д-р **Карл Кинли**

Делегат ICAK-Франция (неофиц.) д-р **Ричард Мелденер**

Делегат ICAK-Скандинавия д-р **Патрик Веннергрен** (Швеция)

Делегат ICAK-Швейцария д-р **Майкл Баррас**

Делегат ICAK-Россия д-р **Людмила Васильева**

Делегат ICAK-США д-р **Дэвид Лиф**

Президент Немецкой Ассоциации ПК д-р **Ханс Гартен**

На заседании поднимались следующие вопросы:

1. Отчет казначея о членских взносах, финансировании программ, затрат на проведение конференций и заседаний Совета.

2. Принятие в состав ICAK Кореи и утверждение России как полноправного члена.

3. Принято решение о снижении размера членских взносов Российского отделения ICAK с 15 долларов США до 10 долларов в год сроком на 2 года.

4. Рассматривался вопрос о стандартизации процедуры прикладной кинезиологии, о введении стандартов в экзаменационные вопросы на звание дипломанта ICAK.

5. Поднимался вопрос о сертификации преподавателей прикладной кинезиологии.

6. Обсуждался вопрос о приоритетных направлениях в научных исследованиях по объективизации прикладной кинезиологии.

Официально зарегистрированные члены международной коллегии прикладной кинезиологии:

ICAK-RUSSIAN CHAPTER
REGISTERED IN RUSSIA AS
INTERNATIONAL ASSOCIATION OF APPLIED KINESIOLOGY (IAAK)

PRESIDENT, Liudmila F. Vasiljeva, M.D., Ph.D., Professor
VICE PRESIDENT, Tatiana N. Chernysheva, M.D., D.O., Ph.D.
SECRETARY, Viarezemskaja, Galina D., M.D.
TREASURER, Piliavsky, Sergey 0., M.D.

DOCTOR MEMBERSHIP

1. **Alitovskaja, Natalia V.,** M.D. Moscow RUSSIA
2. **Andreev, Leonid A.,** M.D. Barnaul, RUSSIA
3. **Ahtiamov, ILDAR Sh.,** M.D., Moscow RUSSIA
4. **Bebrish, Visvaldis V.,** M.D. Yelgava, LATVIA
5. **Bekeris, Ugis,** M.D. Riga lv-1003, LATVIA
6. **Belisova, Tamara N.,** M.D. Saint-Petersburg, RUSSIA
7. **Besova, Raisa A.,** M.D. Novouralsk , RUSSIA
8. **Bobko, Yaroslav N.,** M.D., Ph.D.,Prof,Saint-Petersburg, RUSSIA
9. **Bydanova, Larisa N.,** M.D. Novouralsk, RUSSIA
10. **Chekhova, Galina K.,** M.D.Moscow, RUSSIA
11. **Chernysheva, Tatiana N.,** M.D, D.O, Ph.D. Vladivostok RUSSIA
12. **Chechenin, Andrey G.,** M.D, Ph.D., Prof, Novokuznetsk, RUSSIA
13. **Davidashvilli, Yakov S.,** M.D. Haifa. SRAEL
14. **Doroshenko, Tatiana A.,** M.D. Moscow RUSSIA Phone: 7 903 789 4667
15. **Fedin, Anatoliy I.,** M.D, Ph.D., Prof. Moscow, RUSSIA
16. **Filippovich, Nikolai F.,** M.D, Ph.D., Prof. Minsk BELORUSSIA
17. **Garifulin, Najil' I.,** M.D. Belovo, RUSSIA
18. **Georgiev, Gennady P.,** M.D. Moscow.RUSSIA
19. **Ivanov, Alexander F.,** M.D.Irkutsk, RUSSIA
20. **Ivanova, Aleksandra A.,** M.D. Moscow, RUSSIA
21. **Ivanova, Antonina S.,** M.D, Ph.D.Saint-Petersburg RUSSIA
22. **Ivanovska, Olga A.,** M.D. Riga LV 1029, LATVIA
23. **Ivantsov, Sergey G.,** M.D.Volgograd, RUSSIA
24. **Istratova, Elena L,** M.D. Novouralsk, RUSSIA
25. **Kadukov, Dmitry V.,** M.D. Tomsk, RUSSIA
26. **Kanevskaja, Natalia L,** M.D, Moscow 107014, RUSSIA
27. **Kartashev, Yuriy V.,** M.D Saint-Petersburg, RUSSIA

28. **Khanenkova, Natalia A.,** M.D., D.O. Vladivostok, RUSSIA
29. **Kogan, Om G., M.D.,** Ph.D., Prof. Barselona 08007, SPAIN
30. **Kovchun, Peter V.,** M.D. Krasnodar, RUSSIA
31. **Kolesnikova, Evgenia V.,** M.D. Moscow, RUSSIA
32. **Koltashev, Yuriy B.,** M.D., Ph.D. Novosibirsk RUSSIA
33. **Kochemarov, Sergey N.,** M.D. Minusinsk, RUSSIA
34. **Kramer, Garry M.,** M.D., Ph.D. Novosibirsk, RUSSIA
35. **Krestjaninov, Vladimir N.,** M.D. Neftegorsk, RUSSIA
36. **Krotov, Viktor A.,** M.D. Berdsk, RUSSIA
37. **Kuznetsova, Olga V.,** M.D., Ph.D. Novokuznetsk RUSSIA
38. **Kulikov, Andrey N.,** M.D. Yaroslavl, RUSSIA
39. **Kushnarenko, Elena P.,** M.D. Moscow , RUSSIA
40. **Kushnarenko, Sergey G.,** M.D. Moscow, RUSSIA
41. **Lavrenov, Vladimir M.,** M.D. Orel, RUSSIA
42. **Ladyginskiy, Sergey V.,** M.D. Nakhodka, RUSSIA
43. **Lakshtauskas, Edwardas I.,** M.D. Vilnius, LITVA
44. **Loktionova, Natalia S.,** M.D. Moscow, RUSSIA
45. **Lopushanskiy, Pavel,** M.D., Tallin, ESTONIA
46. **L'vov, Sergey L,** M.D.Pushkino RUSSIA
47. **Malakhanov, Evgeniy G.,** M.D.Belokurikha, RUSSIA
48. **Manakova, Svetlana N.,** M.D. Str, Ekaterinburg, RUSSIA
49. **Medvedev, Evgeniy V.,** M.D., Ph.D. Moscow, RUSSIA
50. **Mikhailov, Alexander M.,** M.D., Ph.D. Novokuznetsk, RUSSIA
51. **Naumova, Vera V.,** M.D. Prokopievsk, RUSSIA
52. **Pavlov, Pavel P.,** M.D. Irkutsk, RUSSIA
53. **Pengrin, Anna E.,** M.D. Dubna, Moscow Region, RUSSIA
54. **Pestrikov, Viacheslav A.,** M.D. Cherepovets, RUSSIA
Piliavsky, Sergey O., M.D. Saint-Petersburg, RUSSIA
55. **Polukarova, Elena A.,** M.D., Ph.D. Novokuznetsk, RUSSIA
Puzinov, Vladimir P., M.D, Druskininkai, LITVA
56. **Psheradovskiy, Edward V.,** M.D. Moscow, RUSSIA
57. **Repnikov, Vladimir V.,** M.D, Saint-Petersburg, RUSSIA
58. **Sazonov, Yuriy L,** M.D. Yaroslavl', RUSSIA
59. **Scheglov, Aleksander G.,** M.D. Saint-Petersburg 195220, RUSSIA
60. **Schelev, Dmitriy G.,** M.D. Perm' 614094, RUSSIA
61. **Semenov, Aleksander L,** M.D. Belokurikha, RUSSIA
62. **Semenov, Aleksei G.,** M,D. Novokuznetsk, RUSSIA
63. **Serebrennikova, Natalia,** M.D. Moscow, RUSSIA
64. **Shepovalova, Anna G.,** M.D. Moscow, RUSSIA
65. **Shmidt, Izabella R.,** M.D, Ph.D., Prof. Novokuznetsk, RUSSIA
66. **Shtaimets, Natalia K.,** M.D. Vladivostok, RUSSIA
67. **Shuliak, Aleksander E.,** M.D.. Moscow, RUSSIA
68. **Shumilkin, Gennadiy P.,** M.D.Yubileinyi, Moscow region, RUSSIA
69. **Shvydkaja, Marina V.,** M.D. Novouralsk 6, RUSSIA
70. **Sliusar, Anatoliy P.,** M.D. Gelendjik 3, RUSSIA
71. **Sorokin, Aleksander L,** M.D. Sochi, RUSSIA
72. **Stebelkova, Natalia V.,** M.D. Moscow, RUSSIA
73. **Stepanova, Irina V.,** M.D. , Moskow Region, RUSSIA
74. **Sukhorukov, Oleg G.,** M.D. Riga, LATVIA
75. **Timofeieva, Margarita L,** M.D, Ph.D., Professor, Ekaterinburg, RUSSIA
76. **Torba, Vasiliy V.,** M.D. , Krasnodarskyi krai, RUSSIA
77. **Tsoller, Kristina A.,** M.D., Leningradskaja oblast, RUSSIA
78. **Turovskaja, Galina P.,** M.D., Pskov 180024, RUSSIA
79. **Valenkova, Vera A.,** M.D. Moscow, RUSSIA
80. **Varenkov, Denis E.,** M.D, Ph.D. Novokuznetsk RUSSIA
81. **Vasiljeya, Liudmila F.,** M.D, Ph.D., Prof. Moscow, RUSSIA
82. **Viarezemskaja, Galina D.,** M.D. Moscow, RUSSIA
83. **Vladimirova-Kriukova, Marina Y.,** M.D., Moscow, RUSSIA
84. **Yakovleva, Olga N.,** M.D. Leningradskaia oblast, RUSSIA
85. **Yarichin, Aleksander A.,** M.D. Kemerovo, RUSSIA
86. **Yermolenko, Anatoliy S.,** M.D. , Kaluga, RUSSIA
87. **Yurkina, Oksana A.,** M.D, Almaty, KAZAKHSTAN
88. **Zanko, Valeriy A.,** M.D. Moscow Region, RUSSIA
89. **Zavitajev, Yuriy A.,** M.D. Saint-Petersburg, RUSSIA
90. **Zharova, Liudmila S.,** M.D, Saint-Petersburg, RUSSIA
91. **Zotov, Igor D.,** M.D. Moscow, RUSSIA

June. 2003 Eric Pierotti
President, International College of Applied Kinesiology.

LUDMILA VASILYEVA
Professor, Ph. D, President of ICAK Russian Chapter Moscow

РЕШЕНИЕ IX КОНГРЕССА ПО ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

Г.Д. Вереземская
Секретарь МАПК

Заслушав и обсудив выступления региональных представителей Межрегиональной ассоциации прикладной кинезиологии, конгресс постановил, что в целях активизации работы ассоциации необходимо:

1. Шире привлекать врачей других специальностей (терапевтов, эндокринологов, гинекологов, оториноларингологов, стоматологов и т.д.) к работе с использованием техник прикладной кинезиологии. Ответственные - кафедры, на которых проводится обучение прикладной кинезиологии. Срок - постоянно.

2. Сформировать понятийный аппарат прикладной кинезиологии (определение, предмет, объект, цель и задачи, ис-

пользуемые методы). Ответственные - кафедры, на которых проводится обучение прикладной кинезиологии. Срок - октябрь 2003 года.

3. Разработать государственный образовательный стандарт по подготовке врачей по прикладной кинезиологии. Ответственные - кафедры, на которых проводится обучение врачей по прикладной кинезиологии. Срок - июнь 2004 года.

4. Составить тестовую программу контроля знаний разного уровня сложности по прикладной кинезиологии для врачей различных специальностей. Ответственные - кафедры, на которых проводится обучение врачей по прикладной кинезиологии. Срок - июнь 2004 года.

5. Определить круг учебных учреждений Минздрава РФ и преподавателей, имеющих право на профессиональную подготовку, переподготовку и повыше**ние** квалификации специалистов по прикладной кинезиологии: Москва - Центр традиционных методов лечения (проф. Л.Ф. Васильева), Санкт-Петербург - педиатрическая академия (проф. Я.Н. Бобко), Новокузнецк - институт усовершенствования врачей (проф. А.Г. Чеченин), Красноярск - медакадемия (доц. Е.Б. Наумова), Владивосток - медуниверситет (проф. А.Ф. Беляев).

6. Возложить обязанности по учету, приему в ассоциацию и контролю за подготовкой и своевременностью повышения квалификации врачей, занимающихся прикладной кинезиологией, на региональных представителей Межрегиональной ассоциации прикладной кинезиологии. Ответственные - региональные представители. Срок - постоянно.

7. В целях повышения престижа прикладных кинезиологов повысить требования к кандидатам и разработать специальный ритуал приема в Межрегиональную ассоциацию прикладной кинезиологии (система рекомендаций, торжественное обещание, испытание и т.п.). Ответственный - президиум ассоциации. Срок - октябрь 2003 года.

8. Составить перспективный план развития Межрегиональной ассоциации прикладной кинезиологии на ближайшие 5 лет. Ответственный - президиум ассоциации. Срок - октябрь 2003 года.

9. Составить сводный план проведения циклов повыше**ния** квалификации врачей по прикладной кинезиологии во всех регионах на ближайшие два года. Ответственный - президиум ассоциации, кафедры. Срок - октябрь 2003 года.

10. Обязательно освещать материалы конгрессов и симпозиумов в прессе и по телевидению. Ответственный - президиум ассоциации. Срок - постоянно.

11. Включить изменения в устав Межрегиональной ассоциации прикладной кинезиологии, касающиеся обязательного участия членов ассоциации в работе ежегодных конгрессов не реже одного раза в 2 года и обязательного повышения квалификации не реже одного раза в 3 года. Ответственный - президиум ассоциации. Срок - октябрь 2003 года.

На рис. 1 представлена фотография участников конгресса.

протокол

ЗАКЛКЯИТЕЛЬНОГОЗАОЕДАНИЯИМЕЖРЕ™^

прикладной кинезиологии

г. Новосибирск **29 июня 2003 года**

Крестьянинов В.Н.:

- отметил доброжелательную и творческую атмосферу, царившую на IX конгрессе по прикладной кинезиологии, пользу дискуссий;
- поблагодарил организаторов конгресса и Чеченина А.Г. за прочитанный курс лекций;
- вместе с тем обратился с просьбой, чтобы в дальнейшем информация об условиях проживания соответствовала действительной.

Выступил с предложением повысить ответственность членов Межрегиональной ассоциации прикладной кинезиологии и определить обязанности (например, обязательное посещение конгрессов).

*Крамер Г.**М.:***

Выступил с предложением использовать в работе прикладных кинезиологов остеопатию, но рассматривать остеопатию с позиций прикладной кинезиологии.

Георгиев ГЛ.:

Выступил с предложением «узаконить» мастер-класс на конгрессах по прикладной кинезиологии.

Чеченин А Г ;

Поздравил участников IX конгресса по прикладной кинезиологии с завершением работы и пожелал дальнейшего профессионального роста и успеха.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

О РЕФЛЕКТОРНЫХ ВЛИЯНИЯХ ЖЕЛУДКА НА СКЕЛЕТНУЮ МУСКУЛАТУРУ ПРИ ВИБРАЦИОННОМ РАЗДРАЖЕНИИ*

В.П. Рюмин
Пермский медицинский институт

О рефлекторных влияниях с внутренних органов на скелетную мускулатуру имеется много работ. И.П. Павлов (1877) наблюдал общие движения животного при вытягивании кишки из полости живота, а в 1898 г. он обратил внимание на раздражения желудочно-кишечного тракта, которые приводили к параличам задних конечностей и глубоким изменениям в моторике. Н.П. Симановский (1881) раздражал желудок и желчный пузырь собаки электрическим током и получал сокращения мышц брюшного пресса, парезы и параличи задних конечностей. Kast und Meltzer (1907), а также Sano (1909) при нанесении раздражений на желудок, кишечник и др. внутренние органы отмечали моторные реакции животного.

Подробное изучение рефлексов с внутренних органов на скелетную мускулатуру предпринял М.Р. Могендович (1941). В острых и хронических опытах на лягушках и собаках, применяя механические, химические и термические раздражения серозной и слизистой оболочек желудка, а также кишечника и других внутренних органов, он наблюдал изменение хронаксии скелетной мускулатуры. Такой же рефлекс получили К.Х. Кекчеев, А.П. Анисимова и А.В. Кавторина (1942), а позднее СЕ. Гинсбург (1956).

Углубленное изучение висцеромоторных рефлексов ведет В.Н. Черниговский (1943-1960) с сотр., а также И.А. Булыгин (1941-1959) с сотр. В.Н. Черниговский и О.С. Меркулова (1946) в опытах на кошках, изучая влияние раздражения хеморецепторов тонкого кишечника на скелетную мускулатуру, нашли, что эти влияния проявляются в форме как «пусковых», так и «корригирующих» механизмов. «Применение более тонких методов исследования делает грань между пусковыми и корригирующими влияниями все более и более относительной» (Черниговский, 1960, с. 515).

Многие исследователи признают наличие афферентных волокон от брюшных внутренностей как в соматической, так и в вегетативной (симпатической и парасимпатической) нервной системе (Bain, Irvind a. Me. Swiney, 1934; Могендович, 1941; Иванов, 1945; Черниговский, 1944-1949, 1960; Булыгин, 19496, 1952, 1959; Колосов, 1954; Хабарова, 1961 и др.).

Относительно центральных уровней интероцептивных рефлексов на скелетную мускулатуру нет единого мнения. Большинство исследователей получали эти рефлексы на спинальных (Макаров, 1926; Булыгин, 1941; Меркулова и Черниговский, 1949) и даже на люмбальных (Беритов и Бакурадзе, 1943) препаратах. И.А. Булыгин (1949, 1959) считает, что спинной мозг осуществляет корригирующие влияния, а для пусковых влияний с желудка необходимо участие продолговатого мозга. Э.С. Толмасская (1948) сообщает, что в опытах на амфибиях ей не удалось получить сокращений соматических мышц даже при сильных механических раздражениях желудка, если удалены полушария и таламусы. Она приходит к выводу, что переход импульсов с вегетативной системы на соматическую происходит не через моторные элементы спинного мозга, а через зрительный бугор и передние двухолмия.

Относительно эфферентных путей висцеромоторных рефлексов нет разногласий. Л.А. Орбели установлено, что кроме соматических нервных волокон в эфферентных путях содержатся и симпатические волокна, оказывающие адаптационно-трофическое влияние на скелетную мускулатуру.

М.Р. Могендович (1941), разрушив у лягушки спинной мозг ниже 4-го сегмента и оставив связь с мускулатурой задних конечностей только через симпатическую нервную систему, нашел, что механическое раздражение различных внутренних органов, в том числе и желудка, рефлекторно вызывает сдвиг хронаксии скелетной мускулатуры. Следовательно, импульсы с интероцепторов на скелетную мускулатуру могут передаваться по симпатической нервной системе. В следующей серии опытов он перерезал у лягушки г. communicantes к седалищному сплетению, прерывая этим симпатическую иннервацию задней конечности, но оставляя интактной соматическую иннервацию мышц. В этих условиях также получились сдвиги моторной хронаксии при раздражении внутренних органов. М.Р. Могендович пришел к заключению, что в регуляции состояния (хронаксии) скелетных мышц принимают участие как моторный, так и симпатический эфферентные нервы. При этом первый обычно уменьшает, а второй - увеличивает хронаксию мышцы. Выключение одного из них уменьшает рефлекторные влияния на мышцу. Полный эффект наблюдается лишь при сохранении всей иннервации мускулатуры. За участие симпатических волокон в рефлекторном изменении хронаксии скелетных мышц и в передаче интероцептивных влияний на мышцы высказываются также В.Н. Черниговский (1960) и др. Рефлекторные связи желудочно-кишечного тракта (и других внутренних органов) с соматической мускулатурой были установлены рядом исследователей.

Мы остановились лишь на основных работах. Исчерпывающие данные имеются в монографиях М.Р. Могендовича (1941,1957), В.Н. Черниговского (1943, 1960), И.А. Булыгина (1959), О.С. Меркуловой (1959), СИ. Гальперина (1960).

Занимаясь изучением влияния вибрации, мы наблюдали, что раздражения желудка сопровождаются движения-

* В части опытов принимала участие Е.С. Герасимова, за что автор приносит ей благодарность

ми конечностей и всего тела животного (висцеромоторный рефлекс).

Были поставлены опыты с применением в качестве раздражителя вибрации. Как показали работы лаборатории **М**.Р. Могендовича, а также другие авторы, этот раздражитель является безвредным и хорошо дозирующимся. Изучение его тем более интересно, что в профпатологии, а также при применении вибрационного массажа имеют место как прямые, так и рефлекторные влияния этого раздражителя на функции различных органов человека (Брейтман, 1908; Щербак, 1903,1907,1908; Андреева-Галанина, 1940, 1956). Второй задачей было выяснение роли блуждающего нерва в рефлексе с желудка на скелетную мускулатуру, так как по этому вопросу имеются разноречивые данные.

МЕТОДИКА

Опыты проводились на бульбоспинальных и спинальных лягушках, у которых обнажались сердце и желудок, и их сокращения регистрировались на барабане кимографа. Одновременно регистрировались движения животного. В качестве механического раздражителя желудка применялся электромагнитный вибратор с амплитудой колебаний якоря от 0,1 до 1,5 мм и частотой 100 колебаний в секунду. На головке якоря укреплялся деревянный стержень, конец которого, смоченный физиологическим раствором, приставлялся вплотную к обнаженному желудку **и** передавал последнему вибрацию якоря. Известно, что вибрация проникает глубоко в ткани, поэтому раздражению подвергались все слои стенки желудка, но преимущественно его серозная оболочка. Продолжительность воздействия вибрации была в пределах от 5 сек. до 5 мин., чаще от 15 сек. до 2 мин. при слабой вибрации и от 10 до 20 сек. - при сильной вибрации. Во время рефлекторной остановки сердца мы обычно прекращали раздражение желудка, чтобы не вызывать сильного нарушения кровообращения. На каждом животном до перерезки блуждающих нервов ставилось по 2-4 пробы воздействия вибрации, с перерывами в 10-15 мин. Перерезка обоих блуждающих нервов производилась в месте их выхода из головного мозга.

В опытах на собаках вибратор устанавливался вплотную к фистульной трубке и через нее передавал вибрацию желудку.

С интактными блуждающими нервами нами поставлены 283 пробы с раздражением желудка вибрацией на 90 бульбоспинальных животных.

В первой серии мы применяли слабую вибрацию с амплитудой колебаний = 0,1 мм. Из 100 проб на 35 животных только в 13 пробах (13%) на 10 животных наблюдались глотательные движения и движения конечности (первые обычно раньше вторых) во время действия вибрации на желудок, т.е. висцеро-моторный рефлекс. В остальных 87 пробах на 25 животных рефлекса не наблюдалось.

Во второй серии опытов мы несколько усилили раздражение, применив вибрацию с амплитудой колебаний = 0,3 **мм** (известно, что в колебательном движении энергия пропорциональна квадрату амплитуды и квадрату частоты). Результаты получились аналогичные: из 50 проб на 16 животных в 8 случаях (16%) на 6 животных наблюдались моторные реакции во время воздействия вибраций на желудок; в остальных 42 пробах рефлекс не наблюдался. Мы видим, что амплитуда колебаний в 0,1-0,3 мм является недостаточной для получения пусковых влияний с рецепторов желудка на скелетную мускулатуру и в большинстве опытов она являлась подпороговой.

В третьей серии опытов мы еще увеличили силу раздражителя, применив вибрацию с амплитудой колебаний^,5 мм. Из 14 проб на 5 животных теперь уже в половине проб и у всех 5 животных вызывалась моторная реакция, и не только конечности и глотательная, а всего тела животного. Данная сила раздражителя являлась пороговой или сверхпороговой для всех животных.

В четвертой серии опытов мы применили вибрацию с амплитудой колебаний до 1,00 мм. Из 90 проб на 26 животных в 53 пробах (59%) у 24 животных наблюдались общие моторные реакции животного. На 2 животных и при этой силе раздражения не удалось вызвать пусковых влияний с желудка.

В пятой серии опытов мы применили еще более сильную вибрацию, увеличив амплитуду колебаний до 1,5 мм. Из 29 проб на 8 животных в 20 пробах (69%) у 7 животных наблюдались еще более резкие и продолжительные движения всего тела животного.

Полученные данные приведены в таблице.

Частота случаев пусковых влияний при различной силе раздражения рецепторов желудка

Сила раздражителя (ампл. вибр.)	Всего		Эффективность		
	кол-во	кол-во проб	кол-во животных	кол-во проб	% проб
0,1 мм	35	100	10	13	13
0,3 мм	16	50	6	8	16
0,5 мм	5	14	5	7	50
1,0 мм	26	90	24	53	59
1,5 мм	8	29	7	20	69
Всего	90	283	52	101	-

Подводя итог, мы видим, что с увеличением силы раздражителя желудка пусковые эффекты легче и чаще вызываются, становятся более выраженными.

О рефлекторной природе моторных реакций животного во время раздражения рецепторов желудка говорит очень короткий латентный период. Часто движения лапок или глотательные начинались мгновенно, как только вибрирующий прибор прикасался к желудку. В большинстве опытов латентный период был в пределах от 1 до 5 сек. Имелась вариабельность латентного периода, что отмечает и О.С. Меркулова (1959). За рефлекторную природу говорят также наши опыты на обескровленных лягушках, где гуморальный фактор исключался.

В следующей серии мы ставили опыты на спинальных

лягушках. Сравнивая полученные результаты с опытами на бульбоспинальных животных, мы не нашли существенной разницы. Висцеро-моторный рефлекс мы наблюдали в хронических опытах на собаках при раздражении вибрацией желудка (1950) и области сердца (1960). Воздействие на желудок относительно слабой вибрации (амплитуда =0,3 мм) собака переносила спокойно и часто даже засыпала во время вибрации. Если же применялась более сильная вибрация (амплитуда =1 мм), то появлялась двигательная реакция животного: облизывание, движение головы, переступание ногами; еще более сильная вибрация (амплитуда =1,5 мм) во всех опытах вызывала очень сильную и непрерывную двигательную реакцию, а иногда рвотные движения или голосовую реакцию. Такую сильную вибрацию мы избегали часто применять, так как относим ее уже к болевому раздражителю, выходящему далеко за пределы адекватного.

Мы видим в этих опытах на собаках (как и на лягушках), что с увеличением силы раздражения интероцепторов происходит иррадиация афферентных импульсов, следствием чего и являются более выраженные и более сложные моторные реакции. Эти наши наблюдения согласуются с данными О.С. Меркуловой и В.Н. Черниговского (1949), а также И.А. Булыгина (1949, 1952), показавшими значение силы интероцептивного раздражения для висцеро-моторных рефлексов.

Однако применение даже большой силы раздражения желудка (амплитуда =1 мм и 1,5 мм), которая часто вызывала сильную моторную реакцию «взрывного типа» (по терминологии Черниговского, 1947), пусковые эффекты наблюдались не во всех опытах, а в части их даже сильное раздражение не вызывало у лягушек реакции локомоторного аппарата. Таким образом, рецептивное раздражение не всегда вызывает появление пусковых эффектов. Поэтому мы вполне согласны с заключением О.С. Меркуловой и В.Н. Черниговского (1949) о том, что изменением силы интероцептивной стимуляции можно только изменить (усилить или ослабить) пусковые влияния, но оно не является решающим фактором для получения пусковых влияний во всех случаях.

Тем не менее И.А. Булыгин (1949, 1959) считает, что сильные механические и другие воздействия на желудок, как правило, сопровождаются пусковыми влияниями на скелетную мускулатуру. Мы полагаем, что причина этих противоречий кроется в различных условиях опыта и методиках исследования.

В наших опытах рефлекс с кардиальной части вызывался легче и чаще, чем с других участков желудка. В некоторых опытах даже сильный вибратор с рецепторов дна или тела желудка не вызывал моторного эффекта, а с кардиальной области даже слабая вибрация вызывала его.

В 55 опытах на бульбоспинальных лягушках после предварительных проб с механическим раздражением желудка производилась перерезка обоих блуждающих нервов в месте их выхода из головного мозга. Эти опыты показали, что после перерезки блуждающих нервов висцеро-моторный рефлекс сохраняется.

Следовательно, импульсы с желудка не проходят через ядро блуждающего нерва. Учитывая, что эти опыты ставились на бульбоспинальных лягушках, надо полагать, что переключение импульсов с рецепторов желудка на моторные центры может происходить ниже продолговатого мозга. Это подтверждают также и наши опыты на спинальных лягушках.

Возможно, что афферентные волокна идут в стволах блуждающих нервов не по всей их длине, а не доходя до продолговатого мозга покидают их и проникают в спинной мозг через задние корешки, как считают A. Harper, Me. Swiney and S. Suffolk, (1935). А.И. Иванов (1945), И.А. Булыгин (1952) и другие исследователи. Следовательно, для получения этого интероцептивного рефлекса не требуется обязательного участия высших отделов центральной нервной системы. Можно допустить, что импульсы очень сильных раздражений, войдя в спинной мозг, иррадиируют не только к спинномозговым моторным центрам, но и в головной мозг.

В некоторых опытах у животных наблюдались спонтанные движения туловища и конечностей, которые часто начинались с глотательных движений, описанных Н.Т. Введенским в 1881 г. Эти движения появлялись периодически, без применения какого-либо раздражителя. Какое же влияние на них оказала перерезка блуждающих нервов? Наши наблюдения показали, что трудно найти связь появления и исчезновений этих движений с перерезкой блуждающих нервов. Так, после их перерезки в 8 опытах спонтанные движения сохранились без особых изменений, в 3 опытах - участились, в 2 - стали реже, в 3 - совсем исчезли, а в 2 - появились после перерезки нервов (до перерезки их не было). Такие разнохарактерные данные говорят о том, что спонтанные движения трудно поставить в какую-то зависимость от блуждающих нервов. Мы неоднократно замечали, что в продолжительных опытах (1-2 часа) они появлялись и исчезали и до перерезки этих нервов. Поэтому исчезновение спонтанных движений в 3 опытах из 18 или появление их в 2 опытах после перерезки вагусов ничего не говорит о связи их с этими нервами.

Результаты наших опытов с вибрацией тождественны с результатами, полученными другими авторами, применявшими как механические (щипок, раздувание желудка и т.п.), так и химические, температурные, электрические раздражители. Преимущество вибрации - легко и точно градуирующегося раздражителя, - по сравнению с другими механическими факторами имеет немаловажное значение.

ВЫВОДЫ

1. Примененная в экспериментах на собаках и лягушках аппаратурная вибрация является удобным, хорошо дозирующимся механическим раздражителем для физиологических исследований.

2. Висцеро-моторный рефлекс с желудка зависит от силы и продолжительности воздействия вибрационного раздражителя, а также от рецептивного поля, к которому при-

ложен раздражитель. При очень кратковременных раздражениях рефлекс вызывается редко. С увеличением силы раздражения рефлекс становится более выраженным, а скрытый период уменьшается. Однако в части опытов даже сильный раздражитель не вызывал ответной моторной реакции животного.

3. С рецепторов кардиальной части рефлекс вызывается чаще и легче, чем с других участков желудка.

4. Пороговой силой для пусковых влияний изучаемого рефлекса можно считать вибрацию с амплитудой колебаний равной 0,4-0,5 мм (при частоте в 100 Гц).

5. После перерезки обоих блуждающих нервов в месте их выхода из головного мозга висцеро-моторный рефлекс с рецепторов желудка сохраняется. Переключение импульсов с афферентных волокон на моторные центры может происходить ниже продолговатого мозга. В наших опытах рефлекс сохранялся и на спинальных лягушках. Спонтанные движения животного также не связаны с функционированием блуждающих нервов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев а-Г аланина Е. Ц. Вибрации, их гигиеническое значение и меры борьбы с ними. Л-д, 1940.
2. Беритов И. С. и БакурадзйА. Н. Труды ин-та физиол. им. И. С. Бериташвили, т. 5, 1943.
1 Булыгин И, А. Сб. «Вопросы физиологии интероцепции», вып. 1, изд. АН СССР, 1952.
4. Булыгин И. А. Исследование закономерностей и механизмов интероцептивных рефлексов. Изд. АН БССР, Минск, 1959.
5. Гальперин С. И. Нейро-гуморальные регуляции у позвоночных животных. М. I960.,
& Гончаров П. П. О висцеральных рефлексах с кишечника. Л-д, 1945.
7. Иванов А. И. Рефлексы с интероцепторов пищевода и желудка. Изд. ВММА, Л., 1945.
I Кекчеев К. Х., Анисимова А. П. и Кавторина А. В. Бюлл. эксперим. биол. и мед., т. 14, в. 1,1942.
9. Меркулова 0. С. Интероцепторы и скелетная мускулатура. Изд. АН СССР. 1959.
10. Меркулова 0. С. и Черниговский В. Н. Труды ВММА, т. 17, 1943.
11. Могендович М. Р. Чувствительность внутренних органов (интероцепции) и хронаксия скелетной мускулатуры. Ленингр., 1941.
12. Могендович М. Р. Рефлекторное взаимодейств, локомотор. и висц. систем. Медгиз, Л„ 1957.
13. Могендович М. Р. Материалы I Респ. съезда физиотерапевтов и курортологов УССР. Киев, 1963.
15. Орбели Л. А. Лекции по физиологии нервн. системы. 1938.
16. Павлов И. П. Труды СПб Об-ва естествоиспытателей, т. 8,1877.
17. Разенков И. П. Журк. эксперим. биол. и мед., т. 1, № 3, стр. 66,1926.
18. Рюмин В. П. Прямое и рефлекторное влияние вибрации на сердце и желудок. Дисс, Пермь, 1950.
19. Рюмин В, П. Труды Всесоюзного об-ва физиол., биохим., фармакол. изд. АН СССР, т. 4,1,958.
20. Рюмин В. П. Сб. научи, трудов Пермского мед. ин-та, вып. 29,1959.
21. Рюмин В. П. Третья Уральская конфер. физиол., биохим. и фармакол. (тезисы), Ижевск, 1960.
22. Рюмин В. П. Вопросы курортологии и физиотерапии. II. Томск, 1963.
23. Симановский Н. П. К вопросу о влиянии раздражений чувствит. нервов на отправление и питание сердца. 1881.
24. Толмасская Э. С. Бюлл, эксперим. биол. и мед., т. 25, в. 1.
25. Уголев А. М. Сб. Научные работы курсантов и слушателей ВММА, в 4,1948.
26. Феигин М. И. Там же.
27. Черниговский В. Н. Труды ВММА, т. 4, ч. 1,1944.
28. Черниговскии В. Н. Интероцепторы. Медгиз, М., 1960. Черниговский В. Н. и Меркулова 0. С. Бюлл. экспер. биол. и мед., т. 22, в. 3, № 9,1946.
29. Чуваев А К. и Чуваш Г. 3. Труды Пермского мед. ин-та, в. 26, 1957.
30. Щербак А. Е. Журн. Невропатология и психиатрия, кн. 1, 1908. НагрегА, Me. Swiney a. S Suffolk. I. of. Physiol, 85,1935. Kast L u. Meltzer S. Bert. Kl. Wschr., Bd. 19,1907.
31. 5 а п оТ. Pflug. Arch., Bd. 129,1909.

ВРАЧУ-КУРСАНТУ

ШКОЛА ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ ПРИГЛАШАЕТ В 2004 Г.

1 КУРС ОБУЧЕНИЯ

19.01-23.01. Миология Нейрофизиологические основы мышечного сокращения.

22.03-26.03. Неоптимальный двигательный стереотип.

24.05-28.05. Вертебральная мануальная терапия с основами прикладной кинезиологии на уровне поясничного отдела и таза.

20.09-24.09. Вертебральная мануальная терапия с основами прикладной кинезиологии на уровне грудного и шейного отдела позвоночника.

22.11-17.11 Висцеральная мануальная терапия с основами прикладной кинезиологии органов брюшной полости.

2-Й КУРС ОБУЧЕНИЯ

Врачей, имеющих первичную подготовку по прикладной кинезиологии и мануальной терапии

16.02-21.02 Компрессионные синдромы поясничного и тазового региона. Висцеральная, вертебральная, кранио-сакральная диагностика и терапия.

29.03-02.03 Новые подходы в рефлексотерапии.

19.04-23.04 Компрессионные синдромы грудного и шейного региона. Висцеральная, вертебральная, краниосакральная терапия.

21.06-25.06 Артро-вертебральная, висцеральная, краниосакральная терапия тазобедренного и плечевого суставов.

18.10-22.10 Артро-вертебральная, висцеральная, краниосакральная терапия коленного, голеностопного, локтевого и лучезапястного суставов.

20.12-24.12 Неврологическая дезорганизация с позиции патологической активности примитивных рефлексов.

Дополнительная информация по адресу:
vasiljeva_lf@mtu-net.ru

Место проведения:
г. Москва, м. Новые Черёмушки, ул. Цюрупы, 30,
поликлиника № 10,219 каб.

Тел.: (095) 331-35-48, 995-45-13.

Оплата: 200 у.е. (один цикл).

01-05.10.2004 Висцеральная мануальная терапия с позиции Прикладной кинещзиолоиии.

01-05.05.2004 Биохимические аспекты с позиции прикладной кинезиологии ПК: Воспаление (факторы воспаления, варианты неспецифического воздействия на органы и системы). Хроническая интоксикация (паразитозы, металозы, микозы и т.д.). Детоксикация - фаза 1 и 2, образование свободных радикалов, особенности их воздействия на организм. Белковый, углеводный, жировой, минеральный обмены. Специфика диагностики их нарушений и лечения. Метаболические нарушения (аллергические реакции).

5-9.11.2004 Психоэмоциональные проблемы (страх, стресс, эмоциональный саботаж и др.), алгоритмы диагностики и лечения. Основы биоэлектрофизики. Генераторы, проводники и поглотители энергии в человеческом организме. Причины циркуляции токов, БАТ. Происхождение, строение и развитие энергетического тела. Формирование чакр, их физиологические и психические функции. Теория первоэлементов, свойства, распространенность. Понятие о психической энергии, энерго-информационное поле. Методы работы с ПЭ.

Преподаватели: Доц. Михайлов А.М., асе. Лерман В.Б, асе. Варенков Д.Е, асе. Семёнов В.А.

Место проведения: Новокузнецк, Энтузиастов, дом 4. Центр альтернативный медицины им В.Н. Ляховецкого.

Стоимость: 150 у.е.

Контактные телефоны: 3843.578087, 78816

АССОЦИАЦИЯ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ ЛАТВИИ

0. Ивановска

Кинезиология в России завоевала прочные позиции. С легкой руки президента Российской ассоциации прикладной кинезиологии проф. Л.Ф. Васильевой, она постепенно распространяется также в государствах Балтии. В Латвии с 1999 г. проведено 15 семинаров (шести-, четырехдневных) с теоретическим и практическим курсом. Основным организатором проведения обучения латышских врачей прикладной кинезиологии является доц. 3. Касванде. Благодаря ее усилиям около четырех десятков врачей успешно используют методы прикладной кинезиологии в своей практической деятельности (фото 1).

Врачи, закончившие обучение при ассоциации мануальной терапии, образовали при ассациации секцию прикладной кинезиологии, на заседания которой приглашаются врачи всех специальностей. Президентом является врач-нейрохирург 0. Сухорукое, секретарь - 0. Ивановска (фото 2).

Планируется создание постоянно действующих курсов мануальной терапии в аспекте прикладной кинезиологии. Разрабатываются новые алгоритмы обучения мануальной терапии и новые экзаменационные вопросы с включением в них вопросов по диагностике и коррекции патобиомеханических изменений с позиций прикладной кинезиологии. Отмечается тенденция сотрудничества с врачами смежных специальностей - ортопедов, неврологов, семейных врачей.

Планируется совместная работа с сотрудниками Латвийской медицинской академии. Приглашаем всех желающих принять участие в наших учебных семинарах и заседаниях ассоциации.

olga.ivanovska@delfi.lv

Фото 1.

Курсанты латвийской школы прикладной кинезиологии. В центре снимка преподаватели: доц. 3. Касванде, проф. Л.Ф. Васильева

Фото 2. Члены секции прикладной кинезиологии. В центре: президент 0. Сухоруков, секретарь 0. Ивановска

ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

ДИСФУНКЦИЯ ГРУДОБРЮШНОЙ ДИАФРАГМЫ ВРАЧА. САМОДИАГНОСТИКА, САМОКОРРЕКЦИЯ*

Л.Ф. Васильева
Федеральный научный клинико-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и терапии Минздрава РФ
Лаборатория мануальной терапии

В предыдущем номере приведены клинико-биомеханические особенности возникновения спазма грудобрюшной диафрагмы, возникающего у врачей - мануальных терапевтов при несоблюдении гигиены работы с пациентом (гигиены поз и движений при мануальной терапии, гигиены в эмоциональной сфере и т.д.).

Описана клиника, как рефлекторных болевых мышечных синдромов, так и компрессионных синдромов соматических и вегетативных нервов.

Описаны клиника собственного спазма диафрагмы и причины возникновения дисфункции различных органов и систем как реакции на спазм диафрагмы в виде:

- функциональных топографических цепей:
- диафрагмально-вертебральных;
- диафрагмально-реберных;
- диафрагмально-мышечных;
- диафрагмально-висцеральных;
- диафрагмально-невральных (компрессия диафрагмального, блуждающего, спинальных L1,2 нервов);
- функциональных ассоциативных связей:
- диафрагмально-мышечных;
- диафрагмально-диафрагмальных (связи с тазовой и шейно-грудной диафрагмами);
- дисбаланс эмоциональной сферы.

Для того чтобы правильно провести самокоррекцию необходимо уточнить, на каком из 3-х вариантов развития патологического процесса вы находитесь.

У Вас имеется функция грудобрюшной диафрагмы:

- в состоянии покоя;
- возникает на фазе вдоха;
- возникает на фазе выдоха.

В зависимости от выявленного варианта нарушения, следует искать разные причины возникновения рушения.

1. ДИСФУНКЦИЯ ГРУДОБРЮШНОЙ ДИАФРАГМЫ В СОСТОЯНИИ покоя

Признаки:

а) появление субъективных ощущений: на головные боли, по типу снимания шлема (характерные для синдрома нижней •осой мышцы), признаки повышения артериального давления, появление общей слабости (при проведении мышечного тес- \ тнрования возникает ощущение, что все мышцы пациента неожиданно стали очень сильными), наличие различных видов неврологической дезорганизации (головокружение, неловкость при движении, выполнении точных движений), эмоциональный дисбаланс - появление немотивированного раздражения или наоборот неуверенности в выполняемой процедуре (первые признаки вегетативного дисбаланса с возникновением патологической активности примитивных рефлексов).

б) при пальпации ощущается резкая болезненность

- области проекции диафрагмы -проявление спазма её мышечной части (рис. 1);

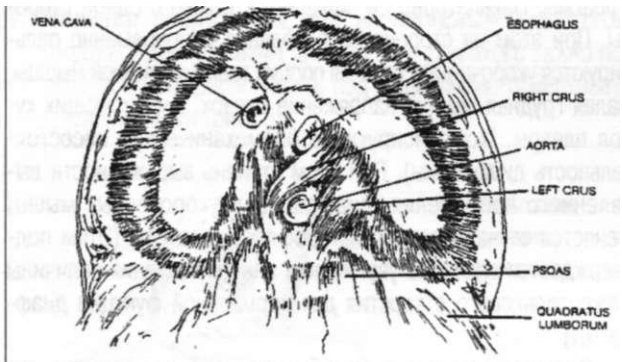


Рис.1. Анатомия грудобрюшной диафрагмы

- коротких экстензоров (антагонисты ассоциированных с диафрагмой коротких флексоров);
- поперечных отростков С1 (вследствие формирования компенсаторного функционального блока СО-1).

Возможные причины возникновения данного патологического процесса

- нарушение иннервации, кровотока, лимфообращения, эмоциональный дисбаланс;
- раздражение блуждающего нерва, дисфункция прилежащих органов и другие.

А) НАРУШЕНИЕ ИННЕРВАЦИИ

Патобиомеханика. Как известно грудобрюшная диафрагма иннервируется преимущественно из 2-х нервов С4. Они выходят из межпозвонкового отверстия шейного отдела на уровне CIII-IV и проходят по передней поверхности передней лестничной мышцы, где они могут компримироваться, как укороченной лестничной мышцей (рис. 2), так и функциональным блоком, возникшем на прилежащем позвоночном двигатель-

* Окончание, начало статьи смотрите в № 1 (2) 2003

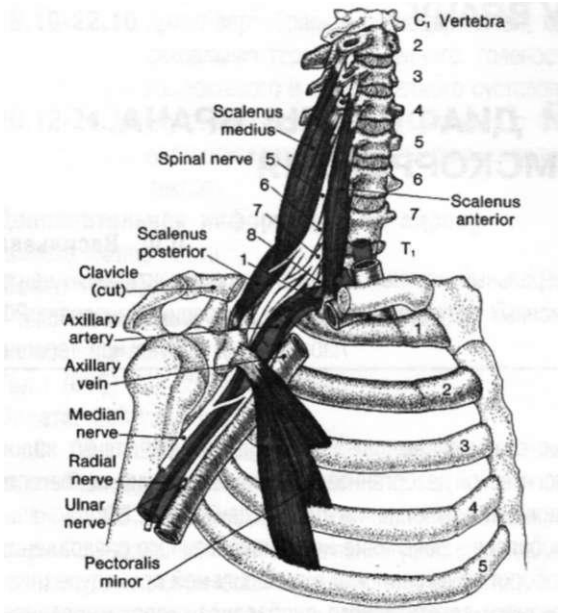


Рис. 2. Уровни компрессии спинальных нервов

ном сегменте или травмироваться при локальной гипермобильности.

Признаки: ассиметричность спазма грудобрюшной диафрагмы. Пальпаторно он ощущается только с одной стороны. При этом на стороне расслабления одновременно пальпируются укороченные верхняя порция трапециевидной мышцы, малая грудная мышца напряжение связок, фиксирующих купол плевры, (компенсирующие биомеханическую несостоятельность диафрагмы). При этом степень выраженности выявленного напряжения (диафрагмы и укороченных мышц) меняется от направления латерофлексии головы (Этим подтверждается значение увеличения или уменьшения величины межпозвонкового отверстия для нормальной функции диафрагмы).

Самокоррекция: аутомобилизация блокированного и аутостабилизация - гипермобильного позвоночного двигательного сегмента постизометрическая релаксация передней лестничной мышцы.

Для проведения аутомобилизации (рис. 3) пациент принимает исходное положение: Для этого он проводит движение в блокированном ПДС в направлении ограничения в объёме безболезненном для него до ощущения преднапряжения тканей, далее он располагает указательные пальцы на дуге одного из позвонков блокированного ПДС и проводит аутомобилизацию в 2 фазы: В первой фазе поднимает глаза вверх и проводит глубоких вдох (или выдох), и задерживает дыхание, чувствуя под пальцами напряжение тканей, а во второй фазе проводит глубоких выдох (или вдох), опускает глаза вниз и следует пальцами рук за расслаблением шейных мышц в направлении ограничения до появления нового этапа преднапряжения.

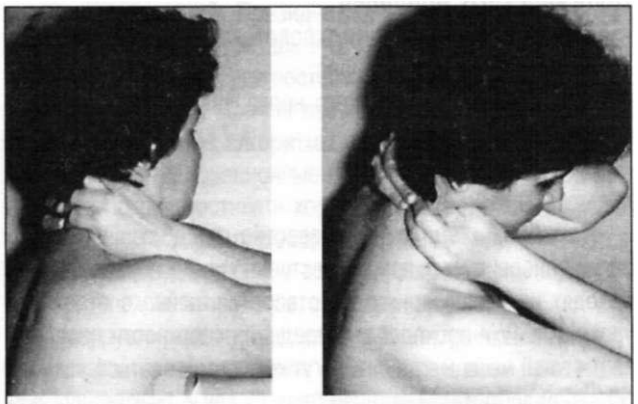


Рис. 3.
Две фазы проведения аутомобилизации

Б) НАРУШЕНИЕ КРОВОТОКА

Анатомия: Как известно, диафрагма кровоснабжается верхними и нижними диафрагмальными артериями, и задней межреберной артерией которые часто могут подвергаться сдавлению при дисфункции самой грудобрюшной диафрагмы

Признаки появление резкой болезненности при пальпации нейроваскулярных точек диафрагмы, расположенных в проекции сагиттального шва (рис. **4).**

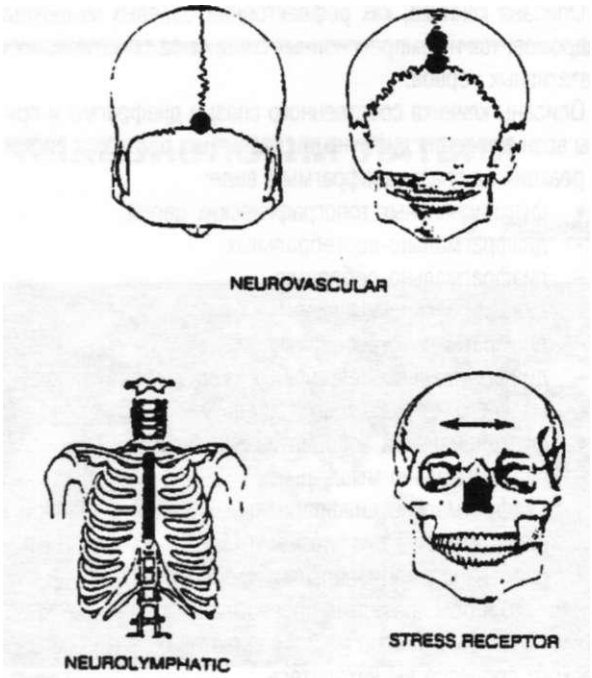


Рис. 4. Анатомия расположения нейрососудистых, нейролимфатических и стресс-рецепторов

Самокоррекция: расположение пальцев над болезненными точками и оказание незначительного давления на них для получения ощущения преднапряжения и удержание их до появления ощущения пульсации.

В) НАРУШЕНИЕ ЛИМФООТТОКА

Анатомия: Верхние диафрагмальные лимфатические узлы расположены около сосудистых отверстий диафрагмы и около костно-хрящевой границы 7-го ребра и часто подвергаются воздействию при дисфункции диафрагмы, блоков рёбер, дисфункции связок перикарда затрудняя лимфоотток, как для диафрагмы, так и для печени.

Признаки появление резкой болезненности при пальпа-

ции нейро-лимфатических точек диафрагмы, расположенных в проекции грудины (рис. 4).

Самокоррекция: механическое раздражение болезненных точек и оказание воздействия до появления ощущения тепла и исчезновения боли.

Г) ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ДИСБАЛАНС

Функциональные связи дисбаланса диафрагмы с эмоциональным дисбалансом широко известны. Возможно, это связано с тем, что при избыточной эмоциональной реакции человек всегда активизирует дыхание, создавая для диафрагмы повышенную биомеханическую нагрузку. Это, в свою очередь, приводит к дискоординационному сокращению её мышечных волокон.

Признаки пальпаторное ощущение болезненности при пальпации точек начала и конца меридианов на лице (рис. в предыдущем номере журнала).

Самокоррекция включает в себя использование аромотерапии в сочетании с механическим раздражением данных точек и содержит несколько этапов.

Аромотерапия: Для её проведения необходимо выбрать **то** масло, которое будет эффективным. Для подбора эфирного масла одна рука врача держит в ладони последовательно различные масла по 3 сек., а другая находится на болезненной меридианной точке, расположенной на лице и пальпаторно оценивает изменение выраженности болезненных ощущений под пальцем. То масло, локализация которого в руке, приводит к уменьшению выраженности боли при пальпации **точек,** является патогенетически значимым.

Для выполнения процедуры самокоррекции необходимо нести данное масло на болезненные точки производить механическое раздражение данных точек (пальпация, поступание, разминание) до исчезновения боли.

Только после этого расположить пальцы на эмоциональных точках лба и держать руки до появления ощущения синхронной пульсации до пальцами.

2. НАРУШЕНИЕ ФАЗЫ ВДОХА

Анализ собственных ощущений и сопоставление их с данными самопальпации.

- Во время приёма пациента появляется ощущение недостаточности собственного вдоха. Возникает желание глубоко вдохнуть (Наиболее часто эта симптоматика является клиническим проявлением спазма грудобрюшной диафрагмы, ограничивающего каудальное смещение внутренних органов и латеральное движение грудной клетки: ограничение взаимоудаления мест её прикрепления.
- Появление онемения или слабости в руках, (компрессия шейного сплетения.) Она возможна на различном уровне: шейный отдел позвоночника, связки купола плевры, лестничная (рис. 2), малая грудная мышца (уровень определяется пальпаторно).
- Появление головных болей, повышения артериального давления (следствие слабости коротких флексоров и укорочение коротких экстензоров. ФБ Со-1). снижение умственной активности.
- Появляется сонливость, зевота. Это может быть связано с возникновением гипоксии мозга, как его реакции на снижение ликворотока вследствие скручивания твёрдой мозговой оболочки или компрессии швов черепа. Свои предположения необходимо проверить при самодиагностике.

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ

оценка своего неоптимальности своего паттерна дыхания: включение в дыхание верхних порций трапециевидной мышцы, лестничных мышц, втягивание живота на вдохе (рис. 5).

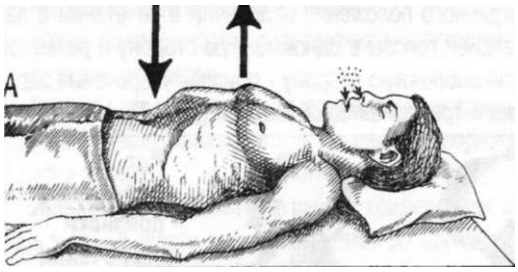


Рис. 5. Нарушение паттерна дыхания (Travell, Simons, 1999)

САМОПАЛЬПАЦИЯ

А пальпация укороченных мышц

1. ***Наличие напряжения под мечевидным отростком*** (подтверждение спазма диафрагмы), Для этого важно попытаться руки расположить под медиальную поверхность грудной клетки (рис. 6).

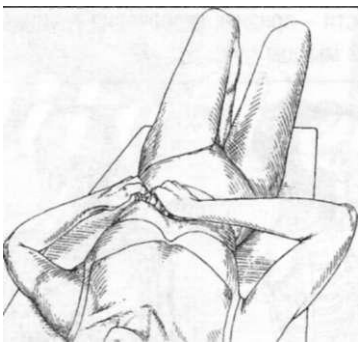


Рис.6. Аутопальпация напряжения диафрагмы

2. ***Болезненность и напряжение лестничных*** (чаще всего как следствие ограничения подвижности грудной клетки в латеральном и каудальном направлении). В этом случае необходимо проверить пальпаторно уровень максимального ограничения подвижности рёбер и диафрагмы при вдохе и начать лечение именно с этого аспекта.

ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДАННОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Дискоординация мышечных волокон диафрагмы приводит к компенсаторной перегрузке мышц верхнего плечевого пояса, их компенсаторному укорочению и вовлечению в процесс дисфункции внутренних органов (нарушая их вегетативное обеспечение) которые, в свою очередь поддерживают функциональное нарушение вдоха.

А) НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПРИЛЕЖАЩИХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Анатомия: Большое количество внутренних органов, при-

лежащих к диафрагме могут способствовать нарушению её синхронности сокращения. Но почему это состояние возникло мгновенно, тогда, когда Вы занимаетесь с пациентом? Наиболее частой причиной является нарушение вегетативной иннервации, обеспечивающей трофическую их функцию. И, в первую очередь, блуждающего нерва на уровне его выхода из черепа (рис. в предыдущем номере).

Признаки: Асимметричное расположение головы и плечевого пояса.

При самоосмотре (в зеркале) необходимо обратить внимание на наличие неоптимальной позы:

- асимметричного положения надплечий в сочетании с латерофлексией головы в одноимённую сторону и ротацией - в противоположную сторону - признак укорочения верхней порции трапециевидной мышцы (рис. 7);

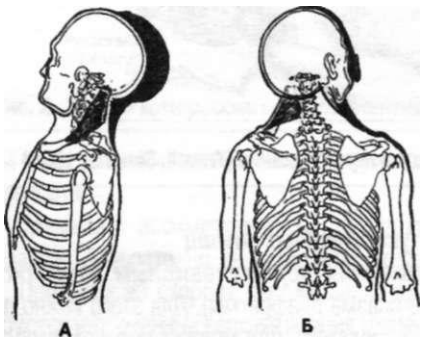


Рис.7. Визуальные признаки укорочения верхней порции трапециевидной мышцы

- асимметричного положения ключицы и мастоидального отростка височной кости - признак укорочения грудино-ключично-сосцевидной мышцы (рис. 8).

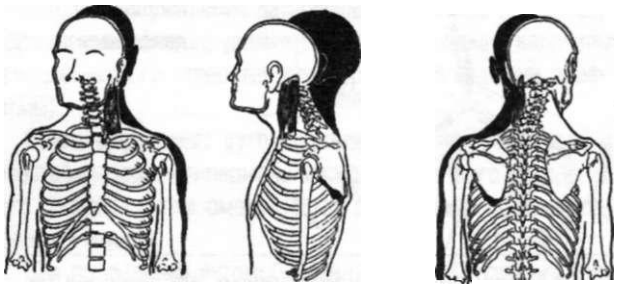


Рис.8. Визуальные признаки укорочения верхней грудино-ключично-сосцевидной мышцы

Если Вы видите признаки укорочения этих двух мышц с одной стороны - чаще всего это признак расслабления одноимённых мышц с противоположной стороны следствие компрессии добавочного нерва в югулярном отверстии: асимметричное взаиморасположение мастоидальных отростков, наличие разной формы ушных раковин (признак нарушения положения височных костей) подтверждает возможность изменения формы югулярного отверстия и компрессии не только добавочного, но и блуждающего нерва, а значит, может появиться дисфункция всех внутренних органов на стороне поражения. Необходимо пропальпировать швы черепа на наличие болезненности (косвенный признак фиксации). При этом важно обратить внимание на состояние затылочно-сосцевидного шва.

Самокоррекция использование методов кранио-сакральной терапии, если вы с ними знакомы. Если нет, то лучше обратиться к коллеге, который может вам помочь. Для тех, кто знаком, можно порекомендовать использовать в самокоррекии технику релаксации швов (VI - spread) и использование техники неспецифической активации кранио-сакрального механизма, с одновременной активацией нескольких механизмов: Активации краниосакрального механизма производится в 2 этапа.

1. Вы делаете вдох, тыльную флексию стоп, одновременно оказывая давление на затылочную и основную кость.
2. Вы делаете выдох, подошвенную флексию стоп, одновременно оказывая давление на височные кости.

Е) НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ

Биомеханика: Легкие париетальной плеврой вплетаются в межрёберные промежутки и диафрагму. Наличие спаечного процесса между листками плевры ограничивает подвижность легочной ткани во вдохе, приводя к биомеханической перегрузке диафрагмы.

Признаки Исследователь производит самопальпацию грудной клетки и оценивает участие долей лёгких при вдохе (сравнивая объём движения рёбер справа и слева, спереди и сзади). Ограничение объёма движения свидетельствует о локализации участка ограничения. Далее выбирается направление лечебного воздействия. Для этого врач пальпаторно оценивает напряжение и уровень болезненности ограниченного участка и сравнивает их степень изменения их выраженности при латерофлексии в правую и левую сторону. Та сторона, при латерофлексии в которую уменьшается болезненность пальпируемых тканей, есть сторона лечебного воздействия.

Самокоррекция: Исходное положение - латерофлексия туловища в выявленном направлении до ощущения преднапряжения пальцы рук - на участке напряжения тканей грудной клетки. Во время вдоха пальцы рук удерживают ткани от вовлечения в процесс подъёма рёбер на вдохе. На выдохе - следуют за увеличением объёма движения рёбер. При правильном выполнении упражнения при каждом последующем этапе латерофлексия туловища постепенно увеличивается.

Ж) ДИСФУНКЦИЯ ЖЕЛУДКА

Биомеханика Спазм диафрагмы часто приводит к расширению пищеводного отверстия, в котором ущемляется кардиальная часть желудка.

Признаки Субъективное ощущение напряженного участка, вздутия в области мечевидного отростка, усиливающееся при приёме пищи, вдохе. Болезненность и напряжение надостных мышц, пчелопаточных связок плечевого сустава.

Самокоррекция. В этом случае необходимо проверить пальпаторно напряжение тканей под мечевидным отростком и проводить висцеральную терапию, направленную на релаксацию желудочно-диафрагмальной и кардио-диафрагмальной связки в каудальном направлении.

Продолжение следует

Производственная фирма "Аконит-М"

ДЕТСКИЕ ТРЕНАЖЕРЫ

для физкультурно-оздоровительной, лечебно-профилактической и реабилитационной работы с детьми

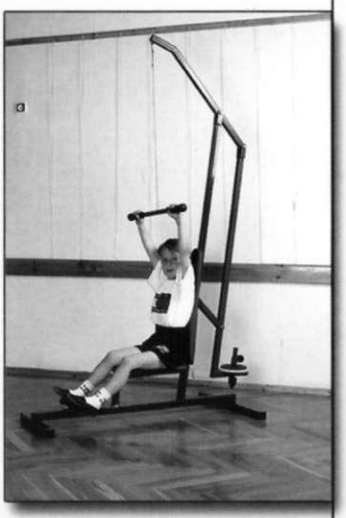
Производственная фирма ООО "Аконит-М"

предлагает детские тренажеры собственного производства, а также методическое пособие по их использованию.

Детские тренажеры позволяют детям овладеть целым комплексом упражнений, способствующим укреплению разных групп мышц рук, плечевого пояса, брюшного преса, спины, ног и развитию физических качеств - силы, быстроты движений, ловкости, гибкости и общей выносливости.

Занятия на детских тренажерах развивают детскую любознательность, творческое воображение, умение бережно обращаться с тренажерами, способствуют управлению своим поведением и способами общения в кругу сверстников.

Занятия на детских тренажерах в значительной мере повышает эмоциональный тонус детей, активизирует их познавательную деятельность, формирует нравственно-волевые качества - выдержку, решительность, смелость, дисциплинированность.



Наш адрес:

129090, г. Москва, пер. Васнецова, 2

Тел.: (095) 684-71-15, 684-72-97. Факс: (095) 755-61-44

Http://www.aconit.ru E-mail: marketing@aconit.ru

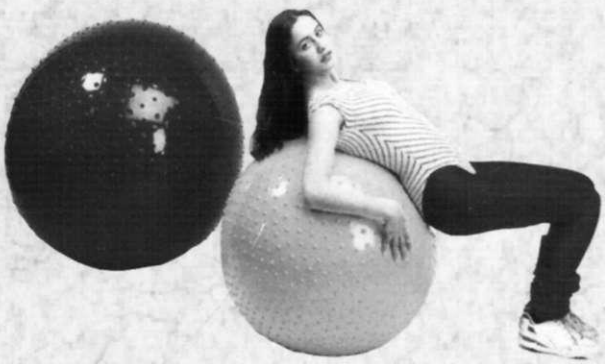
Проезд до станции метро: "Цветной бульвар", "Сухаревская", "Проспект Мира"

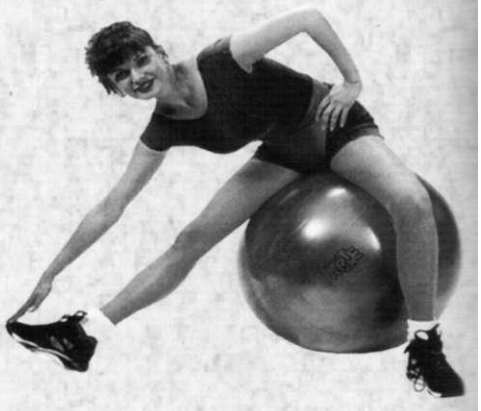
Производственная фирма "Аконит-М"

предлагает:

Гимнастические и массажные мячи большого размера (45 - 120 см)

- для реабилитации больных с поражением опорно - двигательного аппарата
- для профилактики и коррекции нарушений опорно - двигательного аппарата по оригинальным методикам
- для физкультурно - оздоровительных занятий с людьми разного возраста
- для формирования правильной осанки у детей





129090, г. Москва, пер. Васнецова, 2

Тел: (095) 684-71-15, 684-72-97 Факс: (095) 755-61-44

Http://www.aconit.ru E-mail: marketing@aconit.ru