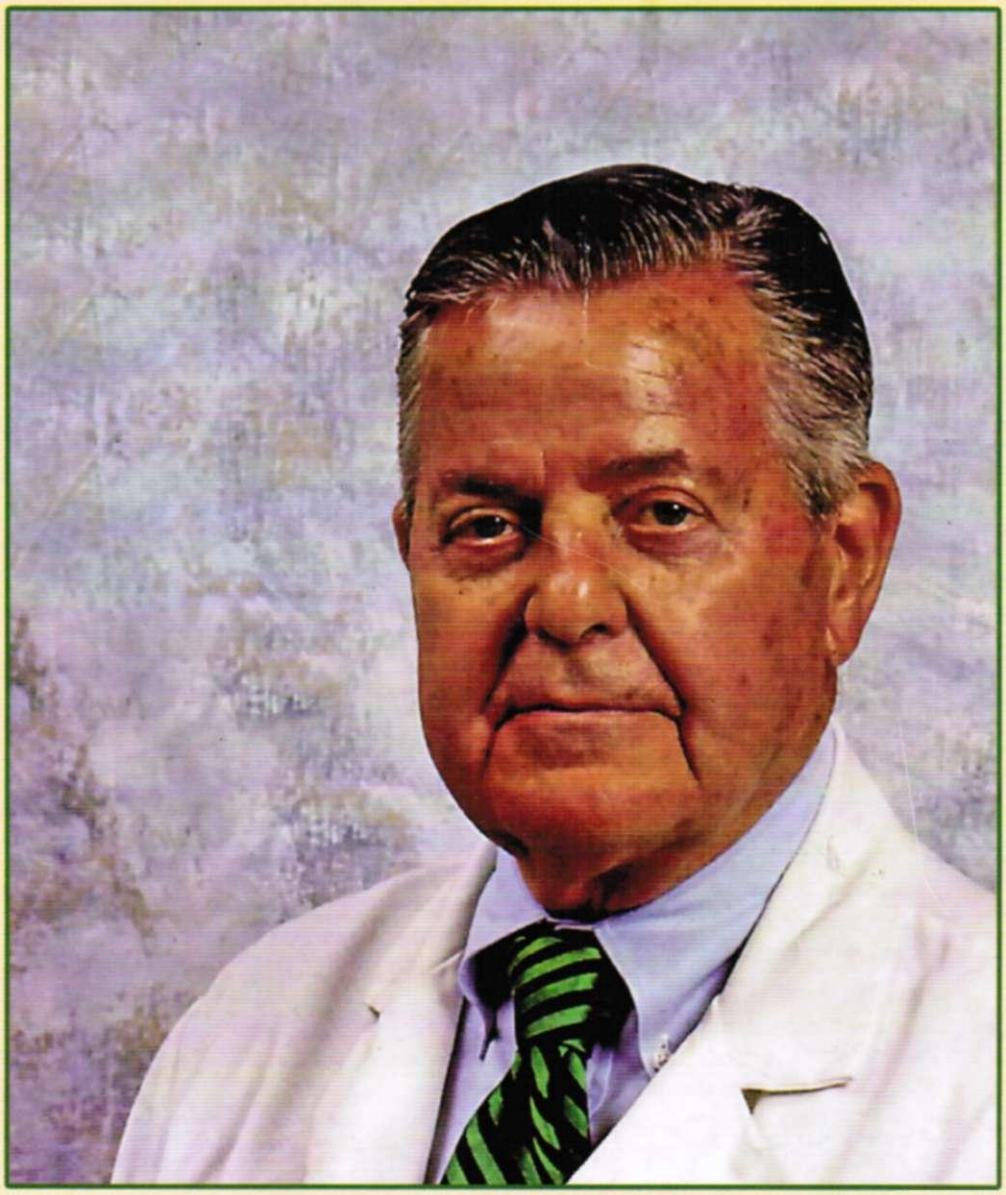
2008
№ 10-11

ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ

научно-практический журнал



Dr.George Joseph Goodheart., D.C. (1918-2008)
Основатель школы прикладной кинезиологии

ГУ ВПО РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МИНЗДРАВА РФ
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"

15 ЛЕТ СО ДНЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

ОРГКОМИТЕТ

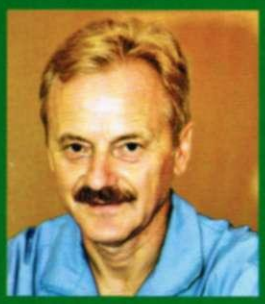
Президент ассоциации канд. мед. наук Чернышова Т.Н.

Вице-президент ассоциации МАПК Пилявский С.А.

Научный руководитель, директор ассоциации профессор, доктор мед. наук Васильева Л.Ф.

Дж. Шейфер – руководитель системой образования ПК доктор остеопатии дипломат ИСАК

Вице-президент по Сибирскому региону проф., доктор мед. наук Чеченин А. Г.



Вице-президент по Дальневосточному региону проф., доктор мед наук Беляев А.Ф.

Вице-президент по Приволжскому региону доц. канд. мед. наук Отрощенко Н.А.

Секретарь Шлыкова Т.А.

Состав членов ассоциации: 400 врачей разной специализации из 218 городов России и зарубежья, 24 преподавателя ВУЗа

1. Научное обоснование методов прикладной кинезиологии (апробация новых кинезиологических методик диагностики и реабилитации на отечественных и международных конгрессах, оформление изобретений
2. Обучение основам прикладной кинезиологии - формирование школ ПК при медицинских ВУЗах в различных городах, создание семинаров выходного дня совместно с сотрудниками кафедры мануальной терапии РГМУ, организация системы подготовки к сдаче международного экзамена совместно с иностранными дипломатами ICAK на получение сертификата клинической компетентности, и звание дипломата
3. Повышение уровня знания по фундаментальным и дополнительным аспектам прикладной кинезиологии - привлечение отечественных и иностранных преподавателей, перевод и публикация отечественных и иностранных книг, поощрение научных исследований среди членов ассоциации, помощь в оформлении авторских свидетельств
4. Распространение информации среди медицинской общественности (проведение ежегодных конгрессов, конференций, участие в конференциях других ассоциаций, публикация статей, мастер-классов, выступлениие с докладами, выпуск собственного журнала «Прикладная кинезиология»
5. Использования прикладной кинезиологии в современной медицине (создание медицинских центровки незиологии, медицинских кабинетов в центрах, поликлиниках, стационарах)
6. Сайт kinesiolog.ru

177 417 Москва, проспект Андропова, 40
Тел.: 8.495.3313548, 8.916.2270053
Тел./факс: 8.495.1298538
e-mail: rakkot11@mail.ru
www.kinesioog.ru

“ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ”

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Учредитель и издатель -
ОБЩЕРОССИЙСКИЙ ОБЩЕСТВЕННЫЙ ФОНД “СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ РОССИИ”

ФОНД Социальное развитие России

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Васильева Л.Ф., д.м.н., проф., заведующая лабораторией мануальной терапии Федерального научного клинико-экспериментального центра традиционных методов диагностики и лечения Минздрава РФ, зав. курсом неврологии и традиционной медицины при кафедре неврологии ФУВ РГМУ, вице-президент Российской ассоциации мануальной терапии, президент-основатель ассоциации прикладной кинезиологии (ПК), г. Москва

ЗАМ. ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Шмидт И.Р., д.м.н., проф., зав. кафедрой неврологии ГИДУВа, почетный президент межрегионального филиала ПК, г. Новокузнецк

Бобко Я.Н., д.м.н., проф. кафедры реабилитации педиатрической академии, президент филиала ассоциации ПК, г. Санкт-Петербург

Беляев А.И., д.м.н., проф., зав. кафедрой реабилитации ВМИ, г. Владивосток

Чеченин А.Г., д.м.н., проф., зав. кафедрой неврологии, мануальной терапии и иглорефлексотерапии, г. Новокузнецк

Чернышова Т.Н., к.м.н., главный врач клиники функциональной медицины “Манус”, президент Российской ассоциации прикладной кинезиологии, г. Владивосток

Михайлов А.М., к.м.н., доцент кафедры неврологии, мануальной терапии и иглорефлексотерапии

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Волынкин Н.А., сотрудник научного центра прикладной кинезиологии и восстановительной медицины РГМУ, г. Москва

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

Юнусов Ф.А., д.м.н., проф., академик РАЕН, ректор Российской академии медико-социальной реабилитации, г. Москва

Тимофеева М.И., д.м.н., проф., директор частнопрактикующего центра, президент филиала межрегиональной ассоциации ПК, г. Екатеринбург

Коган О.Г., д.м.н., проф., почетный президент МАПК России, президент-основатель ассоциации мануальной терапии России, Испания

Крамер Г.М., врач, к.м.н., президент филиала межрегиональной ассоциации ПК, г. Новосибирск

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

Авакян Г.Н., проф. кафедры неврологии и нейрохирургии РГМУ, г. Москва

Ильенко Л.И., д.м.н., проф., декан московского факультета, зав. кафедрой госпитальной педиатрии РГМУ

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

FPA МТЭА Международная топливно-энергетическая Ассоциация

АЗИ МОО “Ассоциация защиты информации”

МОСКОВСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЕЙ

Союз производителей нефтегазового оборудования

РЛС РЕГИСТР ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ РОССИИ

Медицинская газета МОСКВА

Информационная поддержка:
ЦЕНТР ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ И СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ МИНЗДРАВА РОССИИ

2008

СОДЕРЖАНИЕ

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА 8

ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

ОПТИЧЕСКИЕ СПЕКТРЫ ПОГЛОЩЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ НОЗОДОВ ИМЕЮТ ДОСТОВЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ ОТ ПЛАЦЕБО
Т.Н. Чернышева, В.И. Коренбаум, Л.Н. Советникова 8

КИТАЙСКАЯ ПУЛЬСОВАЯ ДИАГНОСТИКА КАК ДРЕВНИЙ СПОСОБ КОНТРОЛЯ КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО ГОМЕОСТАЗА ОРГАНИЗМА
И.Ш. Ахтямов, Л.Ф. Васильева, И.С. Пальцева 11

СТАТЬИ, ОПУБЛИКОВАННЫЕ В СБОРНИКЕ МАТЕРИАЛОВ НА МЕЖДУНАРОДНОМ КОНГРЕССЕ ПО ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В БЕЛЬГИИ

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ (РАК), МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ: ПЛАНЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ
Л.Ф. Васильева 15

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ И ПОВЫШЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ
Л.Ф. Васильева 17

ДИСФУНКЦИИ ПОЗВОНОЧНОГО РИТМА В ПРАКТИКЕ ПРИКЛАДНОГО КИНЕЗИОЛОГА
Ю.В. Шишмаков 21

НОВЫЙ МЕТОД ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНЫХ И ВТОРИЧНЫХ НАРУШЕНИЙ ОРГАНИЗМА
В.Л. Крашенильников 23

ЭМОЦИОНАЛЬНО-АКУПУНКТУРНЫЕ (ТОНУСНО-СИЛОВЫЕ) КОНСТИТУЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПРИОРИТЕТНОЙ ПАТОЛОГИИ
Е.П. Сероштан 29

СТАТЬИ, ОПУБЛИКОВАННЫЕ В СБОРНИКЕ МАТЕРИАЛОВ НА МЕЖДУНАРОДНОМ КОНГРЕССЕ ПО ИНТЕГРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ, Г. МОСКВА

III МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ «ИНТЕГРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА»
Е.П. Сероштан 31

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПОНИМАНИЮ ПАТОГЕНЕЗА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
Л.Ф. Васильева 32

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА
С.И. Львов 33

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В РАЗЛИЧНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ МЕДИЦИНЫ

ПЕДИАТРИЯ

КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ СИНДРОМА КОМПЕНСИРОВАННОЙ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ВЕНОЗНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Ю.В. Шишмаков 34

ЛЕЧЕБНАЯ ФИКУЛЬТУРА

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА
Л.С. Семенова 36

ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ

АРОМАТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ
Е.П. Сероштан 38

ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ДИСБАЛАНС И ЕГО РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ
П.Г. Пак 41

ПСИХОЛОГИЯ

РОЛЬ ЦВЕТОВОЙ СТИМУЛЯЦИИ КАК ФАКТОРА, УЧАСТВУЮЩЕГО В ФОРМИРОВАНИИ СИНДРОМА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ
Т.В. Гололобов 42

СИНДРОМ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА
Н.А. Горюнов 45

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ ЖЕНСКОГО ОЖИРЕНИЯ
С.И. Львов 46

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

РОЛЬ ВНУТРИКОСТНЫХ БЛОКОВ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В ПАТОГЕНЕЗЕ СПАЗМА ТОРАКО-ЛЮМБАЛЬНОЙ ДИАФРАГМЫ
В.А. Занько 50

ПАТОБИОМЕХАНИКА СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ЕЕ РОЛЬ В ГЕНЕЗЕ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ
О.В. Кузнецов 51

РОЛЬ СПАЗМА ТАЗОВОЙ ДИАФРАГМЫ В ПРОИСХОЖДЕНИИ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ РАЗНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ
А.Ф. Кополовец 54

ПОЧЕМУ СТАРОСТЬ – НЕ РАДОСТЬ И КАК МОЖЕТ ПОМОЧЬ ПК
А.Г. Алимов 56

УРОЛОГИЯ

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РЕШЕНИЮ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ ПРИ ПОМОЩИ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ
Н.А. Волынкин 58

ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

ДИСКУССИЯ НА АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ В ПК 60

ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ В ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ
Л.Ф. Васильева 64

ВЕСТИ МАПК

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В РОССИИ
Л.Ф. Васильева 66

ОТЧЕТ О СЕМИНАРЕ ДЭВИДА ЛИВА (ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ)
И.Д. Зотов 69

ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕНИИ СЕМИНАРА ДЖ. ШЕЙФЕРА, ПОСВЯЩЕННОГО ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ ПРОБЛЕМАМ И ВЛИЯНИЮ ОБМЕННЫХ НАРУШЕНИЙ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ НА ФУНКЦИЮ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
В.М. Лавренов 75

СЕМИНАР К. СМИТА «ПСИХОНЕЙРОИММУНОЛОГИЯ»
Е.П. Сероштан 77

ЭКСПЕРТНОЕ ИНТЕРВЬЮ
А.С. Акулич 78

ВРАЧУ-КУРСАНТУ

ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ И ЕЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВЯЗИ В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ
Л.Ф. Васильева 81

РЕКЛАМА 83

СТРАНИЧКА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

ПЕРВАЯ В СИБИРИ КАФЕДРА ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ
О.В. Кузнецова 86

ЮБИЛЕЙ КАФЕДРЫ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РГМУ
Л.Ф. Васильева 87

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К СИСТЕМЕ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧА
Л.Ф. Васильева 88

СЕМИНАРЫ ВЫХОДНОГО ДНЯ, НОВАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ
Л.Ф. Васильева 90

ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕННОМ СЕМИНАРЕ ВЫХОДНОГО ДНЯ «ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА»
В.М. Лавренов 90

ОТЧЕТ О СЕМИНАРЕ ВЫХОДНОГО ДНЯ « ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»
С.И. Львов 91

ОТЧЕТ О СЕМИНАРЕ ВЫХОДНОГО ДНЯ «ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»
Ю.В. Шишмаков, В.М. Лавренов 91

ОТЧЕТ О СЕМИНАРЕ ВЫХОДНОГО ДНЯ «ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ»
Ю.В. Шишмаков 93

МАНУАЛЬНОЕ МЫШЕЧНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ, ПРОВЕРЬ СЕБЯ
Л.Ф. Васильева, В.М. Лавренов, В.Л. Крашенильников, Н.А. Волынкин, А.В. Шугаюпов 94

ВЕСТИ ИЗ ЦЕНТРА КИНЕЗИОЛОГИИИ

НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ
Л.Ф. Васильева 95

НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ НАУЧНОГО ЦЕНТРА КИНЕЗИОЛОГИИ
Л.Ф. Васильева 96

КОМПРЕССИОННЫЕ И РЕФЛЕКТОРНЫЕ СИНДРОМЫ КАК КЛИНИЧЕСКАЯ МАНИФЕСТАЦИЯ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)
С.И. Львов 98

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ И ТЕРАПЕВТИЧСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ
Ю.В. Шишмаков 102

ОПТИЧЕСКИЙ ТОПОГРАФ – ПРОСТРАНСТВЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА
А.А. Косицын 103

ВИДЕОКОМПЬЮТЕРНАЯ ПСИХОДИАГНОСТИКА – МЕТОД ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ СКРЫТЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ
А.А. Косицын 106

ПРИМЕНЕНИЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И ГИРУДОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ
К.Э. Мавсисян 108

КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МАССАЖ
Р.З. Хамраев, А.В. Галаган 110

ПАЦИЕНТУ

ВОПРОСЫ, КОТОРЫЕ ЗАДАЮТ ПАЦИЕНТЫ 112

МЕДИЦИНСКИЙ МАССАЖ В СВЕТЕ ХОЛИСТИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА
А.Ю. Мочалов 114

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

ПОЗДРАВЛЕНИЯ И.Ш. АХТЯМОВУ

СВЯЗУЮЩАЯ НИТЬ ВОСТОКА И ЗАПАДА
Л.Ф. Васильева 117

ВРАЧ, ИССЛЕДОВАТЕЛЬ, УЧИТЕЛЬ
П.Г. Пак 117

ПОЗДРАВЛЕНИЯ В.А. ЗАНЬКО

МУЖЕСТВО И ВЕЧНЫЙ ПОИСК НЕПРОТОРЕННЫХ ПУТЕЙ
Л.Ф. Васильева 118

С БЛАГОДАРНОСТЬЮ К УЧИТЕЛЮ
Н.А. Волынкин 119

ПОЗДРАВЛЕНИЯ В.Л. КРАШЕНИЛЬНИКОВУ

НАДЕЖНОСТЬ МЯГКИХ РУК
Л.Ф. Васильева 119

СОЛНЕЧНОМУ ЧЕЛОВЕКУ
Н.А. Волынкин 120

ПОЗДРАВЛЕНИЯ В.М. ЛАВРЕНОВУ

РЫЦАРЬ НАСТОЯЩЕГО ВРЕМЕНИ
Л.Ф. Васильева 121

ПОЗДРАВЛЕНИЯ С.А. ПИЛЯВСКОМУ

МЕДНЫЙ ВСАДНИК ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ
Л.Ф. Васильева 121

КОЛЛЕГА, СОРАТНИК, УЧИТЕЛЬ
И.Н. Миронова 123

ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ

ДЖОЗЕФ ГУДХАРТ – ЧЕЛОВЕК-ЭПОХА
Л.Ф. Васильева 123

МОИ ВОСПОМИНАНИЯ О ГУДХАРТЕ
Т.Н. Чернышева 127

CONTENTS

FROM THE EDITOR 8

LEADING ARTICLES

OPTIC ABSORBTION SPECTRUM OF CERTAIN HOMEOPATHIC NOSODES RELIABLY DIFFER FROM PLACEBO
T.N. Chernyshyova, V.I. Korenbaum, L.N. Svetnikova 8

CHINESE PULSE DIAGNOSIS AS AN ANCIENT MEANS OF ACID-BASE BODY HOMEOSTASIS CONTROL
I.Sh. Ahtyamov, L.F. Vasiljeva, I.S. Paltseva 11

ARTICLES PUBLISHED IN THE COLLECTED PAPERS OF THE ICAK MEETING IN BELGIUM

PROFESSIONAL APPLIED KINESIOLOGY (PAK), INTERNATIONAL MEETING, AIMS AND PERSPECTIVES
L.F. Vasiljeva 15

WAYS TO HIGHER EFFECTIVENESS OF APPLIED KINESIOLOGY AND PREVENTION OF POSSIBLE COMPLICATIONS
Vasiljeva L.F. 17

SPINAL RHYTHM DYSFUNCTION IN AK PRACTICE
Y.V. Shishmakov 21

NEW METHOD OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PRIMARY AMD SECONDARY DYSFUNCTIONS
V.L. Krashenilnikov 23

EMOTIONAL-ACUPUNCTURAL (TONUS-STRENGTH) CONSTITUTION IN DIAGNOSIS OF PRIMARY PATHOLOGY
E.P. Seroshtan 29

ARTICLES PUBLISHED IN THE COLLECTED PAPERS OF THE "INTEGRATIVE MEDICINE" CONFERENCE IN MOSCOW

III INTERNATIONAL FORUM «INTEGRATIVE MEDICINE»
E.P.Seroshtan 31

NEW APPROACHES TOWARDS UNDERSTANDING OF THE PATHOGENESIS OF THE DISEASES OF PERIPHERAL NERVOUS SYSTEM
L.F. Vasiljeva 32

AK IN CORRECTION OF EXCESSIVE BODY WEIGHT
S.I. Lvov 33

AK IN DIFFERENT FIELDS OF MEDICINE

PEDIATRICS

KINESIOLOGICAL DIAGNOSIS PATHOGENETIC VARIATIONS OF THE SYNDROME OF COMPENSATED INTRACRANIAL VENOUS HYPERTENSION
U.V. Shishmakov 34

EXERCISE THERAPY

EXERCISE THERAPY IN PATIENT'S RECOVERY
L.S. Semjonova 36

ACUPUNCTURE

AROMATHERAPY IN TREATMENT OF CHRONIC PAIN SYNDROMES
E.P.Seroshtan 38

ENERGY IMBALANCE AND ITS ROLE IN CHRONIC FATIGUE SYNDROME
P.G. Pak 41

PSYCHOLOGY

ROLE OF COLOR STIMULATION IN PSYCHOEMOTIONAL DISADAPTATION SYNDROME
T.V.Gololobov 42

VERTEBRAL ARTERY SYNDROME OF EMOTIONAL GENESIS
N.A.Goryunov 45

ENDOCRINOLOGY

SPECIAL FEATURES OF OBESITY IN WOMEN
S.I. Lvov 46

MANUAL THERAPY

THORACIC INTRAOSSEOUS BLOCKS IN PATHOGENESIS OF THORACO-LUMBAR DIAPHRAGM SPASM
V.A. Zanko 50

PATHOBIOMECHANICS OF CONNECTIVE TISSUE AND ITS ROLE IN PAIN SYNDROMES GENESIS
O.V. Kuznetsov 51

PELVIC DIAPHRAGM SPASM IN DEVELOPMENT OF PAIN SYNDROMES OF DIFFERENT LOCALIZATION
A.F. Kopolovets 54

WHY IS IT NOT MUCH PLEASURE TO BE OLD AND WHAT CAN AK SUGGEST TO HELP
A.G. Alimov 56

UROLOGY

NEW AK APPROACHES IN TREATMENT OF MALE INFERTILITY
N.A. Volinkin 58

DISCUSSION CLUB

TOPICAL AK SUBJECTS 60

AK IN PRACTICAL MEDICINE
L.F. Vasiljeva 64

NEWS FROM MAPK

HISTORY AK DEVELOPMENT IN RUSSIA
L.F. Vasiljeva 66

DAVID LEAF. SEMINAR ON AK IN SPORTS MEDICINE
I.D. Zotov 69

JOSEPH SHAFER. SEMINAR ON EMOTIONAL PROBLEMS AND HOW METABOLIC DISTURBANCES AND INFLAMMATORY REACTIONS INFLUENCE NERVOUS SYSTEM FUNCTION
V.M. Lavrenov 75

CHRISTOPHER SMITH.
SEMINAR ON PSYCHONEUROIMMUNOLOGY
E.P. Seroshtan 77

EXPERT INTERVIEW
A.S. Akulich 78

TO OUR STUDENT-PHYSICIANS

AK AND ITS FUNCTIONAL RELATIONS IN QUESTIONS AND ANSWERS
L.F. Vasiljeva 81

PUBLICITY 83

MEDICAL UNIVERSITY PAGE

FIRST CHAIR OF TRADITIONAL MEDICINE IN SIBERIA
O.V. Kuznetsova 86

ANNIVERSARY OF THE CHAIR OF MANUAL THERAPY OF THE MEDICAL UNIVERSITY
L.F.Vasiljeva 87

NEW APPROACHES TOWARDS TEACHING A PHYSICIAN
L.F. Vasiljeva 88

WEEK-END SEMINARS – NEW FORM OF AK TEACHING
L.F. Vasiljeva 90

REPORT ON A WEEK-END SEMINAR " ACUTE AND CHRONIC L/S PAIN SYNDROME
V.M. Lavrenov 90

REPORT ON A WEEK-END SEMINAR "ENDOCRINOLOGY"
S.I. Lvov 91

REPORT ON A WEEK-END SEMINAR "VISCERAL THERAPY"
U.V. Shishmakov, V.M. Lavrenov 91

REPORT ON A WEEK-END SEMINAR "PERINATAL PATHOLOGY"
U.V. Shishmakov 93

MANUAL MUSCLE TESTING. CHECK YOURSELF. PUBLICITY NOTE
L.F. Vasiljeva, V.M. Lavrenov, V.I. Krasheninnikov, N.A. Volinkin, A.V. Shugaupov 94

NEWS FROM THE APPLIED KINESIOLOGY CENTER

RESEARCH APPLIED KINESIOLOGY CENTER – PROSPECTIVE DEVELOPMENT
L.F. Vasiljeva 95

APPLIED KINESIOILOGY TODAY AND TOMORROW
L.F. Vasiljeva 96

COMPRESSION AND REFLEX SYNDROMES AS CLINICAL MANIFESTATION OF ENDOCRINE PATHOLOGY (CLINICAL OBSERVATION)
S.I. Lvov 98

FUNCTIONAL DISTURBANCES IN CHILDREN WITHIN FIRST YEAR OF LIFE AND AK THERAPEUTIC POTENTIAL
U.V. Shishmakov 102

OPTICAL TOPOGRAPH – SPATIAL DIAGNOSIS OF SPINE DEFORMITIES
A.A. Kositsin 103

VIDEO-COMPUTER PSYCHODIAGNOSIS – OBJECTIVIZATION OF HIDDEN EMOTIONAL PROBLEMS
A.A. Kositsin 106

REFLEXOTHERAPY AND HIRUDOTHERAPY IN TREATMENT OF OBESITY
K.E. Mavsisjan 108

KINESIOLOGICAL MASSAGE
R.Z. Hamraev, A.V. Galagan 110

TO A PATIENT

QUESTIONS FROM THE PATIENTS 112

MEDICAL MASSAGE IN THE LIGHT OF HOLISTIC APPROACH TO HEALTH
F.U. Mochalov 114

ANNIVERSARIES

CONGRATULATIONS TO I.SH. AHTYAMOV

BINDING THREAD OF THE EAST AND THE WEST
L.F. Vasiljeva 117

PHYSICIAN, RESEARCHER, TEACHER
P.G. Pak 117

CONGRATULATIONS TO V.A. ZANJKO

COURAGE AND ETERNAL SEARCH FOR UNEXPLORED PATHS
L.F. Vasiljeva 118

WITH GRATITUDE TO THE TEACHER
N.A. Volinkin 119

CONGRATULATIONS TO V.L. KRASHENILNIKOV

RELIABILITY OF GENTLE HANDS
L.F. Vasiljeva 119

TO A SUNNY PERSON
N.A. Volinkin 120

CONGRATULATIONS TO V.M. LAVRENOV

KNIGHT OF THE PRESENT TIMES
L.F. Vasiljeva 121

CONGRATULATIONS TO S.O. PILYAVSKY

“COPPER RIDER” OF APPLIED KINESIOLOGY
L.F. Vasiljeva 121

COLLEAQUE, ASSOCIATE, TEACHER
I.N. Mironova 123

MEMORABLE DATES

GEORGE GOODHEART – AN EPOCH-MAKING PERSON
L.F. Vasiljeva 123

MY MEMORY OF GEORGE GOODHEART
T.N. Chernyshyova 127

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Васильева Л.Ф.

Дорогие коллеги! Мы снова встречаемся на страницах нашего журнала. Хочется сразу познакомить Вас с тем, что нового произошло за истекший период.

1. Этот год объявлен годом Дж. Гудхарта. Его смерть отразилась острой болью в наших сердцах. Его фотография на первой странице журнала, а статьи тех, кто знал его, – в рубрике «Памятные даты».
2. В этом году международный конгресс по прикладной кинезиологии состоится в Бельгии в сентябре. В связи с этим группа наших специалистов выезжает для принятия участия в нем. Основные докладчики представлены на страницах журнала. Статьи, принятые для участия в международном конгрессе в Бельгии, опубликованы в передовых статьях.
3. 15 лет со дня организации ассоциации Прикладной кинезиология. История становления ассоциации, ее перспективы развития представлены в рубрике «Ассоциация МАПК» Произошла смена руководства. Они представлены на 3 странице нашего журнала. Надеемся, что с приходом новых специалистов к руководству ассоциации появятся новые формы развития, а именно, что особенно важно, проведение аттестации специалистов внутри самой ассоциации.
4. Пять лет со дня организации кафедры мануальной терапии Российского государственного медицинского университета – основной кузнице кадров по прикладной кинезиологии. Ее, достижения, успехи и планы на будущее, новые формы обучения, новые книги в рубрике «РГМУ».
5. Мануальное мышечное тестирование как основа ПК требует тщательной переработки с учетом новых правил тестирования, предложенных руководителем нашего международного обучения г-ном Шейфером, а также президентом американской ассоциации Дэвидом Ливом. В связи с этим сотрудники кафедры мануальной терапии Васильева Л.Ф., Лавренов В.М., Крашенильников В.Л. и Волынкин Н.А. при помощи художника Шугаюпова А.В. предлагают Вашему вниманию тестирование 100 мышц. Некоторые из них предложены вашему вниманию в рубрике «Страничка РГМУ».
6. Дискуссионный клуб открывает вновь свои двери. По наболевшим вопросам становления прикладной кинезиологии, ее использования в практической деятельности отвечают преподаватели, практические врачи и курсанты.
7. Продолжает работу Научный центр кинезиологии прикладной кинезиологии и восстановительной медицины. Результаты его работы, перспективы дальнейшего развития представлены в рубрике «Вести из Центра кинезиологии».

ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

ОПТИЧЕСКИЕ СПЕКТРЫ ПОГЛОЩЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ НОЗОДОВ ИМЕЮТ ДОСТОВЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ ОТ ПЛАЦЕБО

Т.Н. Чернышева*, В.И. Коренбаум, Л.Н. Советникова****

* – Клиника функциональной медицины «Манус», 690091, ул. Первая Морская, д. 4. E-mail: manus@vlad.ru

** – Тихоокеанский океанологический институт им. В.И. Ильичева ДВО РАН, 690041, Владивосток, ул. Балтийская, д. 43.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Помимо традиционных гомеопатических копий, изготовляемых разведением/потенцированием исходных веществ, в некоторых областях нетрадиционной медицины: электропунктурная диагностика (см., например, [1]), прикладная кинезиология [2] получили распространение электронно-гомеопатические копии (ЭГК) – препараты, изготовленные путем так называемого «импринтинга» исходного вещества на воду (либо другие носители) с помощью приборов М. Рея [3]. Имеются сведения о схожести воздействия на живые организмы обычных гомеопатических копий препаратов и ЭГК тех же препаратов [3]. Наблюдается, однако, дефицит объективных научных данных, подтверждающих сам феномен электронно-гомеопатического копирования. Целью авторов явилась объективная проверка данного эффекта с помощью абсорбционной спектроскопии ЭГК, приготовленных на основе физиологического раствора.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для эксперимента с помощью мануального мышечного тестирования были отобраны ЭГК следующих гомеопатических нозодов:

1. DNA-tox (DNA) – показатель поражения ДНК, связанного с воздействием на организм токсических веществ (Манус, РФ);
2. Bacteria (B) – суперпозиция 27 патогенных бактерий (Metabolics, GB);
3. Manus (MAN) – гармонизирующий нозод (Манус, РФ);
4. Fungus (FUN) – суперпозиция 17 патогенных грибков (Metabolics, GB);
5. Toxic metal (TM) – суперпозиция 25 солей тяжелых металлов и токсических металлов (Metabolics, GB);
6. Virus (VIR) – суперпозиция 25 патогенных вирусов (Metabolics, GB);
7. Vanilmandelic acid (VMA) – продукт метаболизма норадреналина и эпинефрина (Metabolics, GB).

Было приготовлено по 9 ЭГК препаратов каждого наименования (всего 63 ампулы), 27 ампул плацебо и 5 ампул контроля. Носитель ЭГК – стерильный физраствор (NaCl 0,9%), 5 мл герметичные ампулы. Все 95 ампул (10 упаковок) взяты из одной заводской партии и тщательно перемешаны. 90 произвольно отобранных ампул пронумерованы от 1 до 90. При приготовлении каждого ЭГК для копирования выбирались случайным образом 9 ампул. После выполнения копирования они раскладывались по 3 штуки в три раздельно упакованные серии. Ампулы с плацебо (27 штук) были также разделены на три серии по 9 штук. Каждая серия ЭГК упаковывалась вместе с одной из серий плацебо. Таким образом было получено три серии исследуемых препаратов (в каждой 21 ампула ЭГК и 9 ампул плацебо). Соответствие номеров ампул гомеопатическим препаратам или плацебо сразу после копирования фиксировалось в протоколе, который не разглашался до завершения спектрального анализа и записи файлов спектральных отсчетов. Пять оставшихся непронумерованными ампул использованы для приготовления контроля, на них была поставлена метка «К».

Электронное гомеопатическое копирование выполнялось на аппарате Simulator (Metabolics, GB), представляющем собой вариант прибора М. Рея. Данные аппараты содержат два медных трубчатых контейнера, в правом из которых размещалось копируемое вещество, а в левом – носитель копии (по одной ампуле). Сначала над всеми ампулами выполнялась операция стирания электронно-гомеопатической информации (также в левом контейнере) путем нажатия кнопки «AC». Над ампулами с плацебо и контролем более никаких операций не производилось, таким образом получался «чистый» носитель. При приготовлении образцов ЭГК нажимались кнопки «7» и «=». Поскольку, по данным [3], качество получения ЭГК на приборах М. Рея зависит от индивидуальных способностей оператора, приготовление всех исследуемых нами препаратов осуществлялось одним и тем же человеком, в последующей части эксперимента не участвовавшим.

Абсорбционные спектры исследуемых препаратов определялись в течение двух дней (в первый день одна серия, во второй – две) на двухлучевом спектрофотометре UV – 2101 PC (Shimadzu, Япония) в диапазоне длин волн 600-800 нм с интервалом 0,5 нм. Значения оптической плотности log (1/коэффициент пропускания) записывались на жестком диске компьютера спектрофотометра в виде электронного файла спектральных отсчетов, номер которого соответствовал номеру ампулы. Ампулы с образцами вскрывались непосредственно перед измерением, с помощью одноразовых шприцев пробы заливались в измерительные кюветы из кварцевого стекла. Последние представляли собой прямоугольный параллелепипед высотой 4,5 см, в сечении 1x1 см^2, толщина стенок 1 мм, рабочий объем 3 мл. Контрольная кювета заполнялась один раз для каждой серии пробой из одной произвольно взятой ампулы с обозначением «К» и оставалась постоянно в световом потоке спектрофотометра в течение всего времени измерений серии. Пробы исследуемых образцов поочередно заливались в кювету, которая помещалась в прибор рядом с контрольной. После записи очередного разностного спектра поглощения проба выливалась, кювета промывалась струей дистиллированной воды, подсушивалась и протиралась оптической салфеткой.

Фото 1. Чернышева Т.Н.

При просмотре записанных файлов спектральных отсчетов в штатном программном средстве спектрофотометра UV – 2101 данные, полученные по четырем образцам, были забракованы из-за значительных выбросов в коротковолновой части спектра и исключены из дальнейшего анализа. После вскрытия протокола проведена сортировка файлов спектральных отсчетов оставшихся образцов по принадлежности соответствующим препаратам. Файлы ЭГК каждого наименования по всем сериям объединены в одну группу. Файлы плацебо произвольно скомплектованы в три независимые группы (с примерно равным представительством от каждой серии измерений): Плацебо 1, Плацебо 2, Плацебо 3.

Все спектры центрированы путем вычитания среднего значения в полосе 800-600 нм с целью устранения возможной систематической погрешности. При статистической обработке для всех фиксируемых длин волн спектра по 9 (в двух случаях 8) образцам каждой ЭГК в сравнении с каждой группой плацебо (8 или 9 образцов) определялась достоверность различий по непараметрическому критерию Манна-Уитни (пакет Statistica) в полосе 800-700 нм. Фиксировались длины волн, на которых различия были достоверны ($p<0,05$). Затем отбирались те участки спектров, где достоверные различия наблюдались не менее чем на двух смежных спектральных линиях.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Полученные результаты для выделенных участков спектров, где достоверные различия относительно групп плацебо наблюдались не менее чем на двух смежных спектральных линиях, представлены в таблице.

Спектры каждой группы плацебо не имеют достоверных отличий от спектров двух других групп плацебо. Спектр ЭГК препарата MAN имеет достоверные отличия от всех трех групп плацебо. Спектры ЭГК препаратов DNA и TM имеют достоверные отличия от Плацебо 1 и Плацебо 2. Спектры ЭГК препаратов B и VMA имеют достоверные различия только с одной группой плацебо. Спектры ЭГК препаратов FUN и VIR не имеют достоверных отличий ни от одной группы плацебо.

Длины волн участков спектров ЭГК, имеющих отличия от разных групп плацебо, для препаратов TM и DNA довольно близки (в пределах 5,5-7,5 нм), а для препарата MAN – практически совпадают (в пределах 0,5 нм).

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Все исследуемые препараты по своей химической структуре представляют 0,9% раствор NaCl. Тем любопытнее обнаруживаемые с помощью критерия Манна-Уитни достоверные различия отдельных участков спектров ЭКГ и плацебо (таблица). Области достоверного различия спектров имеют дискретный характер. Заметим, что имеются как различающиеся для всех препаратов дискреты, так и близкие для нескольких ЭГК (779,5-783 нм – DNA, MAN; 740-742,5 нм – MAN, VMA; 724,5-727 нм – B, TM, DNA).

Несомненно, влияние на измерение спектров могли оказать артефакты, связанные как с разбросом параметров физраствора от ампулы к ампуле, так и погрешностями промывки/заливки образцов в кюветы (воздух, включения, остатки предыдущих препаратов). Однако в том и состоял смысл задуманного авторами слепого рандомизированного эксперимента с группами образцов, чтобы влияние указанных артефактов статистически нивелировать. Тем не менее, безусловно, встает вопрос о пороге достоверности различий спектров препаратов. Достоверность различий по одиночным спектральным линиям $p<0,05$ представляется с позиций теории вероятностей сомнительной. Более надежными в плане достоверности выглядят участки с двумя и более смежными спектральными линиями ($p<0,05$ для каждой). Таких участков в спектрах ЭГК не так уж много (таблица). И самое интересное, что таких участков нет в спектрах плацебо относительно плацебо других групп. Поскольку для сравнения каждой группы плацебо имеются две другие группы плацебо, разделительная граница между плацебо и ЭГК может быть проведена по уровню отсутствия различий с двумя из трех группами плацебо. Следовательно, ЭГК, спектры которых имеют отличия только от одной из групп плацебо (B, VMA), недостоверно отличаются от плацебо. ЭГК, спектры которых имеют отличия от двух групп плацебо (DNA, TM), уже достоверно отличаются от плацебо, а ЭГК MAN, спектр которой имеет достоверный отличия от всех трех групп плацебо, можно считать имеющей высоко достоверные отличия от плацебо.

В пользу достоверности отмечаемых различий свидетельствует также близость длин волн участков спектров ЭГК, имеющих отличия от разных групп плацебо, для препаратов TM и DNA (в пределах 5,5-7,5 нм) и практическое совпадение таковых для препарата MAN (в пределах 0,5 нм).

Любопытно отметить, что основная часть длин волн, характеризуемых статистически достоверными различиями между ЭГК и плацебо (725-780 нм), лежит в области обертонов и комбинационных частот четвертого порядка полос поглощения воды [4]. В числе других областей обертонов и комбинационных частот для этой области показан эффект высокой чувствительности поглощения от температуры,

Таблица

Количество / длины волн (нм) участков спектров с достоверными различиями

	Плацебо 1	Плацебо 2	Плацебо 3
Плацебо 1 (n=8)		0	0
Плацебо 2 (n=8)	0		0
Плацебо 3 (n=9)	0	0	
DNA (n=9)	3 783, 727, 702	2 790, 707.5	0
B (n=9)	0	1 724.5	0
MAN (n=8)	2 780, 740	1 740.5	1 779.5
FUN (n=8)	0	0	0
TM (n=9)	1 726.5	2 734.5, 732	0
VIR (n=9)	0	0	0
VMA (n=9)	1 742.5	0	0

предположительно ассоциируемый [5] с изменением количества водородных (межмолекулярных) связей.

Итак, 3 из 7 ЭГК имеют в полосе 800-700 нм статистически достоверные спектральные отличия от плацебо. С учетом того, что подобные различия, в принципе, могут существовать и в других частях спектра поглощения (например, в области обертонов и комбинационных частот более низких порядков [4,5]), этот полученный в ходе двойного слепого рандомизированного эксперимента результат представляет, по нашему мнению, серьезный аргумент в пользу реальности эффекта электронно-гомеопатического копирования. Заметим, что описываемый результат является и косвенным свидетельством в пользу многострадального [6] феномена «памяти воды», полученного в условиях двойного слепого рандомизированного эксперимента.

Учитывая необходимость повторения экспериментов с большим количеством образцов и в более широком диапазоне длин волн, хотелось бы заметить, что одним из основных источников погрешности является использование разных серий измерений с отдельными контрольными образцами. Такой подход диктуется конечной производительностью спектрофотометра и ограничениями процедуры заливки/промывки образцов. Разрешение этих технических затруднений было бы крайне желательным.

Представленные материалы являются авторским переводом англоязычной статьи [7].

ВЫВОДЫ

1. Спектры поглощения трех из семи исследованных электронно-гомеопатических копий гомеопатических нозодов имеют в полосе 800-700 нм участки со статистически достоверными ($p<0,05$ для двух смежных длин волн) отличиями от спектров, как минимум, двух независимых групп плацебо из трех.
2. Участки спектров, для которых наблюдаются достоверные различиями между электронно-гомеопатическими копиями и плацебо, при сравнении по независимым группам плацебо лежат вблизи друг друга в пределах от 0,5 до 7,5 нм.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Электропунктурный вегетативный резонансный тест: Методические рекомендации № 99/96 / Василенко А.М., Готовский Ю.В., Мейзеров Е.Е. и др. Науч.-практ. центр традиц. мед. и гомеопатии МЗ РФ, 2000. – 28 с.
2. Pothmann R, von Frankenberg S, Hoicke C, Weingarten H, Ludtke R. Evaluation of applied kinesiology in nutritional intolerance of childhood // Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd 2001. V. 8(6), P. 336-44
3. Towsey M.W., Hasan M.Y. Homoeopathy – a biophysical point of view // British Homoeopathic J. 1995, V.84, October, P. 218-228.
4. Martin Chaplin's website: http://www.sbu.ac.uk/water/.
5. Яковенко А.А., Яшин В.А., Ковалев А.Э., Фесенко Е.Е. О структуре колебательных спектров поглощения воды в видимом диапазоне // Биофизика, 2002, т.47, вып.6. С. 965-969.
6. Milgrom L.R. The memory of water regained? // Homeopathy, 2003 (92). P. 223-224.
7. Korenbaum V.I., Chernysheva T.N., Apukhtina T.P., Sovetnikova L.N. Absorption spectra of electronic-homoeopathic copies of homeopathic nosodes and placebo have essential differences // Forsch Komplementärmed 2006. V. 13. № 5. P. 294-297.

КИТАЙСКАЯ ПУЛЬСОВАЯ ДИАГНОСТИКА КАК ДРЕВНИЙ СПОСОБ КОНТРОЛЯ КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО ГОМЕОСТАЗА ОРГАНИЗМА

И.Ш. Ахтямов, Л.Ф. Васильева, И.С. Пальцева (фото 1)
ФНКЭЦТМДиЛ, РГМУ, ММА им. И.М. Сеченова

Чжэнь-цзю терапия [69,70,82], рассматриваемая в последнее время с позиций информационной биологии (медицины) [34], привлекательна для современной медицины как с терапевтических, так и диагностических возможностей этого древнего метода [32,79,81,65,57,27,60,73,52,24]. Тестирование ряда параметров биологически активных зон (точек акупунктуры), обеспечивающих энергоинформационный обмен между организмом и средой [26, 14, 36], является на сегодняшний день основой (электро) пунктурной [35] или акупунктурной [65] диагностики. Это в свою очередь позволяет провести корректную акупунктурную терапию ряда гомеостатических отклонений (важнейшие из них – нарушения кислотно-щелочного равновесия и водно-электролитного обмена) в организме человека [30].

Фактически определение гомеостаза охватывает множество разных процессов, и, в частности, как гомеостаз следует понимать и относительно динамическое постоянство внутренней среды (крови, лимфы, внеклеточной жидкости), и устойчивость (стабильность) основных физиологических функций организма (кровообращение, дыхание, пищеварение, терморегуляция и обмен веществ) [28,75,51,76]. Нейрогуморальная координация физиологических функций организма осуществ-

Фото 1.
Ахтямов Ильдар Шамилиевич

вляется через определенные «цепи регулирования» той или иной совокупности жидких сред организма: кровь, лимфа, тканевая (межклеточная) жидкость [37,1,68,12,76]. Известно, что состав, концентрация и объем внеклеточной жидкости «регулируются системой почечных, метаболических и неврологических факторов» [54,29,25]. Более того, при увеличении интерстициального объема жидкости в гомеостатические процессы активно включается лимфатическая система, которая «подобно почкам может рассматриваться как эффекторный орган, обеспечивающий постоянство плазмы и межклеточной жидкости» [68].

Нами неоднократно подчеркивалось [9,3,4,5,6], что древнекитайское понятие о циркуляции энергии наиболее логично рассматривать с позиции происходящего в организме обмена между его различными жидкостными средами посредством транспортной функции самоуправляемой сердечно-сосудистой системы, обеспечивающей массоперенос жидкости в тканях организма, а представления о направленности циркуляции дыхания-ци и крови по строго определенным траекториям (а не диффузно!) наружных покровов и внутренних органов привели к созданию теории каналов (меридианов).

Представления древних медиков о жидкостном гомеостазе организма (с обобщением их в виде понятий-категорий вэй ци и жун ци) не противоречат современным данным, согласно которым водно-электролитный баланс организма напрямую зависит как от процесса «регуляции объема внутрисосудистой жидкости», так и «осмоляльности внеклеточной жидкости» [51,54,29,11,25]. Более того, проведенный нами сравнительный анализ свидетельствует о том, что древние медики имели представление о наличии в организме (выражаясь современным языком) «транспортной системы массопереноса жидкости», которую и обозначили «каналами циркуляции крови и ци». Ведь в соответствии с современными представлениями именно наличие транспортной системы в организме (то есть «русла для перемещения, транспортировки этих компонентов») в виде периферического сосудистого русла способствовало «цикличности тока крови», а это в свою очередь обеспечивает возможность «направленного» упорядоченного тока жидкости, циркулирующей в организме» [68,1,76,62,77].

Б.И. Ткаченко, И.А. Вороненкова (1981) подчеркивают, что сердечно-сосудистая система, обеспечивающая движение крови, – это «многоконтурная замкнутая система со множеством прямых и обратных нервных и гормональных связей» [68].

«Установлено закономерное вовлечение рядя эндокринных желез в сферу рефлекторных влияний, возникающих с главных рецепторных зон (зоны каротидного синуса, дуги аорты). Экспериментально показано, что при их возбуждении усиливается активность мозгового слоя надпочечников, инсулярного аппарата поджелудочной железы и нейрогипофиза, что обеспечивает рефлекторную нейрогуморальную регуляцию обмена веществ, тканевого энергетического баланса и постоянства внутренней среды» (цит.[68] с.403-404).

М.М. Горн и соавт. (2000), написавшие краткое руководство «Водно-электролитный и кислотно-основной баланс» [29], подчеркивают, что изменения эффективного циркулирующего объема (т.е. той части внутрисосудистой жидкости, которая «эффективно перфузирует ткани») «улавливаются специализированными рецепторами, расположенными в каротидных синусах, дуге аорты, предсердиях и сосудах почек» [29].

«Эти волюморецепторы измеряют не общий объем крови, а скорее реагируют на колебания давления, связанные с изменением растяжения стенок артерий или предсердий. Увеличение количества внеклеточной жидкости вызывает возрастание артериального давления и давления на эти рецепторы. Напротив, при уменьшении объема внеклеточной жидкости понижается давление. Колебания объема, зарегистрированные волюморецепторами, приводят к изменению сердечного выброса, сосудистого сопротивления, жажде и почечному регулированию количества натрия и воды» (цит.[29] с. 27-28).

Основными параметрами гомеостаза «в применении к человеку является артериальное давление (АД), кислотно-щелочной показатель крови (pH), концентрация глюкозы в крови (С), температура (Т)» [77]. Используя китайскую пульсовую диагностику, можно получить «прямую» информацию о трех показателях (Т, АД, pH) из четырех важнейших, а показатель (С) древние медики «добывали» опосредованно через исследование вкуса мочи и им было известно, что сладкая на вкус моча свидетельствует о нарушении обмена глюкозы (сахара) в организме. Исследовать температуру тела можно было (так делают и сейчас, если под рукой нет градусника) путем касания к телу, в частности, при пальпации пульса, а, согласно данным современной физиологии, «повышение температуры тела на 1°С сопровождается учащением пульса на 8 ударов в 1 минуту» [62]. Попутно отметим, что температурные показатели составляют пару («синдром холод-жара») из восьми основных синдромов, которые являются «руководящими для патологии жизненно важных функций организма, в том числе соков организма (цзинь-е), крови (сюэ), жизненной энергии (ци)» [52].

Современная физиология утверждает, что «посредством простой пальпации пульса[1] поверхностных артерий (например, лучевой артерии в области кисти) можно получить важные предварительные сведения о функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы» [22]. Иначе говоря, из пяти параметров «качества пульса» (а все они входят в систему пульсовой диагностики Древнего Китая) два (4, 5) непосредственно «отвечают» за показатели артериального давления. При анализе работ современных авторов [32,23,7 9,81,57,60,52,56,50,24,49], описывающих пульсовую диагностику, выясняется, что Сулье де Моран [32] и К. Шноренбергер [81] «увязывают» пульсовую диагностику с артериальным давлением, в частности Сулье де Моран (1939) указал, что «три степени давления на сосудистую стенку определяют три варианта артериального давления»: диастолическое, среднее (промежуточное) и систолическое [32]. Это в определенной степени согласуется с данными Авицены (Ибн Сины), который, написав: «Пульс – это движение сосудов, слагающееся из сжатия и расширения, [для того], чтобы охладить пневму легким дуновением воздуха» (цит. по О.К. Наджимову [56]),

[1] При этом оцениваются следующие качества пульса: 1) частота (нормальный или частый пульс); 2) ритм (ритмичный, аритмичный); 3) высота (высокий или низкий пульс); 4) скорость (скорый или медленный пульс); 5) напряжение (твердый или мягкий пульс).

указал на прямую связь пульса и артериального давления, назвав при этом АД «животной силой движущей пульс». Иначе говоря, древние медики, исследуя пульс, «измеряли» и артериальное давление, поэтому пожелания Г. Лувсана (2000) о «сочетании исследования артериального давления с изучением пульса в зоне цунь-коу» [52] до сих пор не теряют своей актуальности (фото 2,3).

Приведенные в работе О.К. Наджимова (2004) сравнительные характеристики между каротидным [жэнь-ин] и радиальным [тай-юань] пульсами в виде таблицы, «описывающей нарушение функций органов цзан и фу [56], а также слова Чэнь Синсюань (1829): «Если надавить пульс в месте выхода дыхания-ци в точке жэнь-ин, то сможешь согласовать состояние всех меридианов» [78] являются свидетельством того, что древние медики имели не просто четкое представление о сосудистых рефлекторных зонах[2] организма, а напрямую использовали механизм их воздействия на АД в своей практической деятельности.

Фото 2.
Сеанс иглорефлексотерапии

Фото 3.
Аурикулярная иглорефлексотерапия

Прикладная кинезиология, введя методику мануального мышечного тестирования в противовес такой «трудновыполнимой процедуре, как пульсовая диагностка» (Дж. Гудхарт [84]), далее соединила их (работы Ш. Дил [83, 31]. Наши работы [7,55,10,2] показали, что применение методик прикладной кинезиологии при проведении китайской пульсовой диагностики (исследуются: известная зона цунь-коу и точки пульса заднесрединного [8ls] и переднесрединного [8ld] меридианов, открытые Дж. Гудхартом [84, 85]), дает возможность резко сократить роль субъективного фактора (Лад Вассант утверждает, что «он равен 50 на 50» [49]) и быстрее адаптировать врачей с европейским образованием к использованию «золотого ключика» метода чжэнь-цзю. Здесь же подчеркнем, что вышеприведенные данные из Канонов [69,70] Древнего Китая о необходимости контроля за взаимодействием между зонами жэнь-ин (зона каротидного синуса) и цунь-коу (зона плечевой артерии) ждут своего «кинезиологического разрешения», а это в свою очередь повысит результативность метода китайской пульсовой диагностики.

Если в современной литературе по пульсовой диагностике имеется описание древних рекомендаций о целесообразности воздействия на точки жэнь-ин (9III) с целью контроля АД [32,56], то в доступной нам литературе не имеется даже каких-либо упоминаний о возможности контроля pH крови данным методом. Хотя, как показывает проведенный нами анализ, эта возможность была заложена древними медиками в их известной формуле взаимоотношений и взаимодействия (4:1) между частотой пульса (ЧСС= 72 уд в 1´) и дыхания (ЧД= 18 в 1´).

Древние врачеватели, отметив, что на вдохе и на выдохе у человека в «канале происходит по два «движения пульса», выводят следующее соотношение, а именно: на 1 дыхательный цикл (вдох-выдох) приходится 4 удара пульса (сокращений сердца). Это соотношение между ЧД и ЧСС приводит и А.И. Залманов [33]:

«У здорового человека в покое насчитывается 18 дыхательных движений в минуту и 72 сердечных сокращений (ударов пульса). Эти наблюдения просты, легко вычислимы. Гораздо сложнее определить количество кислорода, 300 раз в минуту высвобождающееся из каждой молекулы гемоглобина и затем поглощаемое мышечными волокнами. Но мы с удивлением констатируем математические соотношения, математические корреляции между этими тремя физическими явлениями: необходим один вдох и выдох для 4 систол сердца, 18 вдохов и выдохов для 72 систол; нужна одна систола для 4 случаев освобождения (отщепления) миоглобина и его присоединения к мышечным тканям (72 и 300)» (цит. [33] с. 253).

Согласно современным представлениям, хотя «общая кислородная емкость крови в естественных условиях практически зависит от содержания в ней гемоглобина», тем не менее «для работающих мышц» организмом предусмотрен запасной вариант «по адекватному снабжению клеток кислородом и элиминации углекислоты» [51].

Анализ работ К. Шнорренбергера (1978) [81], А.И. Фалева (1999) [74] и А.Г. Качана (2000) [39], где обобщены представления древних медиков Китая о дыхании-ци человека, дает возможность, как нам представляется, говорить о приоритете древних врачевателей в области изучения и описания одного из наиболее энергоемких процессов организма – процесса тканевого (внутреннего) дыхания.

«Окислительный метаболизм, происходящий в клетках живой ткани и являющийся необходимым условием жизнедеятельности, обеспечивается функционированием общей системы дыхания. Тканевое дыхание осуществляется посредством диффузного газообмена между клетками тела и окружающей их внутренней средой организма, причем процессы поглощения O_2 и выделения CO_2 протекают при сохранении разности парциальных давлений газов внутри и снаружи клеток» (цит.[64] с. 7) .

Известно, что кислород и углекислый газ «определяют газовый гомеостаз организма, являясь важнейшими регулируемыми параметрами его внутренней среды» [51].

«Кровь служит универсальной средой, из которой все клетки организма черпают необходимый им кислород и куда

[2] В Европе понятие о сосудистых рефлексогенных зонах сформировалось в XIX-XX столетиях после эпохальных открытий депрессорного нерва, представляющего кадиоаортальную зону (1886), и нерва Геринга, связывающего продолговатый мозг с синокаротидной зоной (1919).

они отдают конечный продукт окислительного метаболизма – углекислый газ. И именно кровь выполняет буферную функцию во всей системе газового гомеостаза организма, представляя клеткам необходимые ресурсы кислорода и унося образующийся в весьма различных качествах углекислый газ. ...Рефлекторный механизм активации дыхательного центра связан с действием пониженного Pco_2 в крови, омывающей хеморецепторы каротидных клубочков... и рецепторов аортальной области» (цит.[51] с. 189).

Механизмы настройки и поддержания гомеостаза организма требуют «поддержания определенного уровня энергетики» (т.е. скорости окислительно-восстановительных реакций), что возможно только при наличии «физиологических механизмов, отслеживающих колебания параметров крови (напряжение газов, pH, уровень глюкозы, ферментативный состав и др.)» [75,68,76,77]. Общеизвестно, что одной из важных сторон гомеостаза, который «проявляется в поддержании активной реакции внутренней среды в пределах физиологических колебаний», является кислотно-основное состояние крови [51,66,76,29,25,12].

«Среди физико-химических показателей внутренней среды организма важнейшее место принадлежит кислотно-основному состоянию крови организма. От соотношения концентраций ионов водорода (H+) и ионов гидроксила (OH-) зависит активность ферментов, интенсивность окислительно-восстановительных реакций, процессы расщепления и синтеза белков, окисления углеводов и липидов, чувствительность клеточных рецепторов к медиаторам и гормонам, проницаемость мембран, физико-химические свойства коллоидных систем клеток и межклеточных структур и многое другое» (цит.[76] с. 512). «Показатель pH 7,35-7,45 является «жизненно важным и наиболее жестким из всех известных гомеостатических показателей. Даже небольшие его изменения, например, сдвиг на 0,1, сопряжены с нарушением функций дыхания и сердечно-сосудистой деятельности; снижение pH на 0,3 вызывает ацидотическую кому, а на 0,4, как правило, не совместимы с жизнью» (цит.[76] с. 514).

Кислотно-щелочной баланс организма регулируется посредством взаимодействия «быстро истощаемых» физико-химических механизмов поддержания pH крови («буферные свойства крови и тканей») и длительных (по времени компенсаторного воздействия) физиологических механизмов: «газовый обмен в легких и выделительная функция почек» [68,51,66,77,76,29,25].

Хотя в последние десятилетия выпускают приборы, которые «могут измерять PO_2, Pco_2 и pH артериальной крови» [25], наиболее широкое распространение в клинике получил тест «измерение pH мочи (N=7,0-7,5), с помощью которого, используя лакмусовую (индикаторную) бумажку, можно быстро оценить состояние кислотно-щелочного баланса организма [12]. Известная в рефлексотерапии методика «вегетативно-резонансный тест» также дает возможность определить нарушения кислотно-щелочного состояния «как в организме целом, так и в отдельных органах и системах» [30].

Уже давно специалисты по прикладной кинезиологии, преследуя цель устранения пищевой аллергии (и улучшения пищеварения), рекомендуют принимать продукты питания под контролем pH слюны и мочи [84,72,85,41], а также показателей частоты пульса [72]. Более того, исследования показали, что pH контроль кишечного содержимого является залогом успеха при лечении широко распространенного (до 50% от числа приема [84]) «синдрома илеоцекального клапана» [84,72,44].

Данные современной физиологии являются теоретической основой успешно применяемой в прикладной кинезиологии [19,20,47,48] методики косвенной оценки степени не грубого (т.е. в пределах колебаний pH 7,4±0,1) кислотно-щелочного сдвига крови с использованием мануального мышечного тестирования и провокаций: химической (нозоды с кислотой или щелочью) и дыхательной (учащенное поверхностное дыхание, редкое глубокое дыхание и задержка дыхания). Применение прикладной кинезиологии в практике мануального терапевта и рефлексотерапевта позволяет оценить функциональные нарушения нервной системы (посредством диагностики функциональной мышечной гипотонии) [14,16,17] с позиций нарушений гомеостаза кислотно-щелочного баланса (провокация нозодами кислота-щелочь) [19]. Методы прикладной кинезиологии успешно применяются при лечении острых и хронических болевых синдромов [84,72,85,83,42,43,44,46,80, 18]. Более того, использование корректных методов прикладной кинезиологии дает возможность оценить клинически ряд гомеостатических параметров организма, в частности провести оценку влияния кислотно-щелочного состояния организма на патогенез и клинику болевых синдромов [19,47,48].

Метод чжэнь-цзю терапии (акупунктуры) в связи и ее лечебными возможностями «в извечной борьбе человека с болью» в нашей стране уже в течение полувека применяется в качестве эффективного средства для купирования болевых синдромов [65,27,24,52], в том числе и вертеброгенного характера [71,59]. «При использовании рецептуры точек акупунктуры нами [71,59] часто использовались точки-ключи чудесных меридианов в соответствии с критериями «меридианной» диагностики. В дальнейшем применение точек-ключей чудесных меридианов пошло в рамках использования их в качестве «способов метода открытых точек» [40], который является частью древнекитайской хрономедицины, направленной на регуляцию водно-электролитного и кислотно-основного гомеостаза организма. В свое время Г.П. Кассиль (1981) написал, что «противопоставление гомеостаза ритмическим колебаниям в составе внутренней среды нельзя признать правильным» (цит.[37] с. 537).

Согласно древним [69,70,82] и современным [38,60,73,53, 40] литературным источникам, использование хронопунктуры (древнекитайской хрономедицины) дает наибольший (по сравнению со всеми остальными методами чжэнь-цзю терапии [27]) лечебный эффект. Известны 4 метода открытых точек – наганьфа, нацзыфа, лунгуйфаба, фэйтэньфаба. Анализ литературных данных [65,27,24,52] свидетельствует, что врачи-рефлексотерапевты в клинической практике используют самый простой метод – нацзыфа (известный как метод «возможного применения даже мало практикующими иглотерапевтами» [53,40]). Более того, вся литература (в

открытой публикации) по прикладной кинезиологии в области акупунктуры (меридианная система Дж. Гудхартом рассматривается в качестве «пятого фактора межпозвоночного отверстия» [84,72,85]) не выходит за рамки способа нацзыфа [84,72,85,45,6,21,8], осуществляемого по так называемым «Земным ветвям» («Большой круг циркуляции энергии»).

В связи с вышеизложенным врачами Научного центра прикладной кинезиологии и восстановительной медицины (Н.А. Волынкин, В.А. Занько, В.Л. Крашенильников, А.Е. Кузнецов) проводятся исследования по определению влияния эффективных способов по борьбе с болью (лунгуйфаба, фэйтэнфаба) метода открытых точек на кислостно-щелочной баланс организма, определяемого в соответствии с методикой, предложенной Дж. Шейфером (2007).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Алексеев А.В. Микроциркуляторный гомеостаз. В кн.: Гомеостаз / Под ред. Горизонтова П.Д. Глава XII, С. 419-460/. – М.: Медицина, 1981. – 576 с.
2. Аспекты пульсовой диагностики с позиций прикладной кинезиологии. В кн.: Материалы V Всероссийского съезда специалистов лечебной физкультуры и спортивной медицины /Авторы И.Ш. Ахтямов, В.А. Валенкова, Л.Ф. Васильева, И.Д. Зотов, И.Л. Иванов, А.А. Карпеев. Тезисы докладов (презентация доклада 20/XI 2007) – М., 2007. – С. 26-27.
3. Ахтямов И.Ш. Древневосточные концепции (инь-ян, у-син, чжан-фу, ци) с позиций нейрогуморальных механизмов транспортной функции сердечно-сосудистой системы / Учебное пособие. – М.: РГМУ, 2004. – 52 с.
4. Ахтямов И.Ш. Древнекитайская теория каналов (меридианов) с позиций прикладной кинезиологии. Научно-практ. жур. «Прикладная кинезиология». № 2(5), М., 2004 – С. 34-44.
5. Ахтямов И.Ш. Древнекитайская теория каналов (меридианов) с позиций современной медицины / Учебное пособие. – М.: РГМУ, 2004. – 85 с.
6. Ахтямов И.Ш. Иглорефлексотерапия с основами прикладной кинезиологии / Учебное пособие. – М.: РГМУ, 2004. – 138 с.
7. Ахтямов И.Ш. Пульсовая диагностика в зоне цунь-коу, адаптированная посредством прикладной кинезиологии, как доступный способ контроля эффективности воздействия на точки акупунктуры. Научно-практ. жур. «Прикладная кинезиология». № 2 (3), М., 2003. – С. 35-40.
8. Ахтямов И.Ш. Чжэнь-цзю терапия с основами прикладной кинезиологии. – М.: ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, 2006. – 255 с.
9. Ахтямов И.Ш., Гойденко В.С., Гареев А.Х. Древневосточные концепции с позиций транспортной функции сердечно-сосудистой системы / Лекция. – М.: ЦИУВ, 1991. – 28 с.
10. Ахтямов И.Ш., Гойденко В.С., Васильева Л.Ф. Пульсовая диагностика с позиций прикладной кинезиологии. В кн.: Материалы международного конгресса «Рефлексотерапия и мануальная терапия в XXI веке» (презентация доклада 21 мая 2006г). – М., 2006. – С. 22.
11. Бабичев А.В. Патология водно-электролитного пространства. Часть. I. Издание СПб ГПМА, 2003. – 136 с.
12. Вазей Кристофер. Кислотно-щелочной баланс организма / Кристофер Вазей; [пер. с фр. Е.Первушина]. – Москва: Столица-Принт, 2007. – 216 с.
13. Василенко А.М. Элементы современной теории рефлексотерапии. Научно-практ.жур. «Рефлексотерапия». №3 (3), М, 2002 - с.28-37.
14. Васильева Л.Ф. Визуальная диагностика нарушений статики и динамики. – Иваново, 1996. – 125 с.
15. Васильева Л.Ф. Дисфункция грудобрюшной диафрагмы врача мануального терапевта. Самодиагностика и самокоррекция / Учебное пособие. – М.: РГМУ, 2006. – 35 с.

СТАТЬИ, ОПУБЛИКОВАННЫЕ В СБОРНИКЕ МАТЕРИАЛОВ НА МЕЖДУНАРОДНОМ КОНГРЕССЕ ПО ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В БЕЛЬГИИ

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ (PAK), МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ: ПЛАНЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Л.Ф. Васильева
Российский государственный медицинский университет
Научный центр прикладной кинезиологии и восстановительной медицины, Москва

Вы знаете, что в сентябре этого года пройдет международная конференция по прикладной кинезиологии. При этом международная ассоциация будет представлена в новом названии – профессиональная ассоциация прикладной кинезиологии (PAK). За 3 дня конференции будет заслушано 18 докладов продолжительностью по 30 минут. Эти доклады выбраны как фундаментальные. Их обсуждение и является предметом медународной конференции (фото 1).

Среди тем представленных докладов выделяется несколько направлений:

1. Эффективность прикладной кинезиологии в лечении конкретных заболеваний

Werner Klöpfer, M.D., DIBAK (Австрия)

Тема: – Как прикладная кинезиология может помочь в

решении проблемы боррелиоза.

Michael D. Allen D.C., NMD, DIBAK (США)

Тема: – Взаимосвязь между сердцем и головным мозгом. Эфферентный автономный импульс.

Tracy S. Gates, D.O., DIBAK (Англия)

Тема: – Новые подходы в прикладной кинезиологии по лечению хронической астмы.

2. Особенности использования ПК в педиатрии

Jan Berx, D.O. (Бельгия)

Тема: – Лечение новорожденных.

Будут рассмотрены родовые процессы и их последствия + использование техник нейроструктуральной интеграции. Методы повышения эффективности ПК.

Roseli Luppino Peres, D.D.S. (Бразилия)

Тема: – Одонтология и ПК.

Взаимосвязь системы тройничного нерва с мускулатурой и тремя первыми шейными позвоночными сегментами объясняет то, что мы не наблюдаем цервикальных изменений без проблем прикуса и наоборот. Проблемы прикуса могут приводить к уменьшению ротовой полости и проблемам стоматогнатической системы и функции органов.

David W. Leaf, D.C., DIBAK (США)

Тема: – Верхняя конечность.

Agné Cervo Peres D.D.S. (Бразилия)

Тема: – Тренировка височно-нижнечелюстного сустава.

Hans Garten, M.D.,DIBAK, DACNB, D.O. (Германия)

Тема: – Тесты и процедуры, использующиеся при проблемах диска, имбрикации и спондилезе.

Исключая моносегментарные («сублюксации») и полисегментарные позвоночные дисфункции («фиксации»), изменения на сегментарном уровне позвоночника (межпозвонковое отверстие и позвоночные суставы) и спинномозгового канала могут быть вызваны в основном пятью категориями проблем:

- протрузией и пролапсом диска;
- дегенерацией диска в присутствии и отсутствии компрессии фасеток;
- компрессией фасеток вследствие постуральных изменений;
- спондилотическими изменениями позвоночника вследствие одной из вышеназванных причин;
- спондилолистезом.

Simon King B.App.Sc.(Chiro), DIBAK (Англия)

Тема: – Активация мышцы – все же наиболее эффективная провокация.

4. Нейрофизиолоческие механизмы, лежащие в основе ПК

Wolfgang Gerz, M.D., DIBAK (Германия)

Тема: – Гипертоничная мышца: Основы и значение для ПК.

Keith Keen, D.C., D.O., DIBAK (Австралия)

Тема: – Рубец или повреждение ткани может нарушить ток энергии в меридиане и проявиться симптомами, не реагирующими на лечение или рецидивирующими после него. Представлено лечение, разработанное д-ром John Longbottom. Рассматривается возможность отрицательного влияния рубцов на общее состояние здоровья.

Richard Meldener, D.C., DIBAK (Франция)

Тема: – А что если кишечная флора в состоянии здоровья является приоритетом номер один?

Eric Pierotti, D.C., DIBAK (Австралия)

Тема: – Диастаз лонного симфиза: Таз II категории.

Erik Richter, N.D. (Нидерланды)

Тема: – а. Взаимосвязь качества кожи, артерий и костей.

б. Способы оценки качества кожи и распределения коллагена.

в. Способы улучшения состояния

Фото 1. Участники конференции

кожи, коллагена, артерий и кости.

г. Предвидение рисков остеопороза и состояния сердечно-сосудистой системы.

Joseph Shafer, D.C., DIBAK (Германия)

Тема: – Упрощение ПК: дифференциальная диагностика – механическое поражение диска или дисцит: Воспаление неврального влагалища или тела позвонка и синдром piriformis.

Chris Astill-Smith D.O., N.D., DIBAK (Англия)

Тема: – Остеоартрит – холистический подход.

Ljudmila Vasiljeva (Россия)

Тема: – Пути повышения эффективности ПК, лечение и профилактика возможных осложнений.

Gerard Weiss, M.D., DIBAK (Германия)

Тема: – Особый случай: Рак, ремиссия как результат лечения под контролем ПК.

Savely Yurkovsky, M.D. (США)

Тема: – Field Control Therapy – FCT- всеобъемлющая модель здоровья и болезни.

Эпистемологические концепции, средства диагностики и лечения.

Более подробную информацию о конгрессе вы можете прочитать в следующем номере журнала «Прикладная Кинезиология», а также на сайтах **kinesio.ru**, **kinesiolog.ru**

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ И ПОВЫШЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ

Л.Ф. Васильева

Российский государственный медицинский университет

Научный центр прикладной кинезиологии и восстановительной медицины, Москва

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ

При анализе результатов консультационной работы более 200 пациентов, направленных в центр кинезиологии из разных регионов Росси и зарубежья с различной патологией (у которых использование прикладной кинезиологии оказалось недостаточно неэффективным или вызвало осложнения), были выявлены основные ошибки применения кинезиологической диагностики. Эти ошибки можно разделить на: неправильную подготовку пациента к проведению тестирования, нарушение состояния здоровья тестирующего врача, неправильную подготовку мышцы к проведению тестирования, неправильную интерпретацию результатов использования терапевтической локализации и провокации. Приведены методы профилактики.

АКТУАЛЬНОСТЬ

15-летний опыт использования прикладной кинезиологии в лечебной практике позволил прийти к заключению, что недостаточная эффективность и осложнения, возникающие при использовании прикладной кинезиологии, связаны с тем, что отсутствует четкая система оценки основных характеристик в применении ПК, и алгоритм их использования, а вольная интерпретация результатов приводит к тому, что теряется качество лечебного воздействия.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Интегрировать опыт специалистов ПК в различных областях для создания критериев оценки готовности врача, пациента и его мышц к проведению процедуры ПК, алгоритма процедуры использования ПК.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

200 пациентов различного пола и возраста, предъявивших жалобы после кинезиологического лечения. Протоколы записи этапов ПК диагностики и подбора лечения для этих пациентов методами прикладной кинезиологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА

Жалобы пациентов, получивщих лечение в кабинете кинезиолога, можно представить в виде следующего:

А) усиление болевого синдрома, с которым пациент пришел;

Б) появление болевого синдрома новой локализации;

В) появление жалоб на нарушение работы других органов и систем. Например, у пациентов с неврологической симптоматикой – обострение внутренних заболеваний, у пациентов с патологией внутренних органов – появление эмоциональных проблем. А у пациентов с эмоциональными проблемами – возникновение симптомов компрессии краниальных и спинальных нервов.

Анализ протоколов записи этапов ПК диагностики и подбора лечения для этих пациентов методами ПК выявил следующие основные нарушения приема пациента:

А. Не проводится процедура подготовки к проведению процедур ПК, которая представлена несколькими этапами

1. подготовка самого врача к проведению процедуры ПК;
2. подготовка пациента к проведению процедуры ПК;
3. подготовка мышцы к проведению тестирования.

1. Нарушение состояния здоровья тестирующего врача.

Врач сам болен, не замечая этого, продолжает тестировать пациента и получает результаты диагностики собственных нарушений, используя реакцию мышцы пациента как проводника.

Признаки: При ММТ врач получает у разных больных одни и те же результаты или проводится не корректное тестиро-

вание (врач получает не четкий или разный рефлекторный ответ со стороны одной и той же мышцы).

Поэтому перед началом сеанса лечения врач должен провести самодиагностику

Методы самооценки – поиск признаков тонусно-силового дисбаланса собственных мышц, как проявление неврологической дезорганизации.

- Визуальная самодиагностика асимметричности статики и смещения общего центра тяжести.
- Пальпация триггерных пунктов в укороченных мышцах, наличие которых при повторном сокращении мышцы врача изменяет паттерн движения в процессе проведения ММТ, и это все время меняет условия тестирования.
- Пальпация напряженных болезненных сухожилий растянутых мышц (что свидетельствует о гипотоничности мышцы врача и включении синергистов и, соответственно, снижению собственной чувствительности).
- Пульсации брюшной аорты в области пупка (изменение характеристик, свидетельствует о дисбалансе внутренних органов и патологической активации висцеро-моторных рефлексов).
- Болезненности точек начала и конца меридианов на лице и туловище (что свидетельствует о канально-меридиональном дисбалансе и патологической активации меридиано-моторных рефлексов).
- Пальпаторная оценка синхронности пульсации нейроваскулярных зон в области лобных бугров (что свидетельствует о нарушении межполушарых связей, как проявление эмоционального дисбаланса).
- Оценка паттерна дыхания (оценка плавности и амплитуды участия диафрагмы во вдохе, для выявления ее спазма).
- Оценка паттерна ходьбы (для выявления тонусно-силового дисбаланса и активности примитивных рефлексов).

Эти методы помогут врачу в самодиагностике и коррекции.

Если эти процедуры не проведены предварительно, нет уверенности в том, что врач правильно оценивает реакцию мышц пациента.

2. Подготовка пациента к проведению тестирования.

Показания – тело пациента реагирует изменением миотатического рефлекса не на ТЛ и провокацию, проводимые врачом, а на другие внешние воздействия, не являющиеся по силе своего раздражения провокацией для адекватно работающей нервной системы.

А) Оценка состояния полярности наружной и внутренней составляющих тела пациента (Шелдон Дил). Оценивается по изменению реакции тестируемой мышцы при проведении следующих провокаций.

Снижение стреч-рефлекса индикаторной мышцы при:

- Взгляде врача глаза в глаза пациента.

В этом случае до начала тестирования необходимо провести процедуру коррекции незавершенных адаптаций.

- При проведении мануального мышечного тестирования разными руками врача, возникает разный рефлекторный ответ.

В этом случае необходима коррекция переключения, по методу Шелдона Дила.

Б) Оценка состояния гипоталамуса как показателя адекватной работы системы входа информации в организм (Кр. Смит).

ТЛ на GV 20 (точка входа информационного потока) у пациента должна приводить с снижению стреч-рефлекса индикаторной мышцы. При сохранении стреч-рефлекса индикаторной мышцы система входа информации нарушена и требует коррекции по методике Кр. Смита.

В) Оценка состояния уровня жизненной энергии (Дж. Даймнод).

ТЛ в проекции тимуса – приводит с снижению стреч-рефлекса индикаторной мышцы, в этом случае уровень жизненной энергии снижен, требуется коррекция по методу Дж. Даймонда.

Если эти процедуры не проведены предварительно, нет уверенности в том, что «тело пациента услышит врача», а «врач услышит тело пациента».

3. Подтверждение корректности мануального мышечного тестирования.

А) Оценка реакции мышцы на магнит (по Дж. Шейферу).

Тестируемая мышца должна реагировать изменением своего стреч-рефлекса на изменение полярности магнита, расположенного над его брюшком.

Б) Оценка реакции мышцы на механическую провокацию в виде снижения стреч-рефлекса:

- раздражение сухожильного аппарата Гольджи,
- торможение клеток нейромышечного веретена

Г) Оценка возможности самой мышцы, при выполнении сокращения, вызывать неврологическую дезорганизацию (по Дж Шейферу).

При ММТ средней порции трапециевидной мышцы стреч-рефлекс должен быть нормальным, а не снижаться на сокращение мышц с противоположной стороны туловища. Если возникает снижения активности стреч-рефлекса средней порции трапециевидной мышцы, расположенной с противоположной стороны тела пациента в ответ на совершение концентрического, эксцентрического сокращения мышцы или на проведение терапевтической локализации на брюшке мышцы, то в этом случае нет уверенности, что само мышечное сокращение не провоцирует неврологическую дезорганизацию.

ПРОЦЕДУРА КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Неправильная интерпретация результатов использования терапевтической локализации.

Как показал анализ протокола исследования, наиболее часто возникали осложнения при использовании следующего стандарта процедуры ПК.

В прикладной кинезиологии принято следующее утверждение. Если ТЛ на теле пациента над конкретным

органом, позвонком точкой тревоги меридиана приведет к устранению функциональной слабости ассоциированной мышцы и возникновению функциональной слабости индикаторной мышцы, то найден патогенетически значимый орган (меридиан, позвонок), и необходимо проводить его восстановление (химически, механически, энергетически, эмоционально).

Печальный опыт осложнений показал, что это не совсем так.

Проведение лечебных процедур на основании возникновения функциональной слабости индикаторных мышц при выполнении терапевтической локализации (орган, меридиан, позвонок) приводило к возникновению компрессионных и туннельных синдромов краниальных и спинальных нервов. Наиболее часто возникали компрессия верхнепоясничного, нижнепоясничного сплетения, синдром грушевидной мышцы, крестцово-бугорной связки, связок купола плевры, компрессия добавочного, блуждающего и подъязычного нервов или обострение заболеваний внутренних органов.

Таким образом, гипоактивность стреч-рефлекса индикаторных мышц свидетельствует о том, что терапевтическая локализация выявила компенсаторные нарушения, а их устранение привело повышенному натяжению твердой мозговой оболочки. Что и подтверждалось клиническими проявлениями со стороны нервной системы и внутренних органов.

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ

А. Одинаковая активность стреч-рефлекса с индикаторной и ассоциированной мышц.

1. Если терапевтическая локализация на теле пациента над конкретным органом, позвонком, точкой тревоги меридиана приведет к восстановлению стреч-рефлекса ассоциированной мышцы, но возникает снижение стреч-рефлекса индикаторных мышц, то найден компенсаторно перегруженный орган (меридиан, позвонок) и необходимо:

Провести дальнейший поиск в виде двойной ТЛ до восстановления рефлекса как ассоциированной, так и индикаторной мышц.

- При положительной ТЛ над областью суставов, связок, сухожилий мышц на конечностях, говорит о реакции твердой мозговой оболочки. В этом случае необходимо провести тракцию конечности или пассивного сгибания сустава. Если в ответ появится реакция со стороны тестируемых мышц, необходимо более детально провести диагностику данного сустава.
- Если положительная ТЛ получения над областью сплетений, то необходимо провести компрессию и тракцию сплетений.
- Если положительная ТЛ получения над областью внутреннего органа или эндокринной железы, в этом случае провокацией будет являться висцеральное воздействие или использование диагностических нозодов, разработанных Кр. Смитом.
- Если положительная реакция мышц получена на задержку вдоха или выдоха, то провокацией будет служить воздействие на кранио-сакральную систему.
- Если проведение вышеописанных провокаций или терапевтической локализации приведет к восстановлению рефлекса всех индикаторных мышц, то это означает, что найден патогенетически значимый орган (меридиан, позвонок, сустав) и необходимо проводить коррекцию именно данной дисфункции.

Б. Принцип одномоментности воздействия кинезиологических техник на структурную, химическую, эмоциональную и энергетическую составляющие.

Поэтому если правильно выбрано лечение, то необходимо провести провокационные тесты, которые позволяют увидеть, что другие составляющие не пострадают от выбранного вами воздействия.

- Для оценки биохимической составляющей необходимо использовать изменение кислотно-щелочного равновесия (нозоды кислота, щелочь).
- Для оценки реакции вегетативной нервной системы используют нозоды ацетилхолина и норадреналина.
- Для оценки реакции энергетической системы локализация на область пупка правой и левой рукой, локализация рукой пациента над пупком «краба».
- Для оценки эмоциональной реакции используется локализация на лобные бугры.

Если подобная провокация скажется негативно на реакции мышечного сокращения, то в данном случае лечение структурной составляющей вызовет неизвестные и может быть более глубокие поражения в других составляющих организм.

В. Подтверждение приоритетности найденного нарушения.

Недостаточно четко выявленное подтверждение приоритетности поражения, включающее:

1. Височное постукивание.
2. Зону локализации Крашенильникова.
3. Пальцевые техники по Шелдону Дилу (приоритет, структурная, химическая, эмоциональная, энергетическая составляющие).
4. Провокация торзией твердой мозговой оболочки по D. Walter.

НАЛИЧИЕ РЕАКЦИИ ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ НА ТОРЗИЮ (D. WALTER)

Перед тем как проводить восстановление выявленной дисфункции, необходимо проверить, что вы не ошиблись. А именно, провести торзию твердой мозговой оболочки (движение головы, туловища, поясничного отдела позвоночника в разные стороны) и провести контроль стреч-рефлекса индикаторной мышцы. Если активность рефлекса на растяжение изменилась, то вы имеете дело с компенсаторной реакцией организма.

Та же система проверки используется при назначении химической, механической, энергетической, эмоциональной коррекции для патогенетически значимого органа. Контроль за состоянием индикаторных мышц в покое и при скручивании твердой мозговой оболочки позволит избежать нежелательных последствий.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭТОЙ МЕТОДИКИ В ЦЕНТРЕ КИНЕЗИОЛОГИИ

После найденной положительной терапевтической локализации конкретного органа, позвонка точки тревоги меридиана, которая привела к возникновению функциональной слабости индикаторной мышцы, действительно патогенетически значимого органа (меридиан, позвонок), проводилась двойная ТЛ. Обычно патогенетически значимое нарушение было найдено после 2-4 ступеней повторного поиска такой терапевтической локализации, которая бы приводила к восстановлению тонуса как ассоциативных, так и индикаторных мышц и не реагировала на торзию твердой мозговой оболочки.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ:

1. В неврологии оценка мышцы производится с позиции фазического и тонического компонентов сокращения. Мышечная слабость это количественная оценка фазической составляющей мышечного сокращения по баллам 0 до 5. Мышечный тонус – это качественная оценка тонической составляющей мышечного сокращения в виде гипотонуса, нормотонуса, и гипертонуса.

ММТ - это оценка тонической составляющей мышечного сокращения в виде активности стреч-рефлекса в условиях изометрической нагрузки при сохранении фазической составляющей силы мышцы, и поэтому снижение рефлекса не может трактоваться как мышечная слабость.

Поэтому прикладная кинезиологии оценивает: активность стреч – рефлекса.

А) ММТ - при изометрической нагрузке, последовательно включает все волокна конкретной мышцы, в том числе медленно реагирующие ее волокна.

Б) При постуральной нагрузке – асимметрия в статике.

В) При динамической нагрузке – нарушение последовательности включения мышечных групп в производимом движении.

2. Понятие ассоциированной и индикаторной мышц.

Ассоциированная мышца в понятии прикладной кинезиологии, это мышца со сниженным рефлексом в результате нарушения ее собственных функций или ассоциативных связей.

Индикаторная мышца это та же самая ассоциированная мышца, только с нормальными функцией и ассоциативными связями.

Стандарт ПК: Ассоциированная мышца имеет снижение активности рефлекса на растяжение, при ТЛ находится зона, которая восстанавливает рефлекс. Одновременно у индикаторной мышцы снижается, это означает, что мы нашли зону для нашего дальнейшего исследования и лечения.

С позиции логики это ошибка.

Ведь индикаторная мышца это та же самая ассоциированная мышца и проведение ТЛ вызвало нарушение ее функции или ассоциативных ее связей. В результате ТЛ мы так спровоцировали нервную систему, вызвали такой хаос в ее функциональных связях, что среч-рефлекс со всех индикаторных мышц снизился. Поэтому проводить лечебное воздействие в той области, которую мы выявили при ТЛ, чрезвычайно опасно. Для лечебного воздействия нужна такая ТЛ, проведение корой приводило бы к восстановлению рефлекса с ассоциированных и сохранению рефлекса с индикаторных мышц.

3. Неспецифические полисистемные реакции, возникающие при нарушении межсистемных и межорганных функциональных связей, включают: нервную; гуморально-гормональную и канально-меридианальную системы. Изменение состояния органа, меридиана, позвонка включает в процесс другие системы, это происходит одномоментно, и их дисбаланс проявляется гипотонией индикаторных мышц.

Принцип одномоментности воздействия кинезилогических техник на структурную, химическую, эмоциональную и энергетическую составляющие. Поэтому для корректного лечения необходимо провести провокационные тесты, которые позволяют увидеть, что другие составляющие не пострадают от выбранного вами воздействия.

ВЫВОДЫ

1. Для получения хорошего результата при использовании методов ПК необходимо провести предварительную подготовку врача, пациента и его мышцы к проведению процедуры мышечного тестирования.
2. При интерпретации результатов использования процедур ПК необходимо дифференцированно подходить к оценке реакции ассоциированной и индикаторной мышц.
3. Если терапевтическая локализация патогенетически значимого органа приводит не только к восстановлению тонуса ассоциированной мышцы, но и к одновременному снижению тонуса индикаторной мышцы, то в данном случае диагностируется компенсаторно перегруженный регион и коррекции не подлежит.
4. Если терапевтическая локализация патогенетически значимого органа приводит к восстановлению тонуса ассоциированной мышцы и одновременному сохранению тонуса индикаторной мышцы, в то данном случае диагностируется патогенетически значимое нарушение, требующее своей коррекции.
5. Критерием того, что подобранное лечение (химическое, механическое, энергетическое) адекватно, является нормальный стреч-рефлекс мышц на торзию тела пациента. В противном случае, выбранное лечение избыточно, недостаточно или неправильно. В этом случае необходимо продолжать поиск патогенетически значимого органа или системы.
6. Осложнения – результат устранения врачом компенсации, созданной организмом. В этом случае необходимо повторить алгоритм диагностики и продолжать поиск.

ДИСФУНКЦИИ ПОЗВОНОЧНОГО РИТМА В ПРАКТИКЕ ПРИКЛАДНОГО КИНЕЗИОЛОГА

Ю.В. Шишмаков (фото 1)
Научный центр прикладной кинезиологии и восстановительной медицины, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Известно, что в норме респираторный и кранио-сакральный вдох или флексионная фаза первичного дыхательного механизма сопровождается биомеханической экстензией, а выдох – биомеханической флексией затылочной кости, грудных позвонков и крестца, шейные и поясничные позвонки двигаются в обратном направлении [1,2]. Таким образом, в переходных зонах шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника: C0-C1, C7-Th1-Th2, Th11-Th12-L1, L5–S1 позвонки двигаются в противофазе, когда флексия одного позвонка сопровождается экстензией другого, аналогично движению клиновидной и затылочной костей в сфенобазилярном синхондрозе. Однако не известно биомеханическое и клиническое значение этих переходных зон, кранио-сакральной синхронности движений позвонков, а также связь нарушений позвоночного ритма и функции позвоночника.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование кранио-сакрального асинхронизма позвоночных двигательных сегментов в переходных зонах шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника, влияния позвоночного асинхронизма на кранио-сакральный ритм и распределения зон асинхонности по позвоночнику в зависимости от клинического варианта дорсопатии.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Контрольную группу составили 16 пациентов, не имеющих на момент исследования болевого синдрома в позвоночнике, из них 7 мужчин и 9 женщин. 1 опытную группу составили 18 больных с клиникой мышечной дорсопатии шейного отдела позвоночника, из них 7 мужчин и 11 женщин. 2 опытную группу составили 12 больных с клиникой мышечной дорсопатии грудного отдела позвоночника, из них 3 мужчины и 9 женщин. 3 опытную группу составили 19 больных с клиникой мышечной дорсопатии поясничного отдела позвоночника, из них 8 мужчин и 11 женщин.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследуемых группах проведено классическое мануальное обследование позвоночника с диагностикой кранио-сакрального ритма позвоночных двигательных сегментов в переходных зонах шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника: C0-C1, C7-Th1-Th2, Th11-Th12-L1, L5–S1, а также между переходными зонами. Исследование проведено в положении лежа для исключения адаптационных дисфункций. Диагностика зон кранио-сакрального асинхронизма проведена с помощью пальпации кранио-сакрального ритма и мануального мышечного теста индикаторной мышцы в ответ на ритмическую мобилизацию исследуемого позвоночного двигательного сегмента. Ритмическая мобилизация сегмента проводилась вдоль оси позвоночника на последовательную компрессию и дистракцию сегмента.

Фото 1. Шишмаков Юрий Владимирович

В норме в переходных зонах позвоночника наблюдается противофазное движение позвонков. В случае совпадения фаз движения или его полного отсутствия диагностировалась дисфункция ритма в соответствующем двигательном сегменте, подтвержденная положительным мышечным тестом.

В норме между переходными зонами позвоночника наблюдается однофазное движение позвонков. В случае противофазного движения или его полного отсутствия диагностировалась дисфункция ритма в соответствующем двигательном сегменте, подтвержденная положительным мышечным тестом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате исследования в контрольной группе выявлено наличие согласованного ритма колебаний позвонков с частотой 8-12 в минуту (9,64 в среднем), совпадающего по частоте и фазе с ПДМ, исследуемого на затылочной кости и на крестце у каждого обследуемого.

Встречные флексионно-экстензионные колебания позвонков встречаются только в одном из сегментов каждой переходной зоны. В кранио-цервикальном переходе – C0-C1, в шейно-грудном переходе – либо C7-Th1, либо Th1-Th2, в грудо-поясничном переходе – Th11-Th12, либо Th12-L1, реже Th10-Th11, в пояснично-крестцовом переходе – L5-S1.

В кранио-цервикальном, шейно-грудном и пояснично-крестцовом переходах дисфункции ритма встречаются с одинаковой частотой: 26, 28 и 29% соответственно. В грудо-поясничном переходе дисфункции ритма встречаются реже – в 17% случаев. В контрольной группе общее количество дисфункций ритма составило 25 случаев, при шейной дорсопатии – 40, при грудной дорсопатии – 31 и при поясничной дорсопатии – 41 случай.

Распределение дисфункций ритма приведено в табл. 1.

Общее количество дисфункций ритма, наблюдаемое в переходных зонах позвоночника, составило 137 случаев против 44 случаев дисфункции ритма, наблюдаемых между

переходными зонами.

При шейной дорсопатии дисфункции ритма в переходных зонах шейного отдела позвоночника (C0-C1 + C7-Th1-Th2) составляют 65% от всех дисфункций против 56% в контрольной группе.

При грудной дорсопатии дисфункции ритма в переходных зонах грудного отдела позвоночника (C7-Th1-Th2 + Th11-Th12-L1) составляют 58% от всех дисфункций против 48% в контрольной группе.

При поясничной дорсопатии дисфункции ритма в переходных зонах поясничного отдела позвоночника (Th11-Th12-L1 + L5-S1) составляют 53% от всех дисфункций против 44% в контрольной группе (табл. 2).

При исследовании влияния позвоночного асинхронизма на кранио-сакральный ритм, пальпируемый на затылочной кости и крестце, выявлено отсутствие прямой зависимости между блокадой и инверсией позвоночного ритма и ритма на затылочной и крестовой костях. Наличие одной и более дисфункций позвоночного ритма наблюдалось у всех 65 пациентов, входящих в исследование, нарушение кранио-сакрального ритма – лишь у 29 пациентов и было связано с функциональной блокадой затылочной кости или крестца.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Строение межпозвонковых суставов и формы межпозвонкового отверстия одинаковы во всех сегментах каждого отдела позвоночника. Однако смена анатомического строения сегментов происходит постепенно в переходных зонах между отделами позвоночника: C7-Th1-Th2, Th11-Th12-L1, L5-S1. На границах отделов позвоночника существуют 1-2 сегмента с переходным строением – «аномальные зоны». Данные сегменты характеризуются уникальной формой межпозвонкового отверстия, совмещающей в себе признаки отверстий в выше- и нижележащих отделах позвоночника, а также уникальным строением межпозвонковых суставов и формой суставных отростков. Представлен макропрепарат шейно-грудного отдела позвоночника (рис. 1). Обращает на себя внимание изменение формы межпозвонкового отверстия в сегментах C7-Th1 и Th1-Th2. Сегменты C6-C7 и Th2-Th3 имеют характерное строение соответственно шейного и грудного отделов позвоночника.

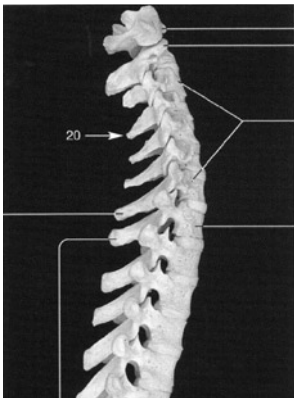


Рис. 1. Макропрепарат шейно-грудного отдела позвоночника

Аналогичные изменения межпозвонковых отверстий и суставов существуют в сегментах Th11-Th12 и Th12-L1 (рис. 2) либо начинаются с сегмента Th10-Th11 (рис. 3). В этом случае верхние суставные отростки Th11 принадлежат грудному отделу, а нижние суставные отростки характерны для поясничного отдела позвоночника.

Особенно наглядно эта особенность переходных зон проявляется в сегментах C0-C1-C2 и изменении тропизма межпозвонковых суставов L5-S1.

Следует отметить, что ряд позвонков, движущихся в одной фазе ритма и разграниченных сегментами с «переходным» строением межпозвонковых суставов, условно называемый «ритмическим рядом», в целом совпадает с функциональными дугами позвоночника, описанными в биомеханической теории

Таблица 1

Распределение дисфункций ритма в переходных сегментах позвоночника при различных клинических вариантах дорсопатии

Переходная зона	Контрольная группа №=16		Шейная дорсопатия №=18		Грудная дорсопатия №=12		Поясничная дорсопатия №=19		Частота дисфункции ритма по сегментам	
C0-C1	6	24%	12	30%	5	16%	13	32%	36	26%
C7-Th1-Th2	8	32%	14	35%	10	32%	6	15%	38	28%
Th11-Th12-L1	4	16%	5	12,5%	8	26%	6	15%	23	17%
L5-S1	7	28%	9	22,5%	8	26%	16	38%	40	29%
Сумма	25	100%	40	100%	31	100%	41	100%	137	100%

Таблица 2

Распределение дисфункций ритма в смежных переходных сегментах позвоночника при различных клинических вариантах дорсопатии

	Контрольная группа №=16	Шейная дорсопатия №=18	Грудная дорсопатия №=12	Поясничная дорсопатия №=19
C0-C1 + C7-Th1-Th2	56%	65%		
C7-Th1-Th2 + Th11-Th12-L1	48%		58%	
	44%			53%

Дж. Литтлджона (Littlejohn J.M., 1956), как шейный лордоз C2-Th1, грудной кифоз Th3-8 и поясничный лордоз Th10-L5.

Основой движущей силой кранио-сакрального ритма является пульсация мозга, причем передачу ритмической волны по телу осуществляет движение ликвора и других жидкостных сред, а также твердой мозговой оболочки. Передача ритмической волны по костным структурам имеет меньшее значение, ритмическая подвижность костей главным образом отражает подвижность внутренних сред организма, окружающих кость, и прерывание подвижности одной из костей чаще всего не влечет прерывание ритма на других костных структурах.

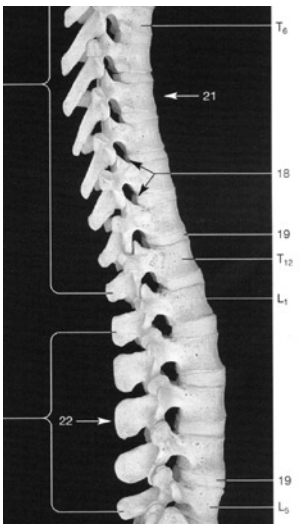


Рис. 2. Макропрепарат грудного отдела позвоночника

Существует наблюдение, что дисфункции ритма сегмента C0-C1 чаще всего обусловлены структуральными нарушениями кранио-цервикального и пояснично-крестцового перехода. Дисфункции ритма сегментов шейно-грудного перехода чаще имеют эмоциональное происхождение, равно как и болевой синдром при грыжах межпозвонковых двигательных сегментов нижнешейного отдела позвоночника и мышечно-тонический синдром верхней порции трапециевидных мышц. Дисфункции ритма сегментов грудо-поясничного перехода чаще развиваются в результате энергоинформационных и меридианальных нарушений. Дисфункции ритма сегментов пояснично-крестцового перехода, а также болевой синдром при грыжах двигательных сегментов L4-L5, L5-S1 чаще возникают как следствие интоксикаций или реже нарушения обмена веществ.

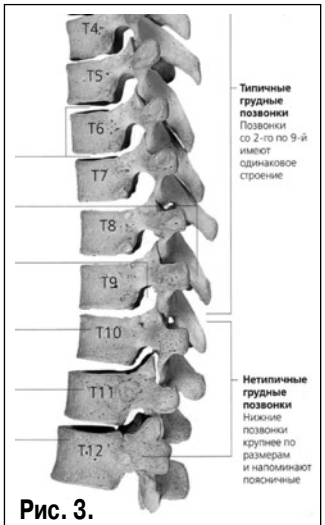


Рис. 3. Макропрепарат грудного отдела позвоночника

ВЫВОДЫ

1. Нарушения кранио-сакрального ритма позвонков переходных зон достоверно чаще встречаются в группах с клинической манифестацией болевого синдрома ($p<0,05$).
2. Нарушение кранио-сакрального ритма позвоночника в 3,12 раза чаще встречаются в переходных зонах между отделами позвоночника.
3. Переходные зоны позвоночника характеризуются «аномальным» морфологическим строением позвонков и специфической функцией.
4. Дисфункция позвоночного ритма не влечет за собой кранио-сакрального асинхронизма и блокады ритма.
5. Нарушение позвоночного ритма в переходных зонах имеет самостоятельное патогенетическое происхождение и отражает локальные патологические процессы, свидетельствует о нарушении нормальной биомеханики позвоночника и может рассматриваться как соматическая дисфункция.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Upledger J.E., Vrdevoogd J.D. Craniosacral Therapy. – Chicago: Eastland Press, 1983.
2. Черкес-Заде Д.Д. Остеопатическая диагностика и лечение заболеваний позвоночника. – М.: Медицина, 1998. – 112 с.

НОВЫЙ МЕТОД ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КОМПЕНСАТОРНЫХ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ ПРИОРИТЕТНЫХ НАРУШЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

В.Л. Крашенильников (фото 1)
Научный центр восстановительной медицины и прикладной кинезиологии, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Любой повреждающий фактор вызывает в организме патогенетические нарушения (первичные, приоритетные) в конкретной системе и ответные компенсаторные (саногенные) реакции по всем сторонам триады здоровья. Опыт применения методов прикладной кинезиологии в лечении пациентов с различной патологией показал особую важность выявления и коррекции в первую очередь приоритетных, патогенетически значимых причин конкретных дисфункций. Устранение компенсаторных, саногенных реакций организма не дает стойких положительных результатов в лечении и может вызывать различные осложнения [17]. Поэтому актуальной задачей для врача является дифференциальная диагностика приоритетных и компенсаторных нарушений в организме.

Существующие методы решения этой проблемы далеко не во всех случаях оказываются эффективными. Пальцевой тест, поза компьютера по Шелдону Дилу не позволяют задействовать левую височную долю мозга, которая рассматривается в прикладной кинезиологии как фильтр сенсорной информации. Темпоро-сфеноидальное постукивание, по Джорджу Гудхарту, направлено на механическое раздражение

Фото 1. Крашенильников Виктор Леонидович

височно-основной линии. Но височно-основная провокация в силу скоротечности воздействия также не может задействовать височную долю в полной мере и трудно выполнима в процессе диагностики (для врача и пациента). В то же время включение височной доли в процесс дифференциальной диагностики для выявления приоритетных (патогенетически значимых) нарушений в организме и компенсаторных (саногенных) реакций является чрезвычайно важным в работе кинезиолога.

С другой стороны, в исследованиях последних лет выявилось большое значение патологической активности примитивных безусловных рефлексов у детей и взрослых для формирования функциональной патологии различных органов и систем организма [2, 3, 7, 12, 16, 20]. Однако обычные провокации примитивных рефлексов (механические и химические) часто дают отрицательный результат.

Для решения задачи выявления скрытых причин поддержки патологической активности примитивных рефлексов использовалась разработанная автором новая методика дифференциальной диагностики приоритетных и компенсаторных нарушений с использованием терапевтической локализации левой височной кости, названной «зоной устранения компенсаций».

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать методику продолжительного воздействия на левую височную долю для обеспечения более высокого уровня дифференциальной диагностики компенсаторных и приоритетных патогенетически значимых причин конкретных дисфункций.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пациенты с клиническими проявлениями вегетативной дисфункции с патологической активностью примитивных безусловных рефлексов – рефлекса паралича при страхе и рефлекса Моро при отсутствии реакции изменения рефлекторной активности индикаторной (экстрапирамидной) мышцы на специфическую провокацию примитивного рефлекса стандартными методами прикладной кинезиологии.

Сто детей в возрасте от 3 до 15 лет и их матери и бабушки в возрасте 23-73 лет с жалобами на головные боли, от периодических до мигренеподобных, абдоминальные боли различной локализации, боли в различных отделах опорно-двигательного аппарата, нарушения пищеварения: вздутие кишечника, запоры, неустойчивый стул, жалобы на отрыжку, тошноту, нестабильность АД, эмоциональную лабильность, повышенную утомляемость, плохую переносимость душных помещений, нарушения осанки и др.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Мануальное мышечное тестирование активности миотатического рефлекса скелетных мышц.
2. Механическая и химическая провокация примитивных безусловных рефлексов.
3. Терапевтическая локализация зоны «устранения компенсаций» в области чешуи левой височной кости.
4. Стандартные методы диагностики, принятые в прикладной кинезиологии.
5. Клинический, неврологический, ортопедический осмотр.
6. Кардиоинтервалография.

В диагностике и лечении использовались авторские оригинальные методики: метод устранения компенсаций с терапевтической локализацией левой височной кости, метод снятия памяти о стрессе, а также стандартные методы прикладной кинезиологии и мануальной терапии (вертебральной, кранио-сакральной, висцеральной).

Известно, что рефлекс паралича при страхе отражает активность парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, а рефлекс Моро – симпатического. Патологическая активность одного отдела вегетативной нервной системы приводит к компенсаторной активации другого и вызывает вегетативные дисфункции [10].

Наличие патологической активности примитивных безусловных рефлексов и состояния вегетативного дисбаланса, наряду с клиническим и кинезиологическим исследованием, подтверждалось проведением кардиоинтервалографии по методике В.С. Баевского [20]. Метод кардиоинтервалографии представляет собой компьютерный анализ статистических данных ЭКГ с расчетом вариативного ряда параметров R-R-интервалов. Он отражает исходное функциональное состояние отделов вегетативной нервной системы и ее устойчивость к нагрузкам.

Для выявления вегетативного дисбаланса и объективизации патологической активности рефлекса паралича при страхе и рефлекса Моро взяты интегративные показатели кардиоинтервалографии, отражающие тип вегетативной дисфункции – симпатикотонию или ваготонию. Нормативы показателей взяты по Кубергеру М.Б. и соавт.(1985) [14]. Параметры кардиоинтервалографии, соответствующие патологической активности рефлекса паралича при страхе и рефлекса Моро, были выявлены в предыдущих исследованиях [20,16]. Кардиоинтервалография проводилась в покое (в положении лежа) и с ортостатической нагрузкой.

По данным кардиоинтервалографического обследования, до лечения у всех пациентов выявился вегетативный дисбаланс: с избыточной парасимпатической реакцией у 44%; преобладанием симпатической реакции вегетативной нервной системы у 56% пациентов.

Гиперсимпатикотония в покое с асимпатикотонической реактивностью при нагрузке свидетельствовала об активации парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и соответствовала наличию патологической активности рефлекса паралича при страхе. Показателями кардиоинтервалографии, характерными для активации симпатического

звена и патологической активности рефлекса Моро, являлись гиперсимпатикотония в покое и гиперсимпатикотония при нагрузке [20,16].

Механическая и химическая провокации рефлекса паралича при страхе и рефлекса Моро проводились по методу Кр. Смита [18]. Для химической провокации данных примитивных рефлексов использовались гомеопатические нозоды фирмы «Метаболикс» «ацетилхолин» и «норадреналин» соответственно.

При кинезиологическом обследовании обычные провокации примитивных рефлексов – рефлекса паралича при страхе и рефлекса Моро оказались отрицательными. Они не вызывали реакцию снижения активности рефлекса на растяжение (функциональной гипотонии) экстрапирамидной мышцы индикатора при мануальном мышечном тестировании. Однако те же стандартные провокации вызывали реакцию восстановления активности рефлекса на растяжение ассоциированной мышцы с исходно сниженным рефлексом.

В таких случаях проводилась комбинированная провокация: механическая и химическая провокация примитивного рефлекса и одновременная терапевтическая локализация (рукой пациента) зоны устранения компенсаций на левой височной кости.

Найденная автором зона (точка) устранения компенсаций находится в области левой височной кости над левой ушной раковиной и ограничивается височно-основной линией. Терапевтическая локализация проводится 2-4 пальцами левой рукой пациента (или рукой врача), расположенными в 2 см над ушной раковиной, не касаясь последней (фото 2).

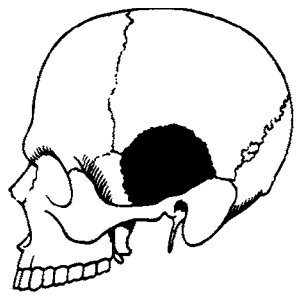


Фото 2.
Зона (точка) устранения компенсаций

ЭТАПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1 этап. ***Выявление патологической активности рефлекса паралича при страхе с использованием стандартной механической и химической провокации.***

1. ММТ – оценка реакции нормотоничной экстрапирамидной мышцы.

Варианты реакции:

А) сохраняется нормальный рефлекс – реакция отрицательная;

Б) снижается стреч-рефлекс – реакция положительная.

2. ММТ – оценка реакции ассоциированной мышцы со сниженным стреч-рефлексом.

Варианты реакции:

А) Восстанавливается активность рефлекса на растяжение исходно сниженного с ассоциированной мышцы (подвздошно-поясничной) – реакция положительная.

Б) Сохраняется сниженный стреч-рефлекс ассоциированной мышцы. Заключение – имеются другие причины, поддерживающие гипотонию.

3. Проведение кардиоинтервалографии – выявление показателей патологической активности рефлекса паралича при страхе.

2 этап. ***Устранение компенсаторных реакций организма и выявление приоритетности и патогенетической значимости проблемы.***

1. Устранение компенсаторных реакций организма.

А. Терапевтическая локализация (ТЛ) зоны устранения компенсаций на чешуе левой височной кости над левой ушной раковиной в пределах височно-основной линии и одновременная химическая и механическая провокации рефлекса паралича при страхе (РПС) – выявление снижения активности рефлекса на растяжение (функциональной гипотонии) индикаторной мышцы (ИМ) и восстановление активности рефлекса на растяжение (нормотонической реакции) ассоциированной мышцы (АМ) (фото 3).

Фото 3.
Мануальное мышечное тестирование при терапевтической локализации зоны устранения компенсаций

2. Определение приоритетности и патогенетической значимости проблемы посредством проведения височного постукивания.

Результат:

А. Сохранение гипореакции – снижения активности рефлекса на растяжение индикаторной мышцы и нормотонической реакции – восстановление активности рефлекса на растяжение ассоциированной мышцы – признак приоритетности и патогенетической значимости проблемы.

Патологическая активность рефлекса паралича при страхе имеет приоритетный характер, патогенетически значима.

Проводится коррекция рефлекса паралича при страхе с выявлением приоритетных причин его поддержания.

Б. Изменение реакции мышц – восстановление активности рефлекса на растяжение индикаторной мышцы и снижение активности рефлекса на растяжение ассоциированной мышцы – проблема имеет компенсаторный, вторичный характер.

Патологическая активность рефлекса паралича при страхе компенсаторная и не является приоритетной.

Коррекция в данный момент времени не проводится. Тре-

буется дальнейший поиск приоритетной причины активации рефлекса паралича при страхе.

3 этап. ***Проведение кардиоинтервалографии*** – выявление показателей патологической активности рефлекса паралича при страхе.

4 этап. ***Выявление патологической активности рефлекса паралича при страхе при терапевтической локализации за пределами зоны устранения компенсаций.***

1. Терапевтическая локализация за пределами зоны устранения компенсаций одновременной провокацией рефлекса паралича при страхе.

Провокация отрицательная: индикаторная экстрапирамидная мышца сохранила нормальную активность рефлекса на растяжение.

Важно: выявляется восстановление нормотонической реакции – нормальной активности рефлекса на растяжение исходно функционально гипотоничной ассоциированной мышцы.

2. Проведение кардиоинтервалографии – выявление показателей патологической активности рефлекса паралича при страхе.

5 этап. ***Коррекция патологической активности рефлекса паралича при страхе методом снятия памяти о стрессе.***

6 этап. ***Проверка эффективности лечения.***

1. Механическая и химическая провокация рефлекса паралича при страхе:

1) с терапевтической локализацией зоны устранения компенсаций на левой височной кости;
2) стандартная – без терапевтической локализации зоны устранения компенсаций на левой височной кости.

1А. При правильно проведенном лечении обе провокации отрицательные:

сохранение нормотонической реакции – нормальной активности рефлекса на растяжение индикаторной мышцы.

Нормотоническая реакция ассоциированной мышцы также не изменяется.

1Б. При положительной провокации – перепроверка диагностики и лечения.

2. Проведение височного постукивания.

Результат:

А. Сохранение нормотонической реакции индикаторной мышцы при провокации рефлекса паралича при страхе и нормотонической реакции ассоциированной мышцы без провокации.

Лечение, достаточное для коррекции активности рефлекса паралича при страхе.

3А. Проводится кардиоинтервалография: выявление отсутствия показателей патологической активности рефлекса паралича при страхе и наличия параметров патологической активности рефлекса Моро.

Б. Изменение реакции индикаторной и ассоциированной мышц – выявление снижение активности рефлекса на растяжение.

Проведенного лечения недостаточно для коррекции активности рефлекса паралича при страхе.

Перепроверка диагностики и лечения.

3. Проведение кардиоинтервалографии – выявление отсутствия показателей патологической активности рефлекса паралича при страхе и наличия параметров патологической активности рефлекса Моро.

7 этап. ***Выявление патологической активности рефлекса Моро с использованием стандартной механической и химической провокации.***

Вариант 7.1.

1. Механическая и химическая провокация рефлекса Моро при одновременной терапевтической локализации зоны устранения компенсаций на левой височной кости - появление снижения активности рефлекса на растяжение индикаторной мышцы и восстановления активности рефлекса на растяжение ассоциированной мышцы.

2. Проведение височного постукивания.

Результат:

А. Индикаторная мышца не изменила реакцию – осталась функционально гипотоничной – рефлекс Моро приоритетный, патогенетически значим и необходима его коррекция.

Б. Индикаторная мышца изменила реакцию – восстановила нормальную активность рефлекса на растяжение.

Рефлекс Моро компенсаторный и коррекции в данный момент не требуется.

Дальнейший поиск причин его поддержки.

Вариант 7.2.

1. Механическая и химическая провокация рефлекса Моро стандартная – без одновременной терапевтической локализации зоны устранения компенсаций на левой височной кости: появление снижения активности рефлекса на растяжение индикаторной мышцы и восстановления нормальной активности рефлекса на растяжение ассоциированной мышцы.

2. Проведение височного постукивания.

Результат:

Изменение реакции индикаторной мышцы – восстановление нормальной активности рефлекса на растяжение.

Рефлекс Моро компенсаторный и его коррекции в данный момент не требуется. Дальнейший поиск причин его поддержки.

8 этап. ***Устранение компенсаторных реакций организма и выявление приоритетности и патогенетической значимости проблемы.***

Дальнейшая диагностика (обычно через день).

1. Провокация рефлекса Моро химическая и механическая с одновременной терапевтической локализацией зоны устранения компенсаций на левой височной кости.

Результат:

А.1) появление снижения активности рефлекса на растяжение индикаторной мышцы и восстановления нормальной активности рефлекса на растяжение ассоциированной мышцы.

2) Проведение височного постукивания.

Результат:

а) сохранение реакции индикаторной и ассоциированной мышц:

индикаторной мышцы в виде снижения активности рефлекса на растяжение и ассоциированной мышцы в виде восстановления нормальной активности рефлекса на растяжение.

Рефлекс Моро приоритетный и необходима его коррекция:

б) изменение реакции индикаторной и ассоциированной мышц:

восстановление нормальной активности рефлекса на растяжение индикаторной мышцы и снижение активности рефлекса на растяжение ассоциированной мышцы.

Рефлекс Моро компенсаторный и не требует коррекции в данный момент времени.

Поиск приоритетных причин конкретной исследуемой проблемы и его активности.

3А. Проведение кардиоинтервалографии – выявление признаков патологической активности рефлекса Моро.

Б. 1) Отсутствие снижения активности рефлекса на растяжение индикаторной и ассоциированной мышц.

2) Проведение височного постукивания – сохранение нормотонической реакции индикаторной и ассоциированной мышц.

Коррекция рефлекса Моро успешная.

3Б. Проведение кардиоинтервалографии – отсутствие показателей активности рефлекса Моро.

9 этап. ***Коррекция патологической активности рефлекса Моро.***

Выявление приоритетной причины поддержки активности рефлекса Моро и его коррекция (аналогично этапу 1).

10 этап. ***Дальнейший процесс диагностики и лечения.***

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Найдена зона «устранения компенсаций» (выхода на приоритетную проблему), которая локализуется в области левой височной кости над ушной раковиной и ограничивается височно-основной линией. Терапевтическая локализация данной зоны подобно височному постукиванию особым образом изменяла реакцию мышц при мануальном мышечном тестировании.

Разработан метод комбинированной провокации с одновременным проведением терапевтической локализации зоны устранения компенсаций на левой височной кости и провокации примитивных рефлексов. Такая комбинированная провокация позволила выявить по реакции индикаторной мышцы наличие патологической активности рефлекса паралича при страхе и рефлекса Моро и дифференцировать приоритетный и компенсаторный характер данных примитивных рефлексов.

Провокации рефлекса паралича при страхе и рефлекса Моро обычными методами давали отрицательный результат.

Наличие патологической активности рефлексов паралича при страхе и рефлекса Моро и их коррекция подтверждалась достоверными изменениями параметров кардиоинтервалографии.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Одновременное проведение терапевтической локализации зоны устранения компенсаций на левой височной кости и провокации примитивных рефлексов расширяет возможности кинезиологической диагностики. Терапевтическая локализация (ТЛ) указанной зоны 2-4 пальцами пациента или врача, расположенными широко над левой ушной раковиной в пределах височно-основной линии левой или правой рукой особым образом изменяла реакцию мышц при мануальном мышечном тестировании. Оценка результатов мануального мышечного тестирования подчинялась известному правилу использования постукивания по височно-основной линии [24]. Если исходный результат при мануальном мышечном тестировании (ММТ) – нормальная или сниженная активность миотатического рефлекса, и результат ММТ этой же мышцы с одновременной ТЛ зоны устранения компенсаций на левой височной кости после постукивания по левой височно - основной линии меняется на противоположный - значит исходная реакция мышцы носит компенсаторный характер (выявлены компенсаторные нарушения). Если гипореакция - снижение активности рефлекса на растяжение остается - это есть приоритетная патогенетически значимая проблема, требующая первоочередной коррекции.

Принципиальная важность предложенного нового метода в том, что он позволяет выявить скрытые проблемы организма, которые маскируются «ложноположительной» нормореакцией – нормальной активностью миотатического рефлекса, тестируемой мышцы при ММТ. Считалось, что «тело не знает» или «не видит» свою проблему. Известно противоречие: при точно диагностированной грыже пищеводного отверстия диафрагмы м. РМС при ММТ исходно может быть нормотоничной – не давать снижения активности миотатического рефлекса! [11] Это парадокс! Но при одновременной терапевтической локализации зоны устранения компенсаций на левой височной кости при мануальном мышечном тестировании м. РМС дает реакцию снижения активности миотатического рефлекса. После последующего проведения височного постукивания часто выявляется изменение реакции м. РМС при мануальном мышечном тестировании. Это означает, что проблема желудка в генезе грыжи пищеводного отверстия имеет компенсаторное значение, и необходим дальнейший поиск приоритетной причины для ее формирования.

Как выявилось и в наших исследованиях, при проведении контрпровокаций патологическая активность примитивных рефлексов нередко тестируется приоритетной причиной конкретной дисфункции [16,20]. Но обычная стандартная провокация примитивного рефлекса оказывалась отрицательной, и этому факту не уделялось внимания. Одновременное проведение терапевтической локализации левой височной доли и провокации примитивного рефлекса позволяло выявить патологическую активность примитивного рефлекса и подтвердить его приоритетность в причине конкретных дисфункций.

Вероятно, при терапевтической локализации левой височной кости дополнительная сенсорная стимуляция от

пальцев позволяет информации пройти в мозг через систему сенсорного фильтра ЦНС, локализованной в левой височной доле. Отличие от височного постукивания видится в том, что при терапевтической локализации (ТЛ) идет более длительный по времени поток стимуляции, чем при кратковременном вибро-тактильном раздражении, достаточный для преодоления фильтрующей системы мозга.

Представленная методика позволяет быстро и точно выявлять и устранять при лечении патогенетически значимые нарушения, не разрушая компенсации. Это позволяет значительно уменьшить риск осложнений, а также сроки и объем проводимого лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложен новый метод для быстрой и точной диагностики приоритетных (патогенетически значимых) и компенсаторных (саногенных, вторичных) нарушений в организме с использованием разработанной автором специфической терапевтической локализации и названной «зоной устранения компенсаций». Найденная зона расположена в области левой височной кости над ушной раковиной и ограничивается височно-основной линией. Применение данной терапевтической локализации дополняет и расширяет возможности височно-основной провокации, а также позволяет выявить скрытые проблемы организма, трудные и малодоступные для стандартной диагностики обычными методами прикладной кинезиологии.

ВЫВОДЫ

1. Дифференциальная диагностика компенсаторных и приоритетных нарушений имеет первостепенное значение в прикладной кинезиологии для избегания осложнений и достижения стойких положительных результатов в лечении. Существующие методы дифференциальной диагностики не позволяют это сделать в полном объеме. Используемая техника постукивания по височно-основной линии оказывает, вероятно, больше механическое воздействие на саму височную кость. Кратковременность вибро-тактильного раздражения не достигает эффекта достаточной стимуляции собственно височной доли головного мозга. Реакцию мышцы при мануальном мышечном тестировании необходимо проверять непосредственно сразу после проведения височного постукивания однократно после каждой провокации.
2. Терапевтическая локализация пальцами левой височной кости за счет более длительной стимуляции создает достаточный по мощности поток афферентации. Это позволяет информации пройти фильтрующие системы головного мозга и проводить мышечное тестирование многократно, не ограничиваясь по времени.
3. Предложенная методика терапевтической локализации зоны устранения компенсаций на левой височной кости позволяет быстро и точно выявить скрытые приоритетные причины проблем организма, малодоступные для стандартной диагностики методами прикладной кинезиологии.
4. Сочетанное использование техники височного постукивания и терапевтической локализации зоны устранения компенсаций существенно расширяет возможности прикладного кинезиолога в дифференциальной диагностике приоритетных и компенсаторных нарушений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бадалян Л.О. Детская неврология. – М., «Медицина», 1984.
2. Беляева Л.М., Хрусталева Е.К. Функциональные заболевания сердечно-сосудистой системы у детей. – Минск: «Амальфи», 2000.
3. Бобко Я.Н., Часнык В.Н. Нехирургическая патология позвоночника и формирование типологических особенностей организма. «Прикладная кинезиология», № 2, 2003. С. 22-25.
4. Васильева Л.Ф. Нейрогенные механизмы и патогенетическая мануальная терапия атипичных моторных паттернов при болевых мышечных синдромах. Дисс. ... д.м.н. – М., 1998. – 271 с.
5. Васильева Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия. Клиническая биомеханика и патобиомеханика. –СПб: Фолиант, 1999. – 400с.
6. Васильева Л.Ф. Клиника и визуальная диагностика укороченных мышц. – М., 2003 – 168 с.
7. Васильева Л.Ф., Зотов И.Д, Тяжельников А.А., Локтионова Н.С. Мануальная терапия с основами прикладной кинезиологии в педиатрии. – М., 2003.
8. Васильева Л.Ф.. Теоретические основы прикладной кинезиологии. – М., 2003.
9. Васильева Л. Ф.Нейрофизиологическое обоснование функциональной слабости мышц. «Прикладная кинезиология», № 1, 2002, С. 19-25.
10. Вейн А.М. и соавт. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение. – М.: МИА, 2003. – 752 с.
11. Дж. Шейфер. Материалы семинара по прикладной кинезиологии. – Москва, 2007.
12. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. Анамнез, этиология и патогенез. –Л., «Медицина», Ленинградское отделение, 1988.
13. Иваничев Г.А. Мануальная терапия. Руководство, атлас. – Казань, 1997. – 448 с.
14. 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.
15. Могендович М.Р. Рерфлекторное взаимодействие локомоторной и висцеральной систем.– Медгиз, Л., 1957.
16. Крашенильников В. Л., Шаров Н.А. Примитивные безусловные рефлексы как отражение семейно – приоритетных связей. – «Прикладная кинезиология», № 1, 2005, С. 4-11.
17. Васильева Л.Ф. Пути повышения эффективности прикладной кинезиологии и повышения профилактики ее осложнений. –»Прикладная кинезиология», № 10, 2008, С. 17.
18. Смит Кр. Материалы семинара по прикладной кинезиологии в Новосибирске, 1997.

19. Табеева Д.М.. Практическое руководство по иглорефлексотерапии. –М.: «Медпресс», 2001.
20. Шаров Н.А., Крашенильников В.Л. Кардиоинтервалография как метод объективизации вегетативного дисбаланса у пациентов с патологической активностью примитивных рефлексов. –»Прикладная кинезиология», № 2, 2003, с. 22-24.
21. Glen O. Gabbard. Психодинамическая психиатрия в клинической практике. Washington, 1994.
22. Lewit K., Wasilyeva L. Diagnostics of muscular dysphunction by inspection. - In Rehabilitation of the spine.- USA: Williams and Willkins, 1995, – P. 113-142.
23. Vasilyeva L., Mchailov V. Electromyographic substantion of muscle weakness. International College of Applide Kinesiology Europe, collected papers. - London, 1995. – P. 104-117.
24. Walter D. Applide Kinesiology.-USA, Systems DS, 1988. – 571 p.
25. Janda V. Manuelle Muskeltunktions diagnostik.- GmbH: Ullstein Mosby, 1994, 300 p.

ЭМОЦИОНАЛЬНО-АКУПУНКТУРНЫЕ (ТОНУСНО-СИЛОВЫЕ) КОНСТИТУЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПРИОРИТЕТНОЙ ПАТОЛОГИИ

Е.П. Сероштан

ФЕКЦТМиЛ, лаборатория мануальной терапии

Научный центр прикладной кинезиологии и восстановительной медицины, Москва

РЕЗЮМЕ

В статье предложен новый подход к определению типов конституций в зависимости от тонусно-силового дисбаланса мышц и его соответствия дезадаптированному комплексу рефлекторно-связанных между собой меридиана, органа, эмоции, являющихся наиболее часто мишенью в условиях повышенной нагрузки организма. Рассмотрен алгоритм диагностики и подходы к лечению в зависимости от дисбаланса генетически значимого (приоритетного) комплекса уязвимых структур. При оценке психоэмоциональной конституции здоровья и болезни типов конституций производилось сопоставление результатов мануального мышечного тестирования [7] и компьютерной топографии.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Конституция – как совокупность относительно устойчивых морфологических и функциональных (в том числе психических) свойств человека, обусловленная наследственностью, а также длительными и (или) интенсивными влияниями окружающей среды [1, 2, 3]. По словам И.Р. Шмидт, конституция обеспечивает специфичность реакции нервной, канально-меридианальной и нейрогуморальной систем при воздействии стрессовых факторов. В связи с этим учет всех составляющих реактивности организма является принципиальной важным для определения локализации наиболее уязвимой зоны организма. Однако существующие конституционные типы учитывают только психоэмоциональное различие (психастеническая, психопатическая, циклоидная, шизоидная), избыток одного из «семи чувств» (радостный, гневный, печальный, тоскливый, скорбящий, тревожный, подверженный страху), градацию в зависимости от врожденной доминирующей [4, 5] эмоции (12 психоэмоциональных типов) или анатомические особенности человека (астеническая, атлетическая, невропатическая и т.д.), или гуморально-гормональные различия (вегетативный дисбаланс с преобладанием симпатической или парасимпатической нервной системы), без учета всего многообразия связей в организме, в том числе нервной системы. Учитывая то, что тонусно-силовой дисбаланс скелетных мышц отражает нарушение функции нервной системы, а также используя многообразие связей между скелетной мышцей и другими органами и системами, открытых в ПК, целесообразно использовать варианты формирования тонусно-силового дисбаланса для более полного определения морфологических и функциональных свойств человека, позволяющих выявить локализацию уязвимой зоны стрессогенным (орган-мишень при любом хроническом заболевании, при дистрессе мышечно-скелетной и нервной системы человека) в ответ на постуральную нагрузку. Так как по определению канально-меридианная система человека развивается вместе с нервной системой внутриутробно.

Фото 1. Сероштан Евгения Петровна

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить соответствие вариантов деформации статики, возникающих при определенном тонусно-силовом дисбалансе мышц, наличию нарушения в нервной, канально-меридианальной и гуморально-гормональной системах.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

60 пациентов с рефлекторными и рефлекторно-компрессионными болевыми мышечными синдромами, имеющие хроническое течение, у которых стандартные методы лечения не оказывали эффекта. Одновременно исследование проводилось на 10 здоровых субъектах.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Визуальная диагностика.
2. Компьютерная топография.

3. Мышечное тестирование (МТ).
4. Кинезиологическая диагностика.

ЭТАПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В человеческом теле основной системой управления является нервная система, так как она объединяет все другие функциональные системы, органы, ткани. Различная реакция нервной системы в разных конституциях до сих пор не была учтена. Любое заболевание – это состояние стресса для организма. Зная, какой орган является стрессогенным (орган-мишень при любом хроническом заболевании, при дистрессе), можно начинать лечение с этой системы.

В зависимости от тонусно-силового дисбаланса мышц, соответствующего приоритетного меридиана, мы разделили пациентов на 12 групп. Из них наиболее часто были представлены 4 группы:

1 группа: пациенты с функциональной слабостью m. Iliopsoas (ассоциированный меридиан почек) – 30%.

2 группа: пациенты с функциональной слабостью m. Pectoralis major sternalis (ассоциированный меридиан печени) – 24%.

3 группа: пациенты с функциональной слабостью m. Qudratus lumborum (ассоциированный меридиан толстой кишки) – 16%.

4 группа: пациенты с функциональной слабостью m. Latisimus dorsi (ассоциированный меридиан поджелудочной железы-селезенки) – 14%.

На оставшиеся 8 групп распределились 16%.

Основанием разделения на группы являлась визуальная диагностика и данные компьютерной топографии, позволяющие выделить топографию конкретных функционально слабых мышц.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В клинической картине трудно было вычленить различие среди групп. Преобладали: гипертоническая болезнь, заболевания органов малого таза, грудной клетки, нарушение пищеварения, рефлекторные и рефлекторно-компрессионные болевые мышечные синдромы, нарушение сна, фобии.

Для **1 группы** при визуальной диагностике выявлено: гиперлордоз в поясничном отделе позвоночника, функциональный блок C0-C1 позвонков, что свидетельствует о функциональной слабости пояснично-подвздошных мышц с двух сторон и приводит к вентральному смещению таза. Для таких пациентов характерны поражение почек (часто нефроптоз I или II степени), эмоция страха, активизация рефлекса паралича при страхе.

Клиника: хронические заболевания органов малого таза (матки, предстательной железы, мочевого пузыря), гипертоническая болезнь, лимфостаз, отеки, нарушение пищеварения, нарушение сна, синдром тазобедренного периартроза, синдром позвоночной артерии вследствие укорочения нижней косой мышцы, как реакции на функциональный блок C0-C1 позвонков, различные фобии, вегетативные кризы.

Для **2 группы** при визуальной диагностике выявлено: внутренняя ротация плеча, подъем угла лопатки и ее латеральное смещение, деформация грудного отдела позвоночника в виде гиполордосколиоза, реберный сколиоз, укорочение малой грудной мышцы и функциональный блок 8-го грудного позвонка. Для таких пациентов характерно: поражение печени, эмоция гнева, активизация рефлекса Моро (гнев).

Клиника: проявления цервикобрахиалгии, рефлекторные и компрессионные болевые мышечные синдромы в нижнешейном и грудном отделах позвоночника, заболевания печени, гипертоническая болезнь или гипотония, нарушение пищеварения, нарушение сна.

Для **3 группы** при визуальной диагностике выявлено: латерофлексия таза в сторону функционально слабой квадратной мышцы поясницы, в сочетании с выпрямленным поясничным отделом позвоночника. Сколиоз грудного отдела позвоночника направлен выпуклостью в сторону укороченной квадратной мышцы поясницы и складку на теле между ребрами и крылом подвздошной кости. Латеральное смещение таза в сторону укороченной квадратной мышцы поясницы, функциональные блоки в поясничном отделе позвоночника L5–S1 позвонков и функциональный блок в грудопоясничном переходе Th12–L1. Для таких пациентов характерно: поражение толстого кишечника, эмоция печали, тоски.

Клиника: рефлекторные и компрессионные болевые мышечные синдромы в поясничном отделе позвоночника, заболевания желчного пузыря и тонкого кишечника, 12-перстной кишки, толстого кишечника, заболевания сигмовидной кишки, прямой кишки, синдром грушевидной мышцы, гипертоническая болезнь, нарушение пищеварения, нарушение сна.

Для **4 группы** при визуальной диагностике выявлено: грудной гиперкифоз, поясничный гиполордоз и функциональный блок Th6, функциональные блоки нижнегрудного отдела позвоночника (Th6–Th12). Для таких пациентов характерно: поражение поджелудочной железы, эмоция тревоги.

Клиника: цервикобрахиалгии, нейропатии плечевого сплетения, лопаточно-реберный синдром, рефлекторные и компрессионные болевые мышечные синдромы в нижнешейном и грудном отделах позвоночника, заболевания поджелудочной железы, сердца, гипертоническая болезнь или гипотония, нарушение пищеварения и сна.

Таким образом, можно диагностировать и подобрать лечение на все 12 психоэмоциональных конституций, определив их по визуальной, топографической диагностике, с учетом мышечного теста по приоритетной функционально слабой мышце [2]. Это дает возможность прогнозировать алгоритм лечения пациентов (независимо от нозологии заболевания).

ВЫВОДЫ

1. Выявленная в ПК функциональная связь между меридианами, органами, позвонками, мышцами позволяет организму реагировать на внешнее и внутреннее стрессовое воздействие комплексно: нервной, гуморально-гормональной и канально-меридианальной системами. Снижение тонусно-силовых характеристик ассоциированных мышц – индикатор перечисленных функциональных связей.
2. Постуральная нагрузка – наиболее тонкий критерий для выявления сниженной адаптации организма в виде формирования тонусно-силового дисбаланса

мышц-антагонистов в статике и динамике.

3. Визуальная диагностика, подтвержденная данными топографии, оценивает тонусно-силовую реакцию скелетных мышц на постуральную нагрузку, независимо от нозологии, и является объективным критерием выраженности патологии.
4. Использование визуально-топографических критериев в оценке типа конституции пациента – объективный критерий определения «слабого звена» – локализации гипотоничной ассоциированной мышцы и патологической активности ее функциональных связей.
5. Визуальная диагностика, подтвержденная данными топографии, является наиболее точным инструментальным методом диагностики, подтверждая изменение тонусно-силового дисбаланса мышц, возникающее в процессе кинезиологического лечения в организме человека и критерием эффективности проведенной терапии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Васильева Л.Ф. Место прикладной кинезиологии в медицинской практике: анализ и синтез // Материалы конгресса по мануальной терапии, Москва, октябрь, 2006.
2. Васильева Л.Ф., Пожидаев И.А., Сероштан Е.П. Диагностика и методика лечения психосоматических эмоциональных нарушений по приоритетной эмоции // Традиционная медицина, 2006. – № 1(8).
3. Васильева Л.Ф., Сероштан Е.П. Психоэмоциональные конституции, акупунктура и психосоматика // Прикладная кинезиология, 2007. – № 8-9. – С. 66.
4. Начатой В.Г. Традиционная китайская медицина. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. Монография. Изд-во «Ли Вест», Новосибирск, 2003. – 392 с.
5. Пак Чже Ву. Лекции по Су Джок акупунктуре. – АОЗТ «Су Джок Академия», 1994. – 336 с.
6. Пожидаев И.А., Сероштан Е.П. Новые подходы к пониманию конституций здоровья и болезни // Прикладная кинезиология, 2006. – № 2-3(6-7). – С. 34.
7. Уолтер Д.С. Прикладная кинезиология // Т. 1. «Основные процедуры и мышечное тестирование». // Т. 2. «Меридианный дисбаланс его роль в формировании болевых мышечных синдромов». – Pueblo, Co., Systems D.C., 1981.
8. Шмидт И.Р. Полисистемные неспецифические синдромы в клиническом полиморфизме заболеваний нервной системы: факты и концепции // Полисистемные неспецифические синдромы в клиническом полиморфизме заболеваний нервной системы и их коррекция, 2005. – № 1(6).

СТАТЬИ, ОПУБЛИКОВАННЫЕ В СБОРНИКЕ МАТЕРИАЛОВ НА МЕЖДУНАРОДНОМ КОНГРЕССЕ ПО ИНТЕГРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ Г. МОСКВА

III МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ «ИНТЕГРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА»

Е.П. Сероштан

ФЕКЦТМиЛ, лаборатория мануальной терапии

Научный центр прикладной кинезиологии и восстановительной медицины, Москва

6-8 июня 2008 г. в Москве на ВВЦ проходил III Международный форум «Интегративная медицина». На Форуме обсуждались проблемы развития интегративной медицины как перспективного направления современной медицинской науки и практики. В работе форума участвовали специалисты академической, традиционной и народной медицины.

На пленарных заседаниях были рассмотрены теоретические основы интегративной медицины, научные и практические аспекты профилактики заболеваний, диагностики и лечения наиболее распространенных болезней, вопросы медицинской реабилитации больных, место в этих процессах методов и средств традиционной медицины (биорезонансная терапия, гирудотерапия, гомеопатия, мануальная терапия, рефлексотерапия, фитотерапия, традиционная диагностика), народного врачевания.

Секционные заседания были посвящены проблемам использования в практическом здравоохранении отдельных методов традиционной медицины, в том числе методов мировых традиционных медицинских систем (традиционная китайская медицина, тибетская медицина, аюрведа).

Проведен научно-практический семинар «Технологии развития сознания в традиционных медицинских системах мира». Обсуждались вопросы создания соответствующей

Фото 1.
Доклад Васильевой Л.Ф.

специальности, подготовки специалистов в области традиционной медицины, лицензирования традиционной медицинской деятельности и сертификации услуг в области народной медицины (фото 1).

На форуме были представлены 7 докладов по **прикладной кинезиологии на тему**:

1. Новые подходы к пониманию патогенеза заболеваний периферической нервной системы (Васильева Л.Ф.).
2. Исследование состояния ареактивных кинезиологических зон методом микроволновой (СВЧ) резонансной диагностики (Иванцов С.Г.).
3. Примитивные безусловные рефлексы как отражение семейно-приоритетных связей в передаче синдрома вегетативной дисфункции (Крашенильников В.Л.).
4. Эмоционально-акупунктурные (тонусно-силовые) конституции в диагностике приоритетной патологии (Сероштан Е.П.).
5. Дисфункция позвоночного ритма в практике прикладного кинезиолога (Шишмаков Ю.В.).
6. Кинезиологическая диагностика патогенетических вариантов синдрома компенсированной внутричерепной гипертензии (Шишмаков Ю.В.).
7. Возможности прикладной кинезиологии при коррекции избыточного веса (Львов С.И.).

Фото 2.
Стендовый доклад Центра прикладной кинезиологии и восстановительной медицины, г. Москва

В рамках форума проходили выставка товаров и услуг, презентация оборудования и средств в области традиционной и народной медицины. От Центра прикладной кинезиологии и восстановительной медицины, Москва, представлены доклады, которые были оформлены в 3 стендах, в них описывалось большинство методов диагностики и лечения, используемых в Центре (фото 2).

Организатором форума выступил Федеральный научный клинико-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПОНИМАНИЮ ПАТОГЕНЕЗА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Л.Ф. Васильева
ФЕКЦТМиЛ, лаборатория мануальной терапии
Кафедра мануальной терапии

АКТУАЛЬНОСТЬ

Заболевания периферической нервной системы сопровождаются гипотонией мышц. Однако отсутствие возможности выявить функциональное снижение тонуса мышцы часто приводит врача к ее игнорированию при оценке мышечного дисбаланса. А так как укороченную мышцу легче диагностировать, то все внимание врача направляется именно на ее лечение.

В 1928 г. Бернштейн нейрофизиологически обосновал существование двух фаз изометрического сокращения мышц. При этом сила 2-й фазы не зависит от воли человека, регулируется на уровне таламо-паллидарной системы и проявляется в различной степени активности рефлекса на растяжение. Этот рефлекс определяет способность пациента поддержать оптимальность статики и обеспечивает степень возбудимости мышцы при выполнении динамики. В 1940 г. Kendal and Kendal, в 1962 г. Goodheard разработали ручную технику диагностики мышечного тонуса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для того чтобы сопоставить эти исследования, проведен анализ силы мышечного сокращения у здоровых и пациентов с функциональной мышечной гипотонией при помощи компьютерного динамометра.

Результаты: При выполнении изометрического сокращения у здоровых регистрировались 2 фазы, при этом 2-я фаза на 15% преобладала над 1-й, независимо от исходной силы сокращения. У пациентов с гипотонией 2-я фаза сокращения была снижена и в 85% регистрировался крупноамплитудный тремор.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мышечная гипотония – ведущий фактор в формировании укорочения и гипервозбудимости мышц-антагонистов с последующим формированием боли в их триггерных точках.

ВЫВОДЫ

1. Функциональные нарушения нервной системы проявляются в виде возникновения функциональной гипотонии мышц, снижения активности их рефлекса на растяжение и гиповозбудимости при выполнении динамических нагрузок. Они являются лидирующим фактором в формировании укорочения и гипервозбудимости мышц-антагонистов.
2. Используя оценку функционального тонуса, при помощи мануального мышечного теста можно не только выявить дисфункцию нервной системы, но, используя диагностические приемы, найти причину ее нарушения и способы коррекции.
3. Основная цель мануальной терапии – устранить функциональные нарушения нервной системы и адаптировать ее к существующим патоморфологическим субстратам мышечно-скелетной системы.
4. Только используя клиническое мышление, мануальная медицина из методики лечения действительно превратится во врачебную специальность. Только тогда врач – мануальный терапевт превратится из ремесленника в творца.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА

С.И. Львов (фото 0)
Научный центр прикладной кинезиологии и восстановительной медицины, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Избыточным весом и ожирением страдает до 60% населения развитых стран. Применяемые классические методы лечения: гимнастика, диета, изменение образа жизни, психотерапия, иглорефлексотерапия, лекарственная терапия, пластическая хирургия решают отдельные патогенетические аспекты этой проблемы. Прикладная кинезиология располагает информативными методами диагностики и подбора терапии и с учетом индивидуальных особенностей организма может предложить новые подходы для решения проблемы ожирения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Установить основные патогенетические причины нарушения жирового обмена у пациентов, страдающих избыточным весом.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

82 пациента в возрасте от 17 до 56 лет с избыточным весом и ожирением 1-3 степени, которые в процессе терапии снизили свою массу тела и сохранили результаты в течение двух лет.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинические, антропометрия (измерение массы и объемов тела), биоимпендансный метод на анализаторе композиционного состава организма TANITA BC-532 (Япония), анализы крови (гормональный спектр, функция печени и липидный обмен), методы прикладной кинезиологии: мануальное мышечное тестирование, терапевтическая локализация с использованием магнита, химическая провокация с использованием нозодов («Detox», гормональный набор фирмы «Metabolics», Англия).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У всех пациентов при мануальном мышечном тестировании с использованием терапевтической локализации и провокации нозодами или экстрактами эндокринных желез определялся паттерн дисфункции эндокринных желез. Приоритетом при этом было нарушение функции поджелудочной железы, печени, толстого кишечника, почек вследствие хронической экзогенной интоксикации. При исследовании тиреоидных гормонов было выявлено, что у всех пациентов был относительный недостаток трийодтиронина из-за избытка Т3 реверсивного. Приоритетной была хроническая интоксикация несколькими факторами, которая, вызывая дисфункцию органов, нарушала нормальное образование активного трийодтиронина. Так, у 53 (63,4%) пациентов было выявлено наличие повышенного содержания токсических металлов, у 75 (91,4%) – повышенное содержание токсических углеводородов, 61 (74,3%) – интоксикация гельминтами, у 45 (54,9%) был нарушен иммунитет, что способствовало развитию хронической бактериальной или вирусной инфекции.

Фото 0. Львов Сергей Иванович

При коррекции изменяли стереотип пищевого поведения. Кроме того, применяли: ИРТ, индивидуально подобранные электронные копии комплексных гомеопатических препаратов (детоксы, эндотоксы Роя Мартина), микроэлементы, витамины, сорбенты, лекарственные травы. К 3-9 месяцам коррекции на фоне снижения массы тела и объемов происходила нормализация работы эндокринной системы и внутренних органов, не выявляемая при химической провокации и лабораторных исследованиях. Клиника имеющихся сопутствующих заболеваний регрессировала почти у 80% пациентов.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Экзогенные токсины блокируют работу поджелудочной железы, печени, желчного пузыря, толстого кишечника, вызывают нарушения обмена гормонов эндокринной системы, ведут к снижению основного обмена и избыточному образованию жировой ткани. Это связано с относительным дефицитом активного трийодтиронина и избытком реверсивного. Восстановление гормонального баланса происходило на фоне коррекции приоритетных проблем к 3-9 месяцу, одновременно уменьшались объемы тела, процентное содержание жира, нормализовались липиды крови. В то же время сама жировая ткань является одним из наиболее удобных депо для токсических веществ, она гормонально активна и обладает эстрогенным действием, а это усугубляет механизм отложения жира.

ВЫВОДЫ

1. Хроническое воздействие экзотоксинов стимулирует выработку жировой ткани для их депонирования и детоксикации за счет снижения основного обмена, относительного увеличения образования реверсивного трийодтиронина.
2. Методы прикладной кинезиологии позволяют выявить индивидуальные факторы, влияющие на дисбаланс эндокринной системы и обменных процессов у пациентов, страдающих избыточной массой тела и ожирением, подобрать эффективную индивидуальную коррекцию выявленных нарушений.
3. Включение в методики коррекции веса методов детоксикации организма с помощью прикладной кинезиологии позволит улучшить непосредственные и отдаленные результаты.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В РАЗЛИЧНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ МЕДИЦИНЫ

ПЕДИАТРИЯ

КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ СИНДРОМА КОМПЕНСИРОВАННОЙ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ВЕНОЗНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ю.В. Шишмаков (фото 1)
Центр кинезиологии и восстановительной медицины, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Гипертензионно-гидроцефальный синдром у детей первых трех лет жизни можно наблюдать у 41-54% больных, обратившихся к детскому неврологу по поводу последствий перинатального поражения ЦНС [1]. Патогенетической основой гипертензионного синдрома является ограничение или блокада венозного и ликворного оттока из полости черепа [2]. При перинатальных поражениях ЦНС характерно преобладание встречаемости венозных дистоний над артериальными [3]. Легкая степень гипертензионно-гидроцефального синдрома встречается в половине всех случаев внутричерепной гипертензии и может рассматриваться как синдром компенсированной внутричерепной венозной гипертензии с наличием явлений венозного застоя, по данным реоэнцефалографии [4]. Наличие синдрома компенсированной внутричерепной венозной гипертензии требует не только адекватной фармакологической коррекции, но и выполнения мануальных манипуляций, направленных на устранение причины нарушения венозного оттока. Для этого необходимо установить патогенетический вариант формирования ограничения венозного оттока из полости черепа.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить основные патогенетические варианты синдрома компенсированной внутричерепной венозной гипертензии и частоту их встречаемости в возрасте до и после первого года жизни, а также разработать методику их диагностики и коррекции.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В группу исследования вошли 16 детей от 1 месяца до 3 лет с наличием клинических признаков синдрома компенсированной внутричерепной венозной гипертензии и имеющих признаки венозной дисциркуляции и затруднения венозного оттока, по данным реоэнцефалографии или транскраниальной допплерографии. Группа детей от 1 месяца до 1 года составила 6 пациентов, от 1 года до 3 лет – 10 пациентов. Основным клиническим проявлением внутричерепного венозного застоя является общемозговая симптоматика в виде частого или постоянного немотивированного плача, беспокойства или сонливости, срыгивания и других дисфункций пищеварительной системы, наличия участков цианоза кожных покровов, особенно в области носо-губного треугольника и переносицы [4]. В обеих группах детей отсутствовали признаки гидроцефалии, в то же время выявлялись симптомы мышечной дистонии со снижением тонуса в аксиальной мускулатуре и повышением тонуса в мышцах ног (чаще разгибатели) и мышцах рук (чаще сгибатели).

Фото 1. Шишмаков Юрий Владимирович

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинический и неврологический осмотры, визуальная диагностика, мануальное мышечное тестирование, кранио-сакральная диагностика. С целью провокации внутричерепной гипертензии использовался метод компрессии яремных вен с двух сторон с последующей оценкой рефлекса индикаторной мышцы на растяжение. В случае положительного теста яремной компрессии проводилась мануальная мобилизация регионарных венозных бассейнов на уровне синусов твердой мозговой оболочки, яремных отверстий, фасциальных влагалищ шеи, верхней апертуры грудной клетки и средостения. После диагностической мобилизации вновь проводился тест яремной компрессии. В случае сохранения положительного теста считалось, что данный сосудистый бассейн не испытывает экстравазальной компрессии. При отрицательном результате теста считалось, что данный сосудистый бассейн испытывает экстравазальную компрессию.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявлено наличие положительного теста яремной компрессии у всех 16 больных. Результаты диагностики уровня сосудистой компрессии приведены в таблице.

В результате исследования выявлено, что в общей группе затруднение венозного оттока обусловлено главным образом компрессией синусов твердой мозговой оболочки головного мозга (27,5%) и компрессией венозных сосудов средостения (30%). Однако у детей до года чаще компремируются синусы твердой мозговой оболочки (37,5%) и яремные вены на уровне выхода из черепа (31,25%). У детей от 1 года до 3 лет

чаще подвергаются внешней компрессии венозные сосуды средостения (42%) и синусы твердой мозговой оболочки (27,5%). Таким образом, с возрастом у детей уменьшается роль венозной компрессии на уровне черепа и увеличивается роль компрессии центральных вен на уровне входа в грудную клетку и средостения (фото 2,3).

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Торакальные дисгемии преобладают как в группе детей до 1 года жизни, так и в общей группе пациентов, что свидетельствует о высокой частоте экстракраниальных причин затруднения венозного и ликворного оттока из полости черепа и повышения внутричерепного давления. Преобладание торакальных дисгемий в общей группе и в группе детей от 1 года до 3 лет обусловлено наличием соматической дисфункции в области корня легких. Фасциальная дисфункция корня легких, как правило, обусловлена нарушением тонусно-силового баланса дыхательных мышц в результате односторонней компрессии диафрагмального нерва при перинатальной травме среднешейного отдела позвоночника либо нарушением градиента давления между грудной и брюшной полостью при компрессии блуждающего нерва в яремном отверстии, а также острой и хронической бронхо-легочной патологией. Возможно влияние перинатальной травмы грудной клетки.

Преобладание краниальных венозных дисгемий в группе детей до 1 года обусловлено перинатальной травмой черепа, приводящей к изменениям внутричерепной гемо- и ликвородинамики. Затруднение венозного оттока и реабсорбции ликвора обусловливается асимметричным натяжением твердой мозговой оболочки, физиологическими и нефизиологическими паттернами СБС и кинетическими дисфункциями костей черепа, а также компрессией швов черепа, сопровождающейся компрессией синусов твердой мозговой оболочки и внутренней яремной вены. Подобные нарушения требуют применения краниальной остеопатии с использованием мембранных техник и декомпрессии венозных синусов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Затруднение оттока венозной крови и ликвора из полости черепа может быть обусловлено не только компрессией внутричерепных вен, но также шейных и внутригрудных вен. В связи с чем в данной группе больных показаны как краниальная терапия, так и остеопатические манипуляции на шее и грудной клетке.

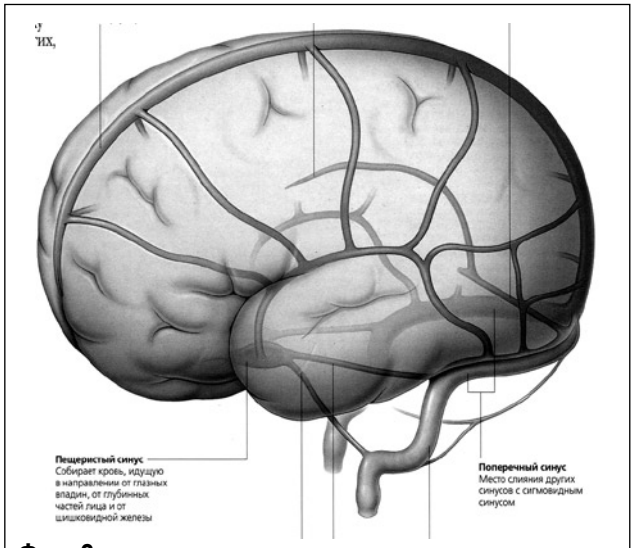


Фото 2.
Венозные синусы головного мозга

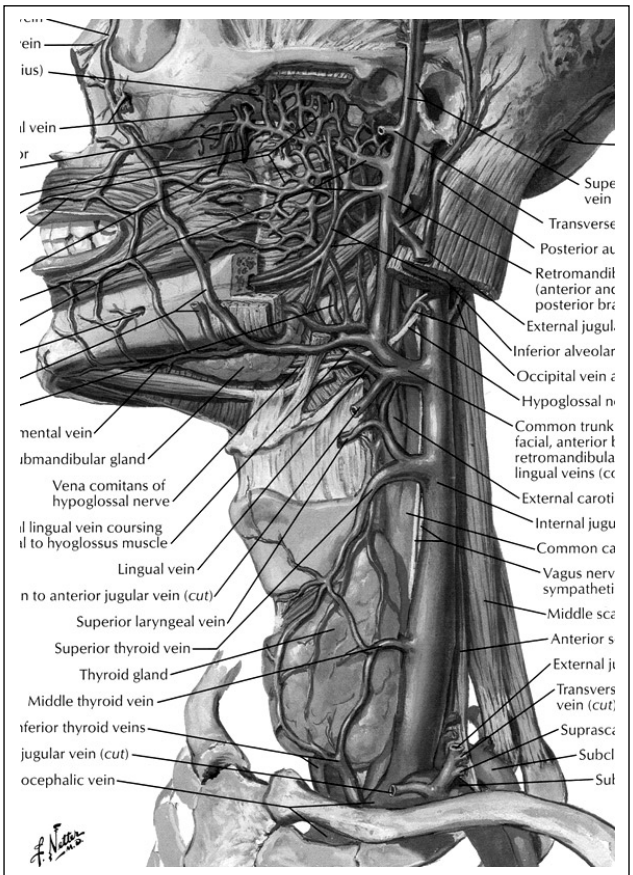


Фото 3.
Яремные вены

Таблица

Уровни компрессии	Группа до 1 года, n=6	Группа от 1 года до 3 лет, n=10	Все пациенты, n=16
Синусы твердой мозговой оболочки	6 (37,5%)	5 (21%)	11 (27,5%)
Яремные отверстия	5 (31,25%)	3 (12,3%)	8 (20%)
Фасциальные влагалища шеи	1 (6,25%)	2 (8,2%)	3 (7,5)
Верхняя апертура грудной клетки	2 (12,5%)	4 (16,5%)	6 (15%)
Средостение	2 (12,5%)	10 (42%)	12 (30%)

ВЫВОДЫ

1. Патогенетические варианты синдрома компенсированной внутричерепной венозной гипертензии у детей до 3 лет представлены экстравазальной компрессией венозных сосудов на уровне синусов твердой мозговой оболочки, яремных отверстий, позвоночника и фасциальных влагалищ шеи, верхней апертуры грудной клетки и средостения.
2. Затруднение венозного оттока обусловлено главным образом компрессией синусов твердой мозговой оболочки головного мозга (27,5%) и компрессией венозных сосудов средостения (30%).
3. У детей до 1 года жизни внутричерепная гипертензия обусловлена экстравазальной компрессией венозных коллекторов главным образом на уровне черепа (37,5%).
4. У детей от 1 года до 3 лет внутричерепная гипертензия обусловлена экстравазальной компрессией венозных коллекторов главным образом на уровне средостения (42%).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Егорова И.А. Гипертензионно-гидроцефальный синдром у детей первых трех месяцев жизни: Дисс... канд мед.наук. – СПб., 2003. – С. 5.
2. Хачатрян В.А. Итоги и перспективы изучения проблем гидроцефалии // Нейрохирургия и неврология детского возраста. – 2005. – № 5. – С. 3-21.
3. Долгих Г.Б. Цереброваскулярные дистонии у детей. – Казань: Медлитература, 2007. – 256 с.
4. Каплина С.П. Патогенетическое обоснование краниовертебральной терапии у детей с нейропатологическими синдромами: Дисс... канд. мед. наук. – Иркутск, 2000. – С. 53-56.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

Л.С. Семенова

Ижевская клиническая больница

АКТУАЛЬНОСТЬ

Лечебная физкультура всегда являлась одним из самых важных факторов реабилитации больных, восстановления здоровья. Однако все методики направлены на структурный компонент, т.е. на мышцы, суставы, позвоночник. Но в мышцах, сухожилиях представлен и энергетический компонент в виде наружного хода и сухожильно-мышечного частей того или иного канала меридианальной системы. Для более качественного восстановления здоровья очень важна реабилитация и канально-меридианальной системы. С этих позиций была разработана методика, заключающаяся в напряжении и растяжении мышц, связок, всех элементов соединительной ткани, находящихся в пределах наружного хода, сухожильно-мышечного частей определенного канала. А также визуализация и ощущение движения энергии по каналу.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить эффективность применения данной методики в реабилитации пациентов с проблемами опорно-двигательного аппарата.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пациенты детского и взрослого возраста, всех возрастных категорий.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Классический неврологический, ортопедо-травматологический осмотр, ЭМГ, динамометрия.

ЭТАПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1 этап. Проводится индивидуальный подбор упражнений, исходя из нарушений, выявленных у конкретного пациента. На данном этапе проводится определение приоритетного поражения элемента и энергетического канала при помощи классического мануального тестирования. Что можно осуществить 2 методами.

1. Терапевтическая локализация на сигнальные точки меридианов, даст снижение стресс рефлекса индикаторной мышцы, что говорит о дисбалансе в данном меридиане.
2. Терапевтическая локализация точек пульса на руках, снижение стреч-рефлекса индикаторной мышцы, говорит о дисбалансе в данном меридиане.

2 этап. Назначение пациенту упражнений, корригирующих данное поражение, в определенной последовательности, отражающей большой круг циркуляции энергии. Для каждого органа приводятся по два упражнения. Первое упражнение заключается в принятии определенной позы в сочетании с визуализацией. Второе – упражнение активизирует поток энергии Ци по данному меридиану.

Формирование осознанного дыхания через центр, который находится чуть ниже пупка и является центром, откуда берут начало многие позы и движения. Центр – в дзен – это «Хара» в тайдзи «Даньтянь» – котел, где накапливается Ци. Дыхание через центр, поднимая и опуская живот, снимает напряжение с диафрагмы и способствует восстановлению паттерна дыхания.

Визуализация соответствующего меридиана помогает развить в себе чувство данного органа и стихии. На Востоке

есть выражение: «Куда взгляд – туда и мысль, куда мысль – туда и энергия».

Во время выполнения упражнений улыбайтесь. Старайтесь наполнить себя светом и любовью ко всем своим органам, это ускоряет процесс гармонизации энергий.

Для примера приводятся упражнения для элемента дерево.

Упражнения для меридианов желчного пузыря и печени

Укрепление Ян-Дерева: поза желчного пузыря

Исходное положение (И.П.) лежа на спине, ноги согнуты в коленях и медленно опустить колени вправо. Правая рука на живот ниже пупка. Левая рука вытянута влево на уровне плеч ладонью вверх. Не отрывая плеч от пола, осторожно повернуть голову влево. Задержаться в этом положении 1-2 мин. Представьте ход меридиана полосой 2-3 см золотистого цвета (это универсальный цвет для визуализации). На выдохе удерживайте внимание на левом боку – по ходу меридиана. Верните колени и голову в центральное положение, повторить в другую сторону (рис. 1).

Рис. 1. Укрепление Ян-Дерева: поза желчного пузыря

Активизация меридиана желчного пузыря

И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, руки свободно опущены (рис. 2). Поднимите руки над головой, ладони внутрь.

На вдохе – наклон влево, руки остаются прямыми, таз не смещать в сторону (растягиваем боковую поверхность) (рис. 3).

На выдохе – выпрямитесь. Согнуть в локтях руки, кисти сжать в кулак, принять наклонное положение со слегка согнутыми коленями. На вдохе повторите упражнение в правую сторону (10 раз в каждую сторону) (рис. 4).

Рис. 2. Активизация меридиана желчного пузыря

Рис. 3. Активизация меридиана желчного пузыря

Рис. 4. Укрепление Инь-Дерева: поза печени

Укрепление Инь-Дерева: поза печени

Примите позу, указанную на фото. Представьте меридиан печени. С каждым выдохом усиливайте образ меридиана и оставайтесь в этой позе не менее 1 мин (рис. 5).

Активизация меридиана печени

И.П. – лежа на спине, ноги согнуты в коленях, стопы на полу, руки обхватывают лодыжки. Вдох – поднять бедра и таз как можно выше над полом. Выдох – опуститесь на пол, начните упражнение с 10 упражнений, выполняя упражнение в последний раз, таз поднимите как можно выше, напрягите мышцы ягодиц и живота. На выдохе – примите исходное положение, затем выпрямите ноги, закройте глаза и почувствуйте свое тело. Противопоказания – артериальная гипертония II-III ст., остеохондроз и нестабильность шейного позвоночника (рис. 6).

Аналогично упражнения разработаны для стихии огня, земли, металла и воды. Очень важно, чтобы упражнения выполнялись по правилу созидающих связей у-син.

Рис. 5. Укрепление Инь-Дерева: поза печени

Рис. 6. Активизация меридиана печени

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В группах, где пациенты занимались данной гимнастикой, процесс восстановления шел намного быстрее, а реабилитация была более полной. Пациенты имели повышенный положительный эмоциональный фон.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Физические упражнения, совмещенные с работой на канально-меридиональной системе, дают великолепные результаты в реабилитации больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата. При помощи мануального мышечного тестирования возможно разработать индивидуальную, наиболее эффективную реабилитацию больного, а также четко контролировать все нюансы реабилитации.

ВЫВОДЫ

1. Реабилитация больных с опорно-двигательным аппаратом не должна останавливаться только на структурных элементах, очень важна реабилитация канально-меридианальной системы.
2. Разработанная методика коррекции структурного

компонента совместно с канально-меридианальной системой показала высокую эффективность в реабилитации пациентов с проблемами опорно-двигательного аппарата.

3. Мануальное мышечное тестирование позволяет подобрать индивидуальный комплекс упражнений для каждого пациента и вести тонкий контроль на всех этапах реабилитации.

ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ

АРОМАТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ

Е.П. Сероштан (фото 1)
Научный центр восстановительной медицины и прикладной кинезиологии, Москва

РЕЗЮМЕ

В статье предложен новый подход к диагностике и лечению хронических болевых синдромов в зависимости не от нозологии, а от психоэмоциональной конституции человека и, соответственно, общего функционального состояния вегетативной нервной системы организма. Рассмотрен алгоритм диагностики и подходы к лечению в зависимости от дисбаланса генетически значимого (приоритетного) комплекса уязвимых структур (меридиан – орган – эмоция).

Фото 1. Сероштан Евгения Петровна

АКТУАЛЬНОСТЬ

После медикаментозного лечения болевого синдрома острота боли снижается, но хронический аспект часто остается, не поддаваясь дальнейшему лечению, и возникает тенденция к хронизации. Наиболее часто мишенью в условиях повышенной эмоциональной нагрузки организма является рефлекторно связанные между собой меридиан, орган, эмоция [2, 3]. Это вызвано тем, что возникновение многих болевых синдромов связано с эмоциональным стрессом. А его лечение требует особого подхода, так как это другой уровень нарушения. Ароматерапия – известный метод применения натуральных эфирных масел для профилактики и лечения различных заболеваний, в том числе и при эмоциональных нарушениях. Ароматерапия успешно сочетается со всеми известными немедикаментозными методами воздействия на организм человека (иглотерапия, мануальная терапия, массаж, физиолечение, ЛФК, психотерапия), а также с медикаментозной терапией и широко используется в дерматологии, косметологии, психиатрии. При правильном и грамотном выборе эфирных масел с помощью мышечного теста не наблюдается осложнений и побочных эффектов [5,7-10].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка эффективности ароматерапии в лечении хронических болевых синдромов в зависимости не от нозологии, а от психоэмоциональной конституции человека и, соответственно, общего функционального состояния вегетативной нервной системы организма [3,5,6].

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Визуальная диагностика.
2. Кардиоинтервалография.
3. Мышечное тестирование.
4. Кинезиологическая диагностика.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

120 пациентов с хроническими болевыми мышечными синдромами, имеющие хроническое течение, у которых стандартные методы лечения не оказывали эффекта. Одновременно исследование проводилось на 60 здоровых субъектах.

Общее функциональное состояние вегетативной нервной системы организма оценивалось методом кардиоинтервалографии.

Развитие патологического процесса, его течение и исход зависят не столько от повреждающего болезнетворного фактора, сколько от резистентности организма, состояния его систем адаптации. С их помощью осуществляются компенсаторно-приспособительные механизмы во взаимоотношениях между организмом человека и окружающей средой [1,11]. Известно, что уравновешенность взаимодействия симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы – главное условие поддержания гомеостаза, то есть поддержания нормального состояния регуляторных механизмов висцеральных функций и общего функционального состояния организма. В свете системного подхода вегетативная нервная система определяется как регулирующая, адаптивная, самообучающаяся система, проявляющая свойства гомеостатичности и регулируемости [1,11].

Проведен анализ динамики параметров кардиоинтервалографии до лечения и после ароматерапии. В результате проведенного лечения была проведена оценка активности регуляторных механизмов, а также соотношение между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной

нервной системы. Нормальное состояние эмоциональной сферы характеризуется адекватными эмоциональными колебаниями, возникающими на внешние и внутренние проявления механических, химических и энергетических процессов и проходящими после устранения раздражения.

Стрессовая ситуация опасна для жизни, но преодолеть ее организм в силах. В состоянии стресса запускается механизм активации симпатической нервной системы – повышается тонус мышц, происходит резкий выброс адреналина, учащаются дыхание и пульс. Все эти факторы направлены на преодоление стресса и защиту организма. В норме, чем выше интенсивность эмоциональных переживаний, тем значительнее нейрогуморальный ответ симпатической нервной системы.

Характерной особенностью метода являются его неспецифичность по отношению к нозологическим формам патологии и высокая чувствительность к самым разнообразным внутренним и внешним воздействиям. Прибор дает информацию о нейрогуморальной регуляции физиологических функций и адаптационных реакциях целостного организма. Учитывая, что изменения вегетативного баланса в виде активации симпатического звена рассматриваются как неспецифический компонент адаптационной реакции в ответ на различные стрессовые эмоциональные воздействия [1,11], поэтому одним из методов оценки таких реакций является вычисление показателя активности регуляторных систем. Он вычисляется в баллах по специальному алгоритму, учитывающему статистические показатели, показатели гистограммы и данные спектрального анализа кардиоинтервалов. Показатель активности регуляторных систем позволяет дифференцировать различные степени напряжения регуляторных систем и оценивать адаптационные возможности организма в состоянии эмоционального напряжения. Эти значения выражаются в баллах от 1 до 10.

На основании анализа значений могут быть диагностированы следующие функциональные состояния:

1. Состояние оптимального (рабочего) напряжения регуляторных систем, необходимое для поддержания активного равновесия организма со средой (норма=1-2).
2. Состояние умеренного напряжения регуляторных систем, когда для адаптации к условиям окружающей среды организму требуются дополнительные функциональные резервы. Такие состояния возникают в процессе адаптации к трудовой деятельности, при эмоциональном стрессе или при воздействии неблагоприятных экологических факторов (=3-4).
3. Состояние выраженного напряжения регуляторных систем, которое связано с активной мобилизацией защитных механизмов, в том числе повышением активности симпатико-адреналовой системы и системы гипофиз-надпочечники (=4-6).
4. Состояние перенапряжения регуляторных систем, для которого характерна недостаточность защитно-

Название аромата	Успокаивает	Тонизирует	Гармонизирует
Цитрусовые		+	
Базилик		+	
Вербена	+		
Герань			+
Жасмин			+
Кедр			+
Ладан			+
Сосна		+	
Валериана	+		
Мята	+		
Сандал		+	
Шалфей	+		
Корица	+		
Укроп	+		
Роза			+
Мелисса	+		
Дудник		+	
Розмарин		+	
Бергамот			+
Мимоза			+
Кориандр			+
Мускат		+	
Ромашка	+		
Эвкалипт		+	

приспособительных механизмов, их неспособность обеспечить адекватную реакцию организма на воздействие факторов окружающей среды. Здесь избыточная активация регуляторных систем уже не подкрепляется соответствующими функциональными резервами (=6-8).

Акупунктурная стимуляция ароматическими маслами активирует как нервные окончания, так и другие клетки, находящиеся в акупунктурных точках посредством хеморецепторов [8,10].

Лечение проводилось по корпоральным и аурикулярным акупунктурным точкам [4,8,10].

Какой именно запах будет устранять диагностированное эмоциональное нарушение, определялось индивидуально методом мышечного теста и с учетом теории пяти элементов [9,10]. Использовался набор некоторых эфирных масел [7]. Ниже приводится перечень и свойства некоторых запахов, применяемых при лечении хронических болевых синдромов (фото 2).

Подобранное эфирное масло необходимо наносить на

Фото 2.
Мануальное мышечное тестирование

патогенетически значимые точки меридианов, связанных с эмоциональным нарушением, или на лобные бугры плавными круговыми движениями, втирая масло в эти точки до исчезновения болезненности и до ощущения одинаковой ритмичной пульсации в симметричных точках [10]. При накожном применении ароматического масла воздействие происходит за счет проникновения эфирного масла в кровь, в лимфу и, как следствие – оказывает общее действие, но также сохраняется влияние и на обоняние [6]. Рекомендуется вдыхать аромат в то время, когда пациент повторно переживает стрессовую ситуацию. Ингаляционный путь – основной для влияния на психическое состояние [6]. Он связан с активизацией обонятельного анализатора при вдыхании паров эфирных масел. Действие на обоняние влияет в первую очередь на эмоциональное состояние и служит одним из основных механизмов регуляции нервно-психической сферы. Психологический аспект действия ароматерапии осуществляется за счет активации структур обонятельного мозга – гиппокампа, гипоталамуса, гипофиза, лимбической системы и миндалевидного ядра и других структур, выражаясь в воздействии на уровень бессознательного, где происходят неосознаваемые процессы. Импульсы, приходящие в лимбическую систему и центр обоняния, влияют на соседние нервные структуры, ответственные за эмоциональное состояние. Запах всегда имеет эмоциональную окраску, в чем прослеживается активность лимбической системы. Лимбическая система действует совместно с ретикулярной формацией и оказывает влияние на кору головного мозга. Психологическое действие ароматерапии на кору головного мозга выражается в регуляции сознательного уровня – работоспособности, мозговой активности, мотивационного аспекта поведения [6,7]. Память на запах формируется в ситуациях, имеющих выраженную эмоциональную окраску, причем не имеет значение положительные или негативные это эмоции, имеет значение сила эмоций. Таким образом, у каждого человека есть свой запах любви, страха, гнева, тревоги, печали, что соответствует психоэмоциональным конституциям [2,3,5,10].

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Повторная диагностика кардиоинтервалографии после лечения показала состояние оптимального (рабочего) напряжения регуляторных систем, что необходимо для поддержания активного равновесия организма со средой, т.е. норму. Интенсивность боли после воздействия аромамасла уменьшается на 80-100%.

ВЫВОДЫ

1. Применение ароматических масел методом подбора с помощью мышечного тестирования по биологически активным точкам, находящимся на меридианах или на внемеридианных точках, является более быстрым и результативным методом воздействия на организм при стрессовых, эмоциональных перегрузках, при хронических болевых синдромах.
2. Визуальная диагностика, подтвержденная данными кардиоинтервалографии, оценивает как тонусно-силовую реакцию скелетных мышц на постуральную нагрузку, независимо от нозологии, так и общее функциональное состояние вегетативной нервной системы организма, что является объективным критерием выраженности патологии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Васильева Л.Ф. «Место прикладной кинезиологии в медицинской практике: анализ и синтез» // Материалы конгресса по мануальной терапии. Москва, октябрь, 2006.
2. Васильева Л.Ф., Пожидаев И.А., Сероштан Е.П. «Диагностика и методика лечения психосоматических эмоциональных нарушений по приоритетной эмоции» // Традиционная медицина, 2006. – № 1 (8).
3. Васильева Л.Ф., Сероштан Е.П. «Психоэмоциональные конституции, акупунктура и психосоматика» // Прикладная кинезиология, 2007. – № 8-9. – С. 66.
4. Начатой В.Г. «Традиционная китайская медицина. Дифференциальная диагностика внутренних болезней». Моно-

графия. Изд-во «Ли Вест», Новосибирск, 2003. – 392 с.
5. Пак Чже Ву. «Лекции по Су Джок акупунктуре». – АОЗТ «Су Джок Академия», 1994. – 336 с.
6. Саков И.В. «Аромапсихология. Практическое пособие». Изд-во «Феникс», Ростов-на-Дону. 2006. – 160 с.
7. Полукарова Е.А. «Применение эфирных масел в медицинской практике». Методические рекомендации. Новокузнецк, 2003. – 42 с.
8. Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии. – М.: Медицина, 1982. – 560 с.
9. Уолтер Д.С. «Прикладная кинезиология» // Т. 1. «Основные процедуры и мышечное тестирование». // Т. 2. «Меридианный дисбаланс его роль в формировании болевых мышечных синдромов». – Pueblo, Co., Systems D.C., 1981.
10. Хмелевская Л. «Тайнопись ароматов». – Новосибирск. Изд-во «Астейя», 1999 – 138 с.
11. Шмидт И.Р. «Полисистемные неспецифические синдромы в клиническом полиморфизме заболеваний нервной системы: факты и концепции» // «Полисистемные неспецифические синдромы в клиническом полиморфизме заболеваний нервной системы и их коррекция», 2005. – № 1(6).

ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ДИСБАЛАНС И ЕГО РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ

П.Г. Пак (фото 0)
Научный центр восстановительной медицины и прикладной кинезиологии, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последнее время возрастает число энергоинформационных нарушений. В условиях большого города и высокой плотности населения, интенсивного ритма жизни и большого обмена информацией между человеком и окружающей средой организм не справляется с полученной информацией, вследствие этого формируется дисбаланс в канально-меридианальной системе (КМС). Изменения в КМС вызывают нарушения ритма со стороны тканей и органов, а также общей сопротивляемости организма к внешней среде, дезорганизацию со стороны ЦНС. Длительные нарушения со стороны КМС приводят к психосоматическим заболеваниям или формированию неврозоподобных синдромов, а также к формированию синдрома хронической усталости.

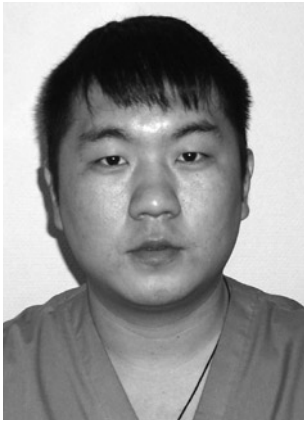


Фото 0.
Пак Павел Гаврилович

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить влияние дисбаланса со стороны КМС на формирование синдрома хронической усталости. Определить значимость иглорефлексотерапии в лечении синдрома хронической усталости.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Были исследованы 2 группы пациентов по 10 человек в возрасте 20-50 лет. В ходе обследования всем пациентам клинически выставлен диагноз: с-м хронической усталости. Во 2-й группе дополнительно, наряду с общей терапией (массаж, мануальная терапия, лекарственная терапия), пациентам проводилась акупунктура с применением мануального мышечного тестирования.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Опрос.
2. Неврологическое исследование.
3. Восточная диагностика по языку (фото 1).
4. Классическая акупунктурная диагностика.
5. Мануальное мышечное тестирование.

ЭТАПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1 этап. Опрос. Больные часто предъявляют жалобы на повышенную утомляемость, вялость апатию, недостаток энергии, бессонницу, беспокойство, беспричинные страхи, снижение трудоспособности, повышенную заболеваемость ОРВИ.

2 этап. Неврологическое обследование.

3 этап. На данном этапе обследования проводилась диагностика по языку (рис. 1).

4 этап. Классическая акупунктурная диагностика, основывалась на пульсовой диагностике. Места исследования основных меридианов расположены в трех позициях на лучевых артериях. В каждой позиции исследование пульса проводилось в двух положениях – поверхностном (полые органы) и глубоком (плотные органы). Таким образом определяется состояние 12 парных меридианов. Поверхностным

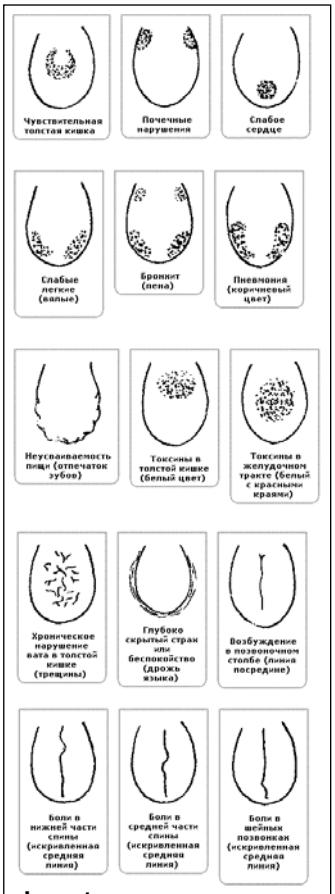


Фото 1.
Диагностика по языку

осмотром хода СММ каналов. Пальпация определенных БАТ мо-пунктов, шу-пунктов.

5 этап. Мануальное мышечное тестирование точек пульса, мо-пунктов (фото 2).

1. Подготовка индикаторной мышцы к тестированию.
2. При тестировании точек пульса в пораженных меридианах стреч-рефлекс индикаторной мышцы снижался.
3. При мануальном мышечном тестировании мо-пунктов, при наличии функциональных нарушений в меридиане, стреч-рефлекс индикаторной мышцы снижался.

Фото 2.
Мануальное мышечное тестирование

Мануальным мышечным тестированием проводилась также проверка приоритетности поражения – структурного, химического, эмоционального, энергетического. На основании этого строился алгоритм лечения. При помощи мануального мышечного тестирования определялся метод воздействия (тонизирующий, седирующий), время экспозиции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У всех пациентов определялся дисбаланс в КМС: V (мочевого пузыря), E (желудка), MC (перикард), TR (тройной обогреватель). У пациентов, имеющих данные проявления больше года, поражение также определялись в каналах: IG (тонкий кишечник), VB (желчный пузырь). По мо-пунктам поражение выявлялось в точках VC12, P1, VC3, E25, VC17. Состояние КМС проверялось повторным мануально мышечным тестированием в конце лечения в обеих группах. В первой группе дисбаланс определялся у 7 пациентов, во второй группе дисбаланс в КМС сохранялся у 2 исследуемых.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

КМС является тем самым звеном, которое первое поражается в условиях больших информационных потоков современного мира. Нарушение энергетического баланса в организме приводит сначала к снижению адаптационных возможностей организма, проявляясь в виде синдрома хронической усталости, а в дальнейшем – заболеванием. Наиболее часто поражаются каналы V (мочевого пузыря), E (желудка), MC (перикарда), TR (тройного обогревателя). У пациентов, имеющих данные проявления больше года, поражение также определялось в каналах: IG (тонкий кишечника), VB (желчный пузырь).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявлено, что КМС является одной из самых важных составляющих организма, которая повреждается в первую очередь в условиях большой информационной нагрузки на организм. Коррекция КМС должна быть обязательным компонентом в лечении пациентов, это обусловлено особенностями нашего времени высоких технологий.

ВЫВОДЫ

1. Синдром хронической усталости является прежде всего нарушением баланса в КМС, что проявляется в снижении адаптационных резервов организма.
2. Коррекция КМС позволяет устранить энергетический дисбаланс в организме, делая реабилитацию наиболее полной и быстрой.
3. Применение мануального мышечного тестирования позволяет более эффективно применять методы иглотерапии.

ПСИХОЛОГИЯ

РОЛЬ ЦВЕТОВОЙ СТИМУЛЯЦИИ КАК ФАКТОРА, УЧАСТВУЮЩЕГО В ФОРМИРОВАНИИ СИНДРОМА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ

Т.В. Гололобов (фото 1)
Научный центр прикладной кинезиологии и восстановительной медицины, Москва,
7 Центральная поликлиника РВСН МО РФ

Человеческий организм – это единое самоорганизующееся целое, в котором душевное и телесное не просто неразрывно связаны друг с другом, но представляют собой две дополняющие одна другую стороны единого жизненного процесса. В свою очередь, человек является также объектом влияния внешней среды, в ответ на которое развиваются различные ответные адаптивные реакции одновременно в гуморально-гормональной, канально-меридианальной системах, мышечно-связочной соединительнотканной системе и психоэмоциональной сфере. Свет как фактор внешней среды сопутствует человеку в течение всей его жизни, является важнейшим фактором эволюционного процесса.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Повреждение врожденных механизмов адаптации, саморегуляции и самооздоровления приводит к несоответствию энергетических возможностей организма для адекватной реакции на воздействующие факторы внешней и внутренней среды, нарушению адекватного восприятия и переработки информации. Это приводит к формированию различных дисфункций в системах взаимодействия между вегетативной нервной системой, центральной нервной системой, эндокринно-гуморальной системой и канально-меридиональной энергетической системой. Складываются патологические рефлекторные взаимосвязи, и организм воспроизводит неадекватный, плохо прогнозируемый ответ на обычный, даже самый простейший раздражитель. В результате формируется синдром психоэмоциональной дезадаптации (В.Л. Крашенильников) или психологической реверсии (К. Смит, Д. Даймонд). Основным пространством, на котором разворачиваются все вышеперечисленные драматические события, является комплекс функциональных связей между лимбической системой, надсегментарными структурами вегетативной нервной системы, корой головного мозга и эффекторными отделами подкорковых ядер, отвечающих за регуляцию мышечного тонуса.

Несомненно, важнейшая роль в этих процессах принадлежит вегетативной нервной системе с ее механизмами управления жизненно важных функций организма через симпатический и парасимпатический отделы. Экспериментальными исследованиями были выявлены определенные закономерности влияния цвета на тонус вегетативной нервной системы, а также то, что изменение тонуса самой вегетативной нервной системы оказывает влияние на цветовое зрение (Кравков С.В., 1951).

Восприятие красно-желтой части спектра вызывает активацию симпатической нервной системы и тормозит парасимпатическую нервную систему. Синий и зеленый оказывают депрессирующее действие на симпатическую нервную систему и активирующее на парасимпатическую ее часть. Чувствительность глаза к красно-желтой и сине-зеленой частям спектра носит характер обратной зависимости, напоминая реципрокный характер взаимоотношений симпатической и парасимпатической нервной системы. В свою очередь, активация симпатической нервной системы приводит к повышению чувствительности к синему и зеленому цветам, а активация парасимпатической нервной системы – красному и желтому, что в результате приводит к восстановлению баланса, так как желтый с красным стимулируют симпатическую нервную систему, а синий с зеленым – парасимпатическую.

Подобный характер взаимосвязей цветового восприятия с деятельностью вегетативной нервной системы позволяет сделать вывод об объективной нужде последней в цветовых раздражителях для своей саморегуляции. Организм, находящийся в состоянии «борьбы» или «бегства», нуждается в большей степени в цветах сине-зеленой гаммы, чем красно-желтой. В то же время состояния покоя и восстановления приводят к увеличению потребности в «активных» цветах и снижению в «пассивных». Тем самым поддерживается равновесие двух отделов.

Фото 1. Гололобов Тимур Владимирович

При доминировании парасимпатической нервной системы дальнейшее увеличение ее активации, которой способствует синий и зеленый, может привести к дистрессу, нарушению гомеостаза, и поэтому чувствительность глаза к этим цветам снижается, они как бы не замечаются. Усиление же чувствительности к красному и зеленому оказывает на парасимпатическую нервную систему тормозящее действие и способствует восстановлению баланса.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучалась роль цветовой стимуляции в структуре синдрома психоэмоциональной дезадаптации у пациентов с наличием болевого синдрома в различных отделах позвоночника.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пациенты 20 человек (12 женщин, 8 мужчин), возрастной группы от 20 до 55 лет, обратившиеся на прием с жалобами на болевые синдромы различной локализации, чаще подострого течения, с частотой обострений более двух раз в год и стажем болевого синдрома более года. Кроме болевого синдрома, присутствовали жалобы на нарушение работы внутренних органов: неустойчивый стул, вздутие живота, изжога, отрыжка, периодическая тяжесть в животе. Пациенты также жаловались на повышенную утомляемость или в течение всего дня, или чаще во второй половине дня, отсутствовало чувство отдыха после ночного сна, нестабильное АД, эмоциональную лабильность (интересно, что в 3-х случаях: двое мужчин, одна женщина, пациенты охарактеризовали себя как эмоционально устойчивыми и категорически отрицали возможность своего эмоционального реагирования в принципе). У большинства присутствовали жалобы на головные боли различной интенсивности. У 100% тестировалась патологическая активность примитивных рефлексов. Основным критерием отбора в группу было наличие синдрома психоэмоциональной дезадаптации: в качестве провокации использовался стандартный набор произносимых фраз: «я действительно хочу быть здоров», «я действительно могу быть здоров», «я действительно имею право быть здоров», «я действительно достоин быть здоров», «я существую», «я и мое тело – единое целое», «я люблю себя и принимаю себя таким, какой я есть», «я хочу жить», дополнительно проверочные контрпровокации: «я хочу болеть», «я хочу умереть».

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Визуальная диагностика стато-динамических нарушений опорно-двигательного аппарата.
2. Для определения наличия синдрома вегетативной дистонии использовалась ортостатическая проба с

измерением изменений АД, пульса.

3. Исследование стрейч-рефлекса – мануальное мышечное тестирование с использованием различных провокаций.
4. Исследование особенностей психологических качеств пациентов с хроническими болевыми синдромами: по уровню личностной тревожности «Теста определения личностной тревожности» по Тейлору, для выяснения стратегии поведения пациентов в стрессовой ситуации использовался тест Томаса «Способы поведения в конфликтных ситуациях», для оценки эмоционального профиля был применен «Проективный рисуночный тест». Разработан Ransford, Fros 1976, модифицирован к.п.н. Большаковой М.Б. 1995.

ЭТАПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1 этап. Исследование жалоб, пациентов, визуальная диагностика, исследование наличия вегетативного дисбаланса путем измереняе АД, пульса с ортостатической провокацией.

2 этап. Проводилось исследование особенностей психологических качеств пациентов с болевыми синдромами методами тестовых вопросов с последующей обработкой с помощью ключа и исследование проективного рисунка пациента.

3 этап. Определялась индикаторная мышца, после чего проводилась калибровка наличия вербального контакта с пациентом. На утверждение пациентом «ДА» ИМ оставалась сильной, на «НЕТ» индикаторная мышца ослабевала. В некоторых случаях вербальная провокация «ДА-НЕТ» сама являлась предметом проявления психоэмоциональной дезадаптации и требовала своей коррекции в первую очередь (фото 2).

Фото 2. Мануальное мышечное тестирование

4 этап. Проводится вербальная провокация из серии утверждений и взаимоисключающих контрутверждений, после каждого проводится мануальное мышечное тестирование, в случае ослабления индикаторной мышцы выясняется наличие приоритета через височное постукивание и повторное тестирование.

5 этап. Подбор коррегирующих влияний, устраняющих функциональную слабость ИМ после провокации и сохраняющих тонус после височного постукивания.

6 этап. Проведение непосредственно коррекции и контрольное повторное тестирование (фото 3).

Фото 3. Компьютерная цветотерапия

Все тесты и провокации проводились в присутствии терапевтической локализации рукой пациента на точке Крашенильникова В.Л. (точка устранения компенсаторных реакций) в области левой височной кости.

В качестве корригирующих влияний чаще всего были использованы:

- коррекция дисбаланса энергетической системы через методы рефлексотерапии: иглоукалывание, прогревание точек, цветотерапия на точки;
- восстановление эндоритма краниальной системы, чаще это были нормализация тонуса мембран реципрокного натяжения черепа и декомпрессии швов между костями черепа;
- офтальмоцветотерапия с помощью аппарата «АПЭК-1», состоящего из управляющего блока и набора очков, с возможностью подачи на сетчатку глаза световых потоков различной длины волны и соответственно цвета.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Все участники исследования имели различные нарушения статического и динамического стереотипов, что свидетельствует о наличии патологической активности различных висцеро-моторных, вертебро-моторных рефлексов, примитивных вегетативных рефлексов.
2. Все участники исследования имели в наличии признаки психоэмоциональной дезадаптации (психологической реверсии).
3. Все участники исследования среди особенностей психологических качеств имели средние или высокие показатели уровня тревожности, неконструктивные модели поведения в конфликтной ситуации, достаточно интенсивную выраженность эмоционального окрашивания своих телесных ощущений.
4. Для преодоления состояния психоэмоциональной дезадаптации примерно в 30% случаев (7 человек) понадобилось применение воздействия цветовым потоком на сетчатку глаза, из них 10% (2 человека) офтальмоцветотерапия потребовалась в качестве первоначального воздействия, у 50% (10 человек) потребовалось в дальнейшем лечении применение более одного цвета. У 10% (2 человека) потребовалось воздействие цветовым потоком на точки акупунктуры.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Цвет – это направленный поток фотонов определенной частоты. Фотон как физический объект имеет как свойства частицы, так и волны, каждый из нас представляет собой не только плотную конструкцию, собранную из атомов и молекул, но является согласованно вибрирующим организованным фотонным (цветовым) целым.

Световое влияние может оказаться системным, мощным и глубоким фактором воздействия на состояние человека в том случае, если оно соответствует конкретной задаче восстановления нормальной регуляции организма.

Как состав атомов отдельных элементов определяет

характер химических свойств различных веществ, так и физические характеристики цветового волнового потока определяют характер влияния этого цвета на живой организм. Сами по себе фотонные потоки представляют собой организованное волновое целое. Цветовой поток воздействует на сетчатку глаза, далее изменяется состояние головного мозга – главного управляющего центра всего организма. После этого направленные изменения естественным образом распространяются по всему организму, трансформируя динамическую структуру информационно-энергетического метаболизма четко установленным образом. Исправление регуляторных процессов приводит к восстановлению не только функциональной активности клеток и тканей, но и к исправлению связанных с ними анатомических структур.

Цветотерапия – воздействие цветовых (фотонных) потоков на регулирующие системы организма, главным образом нервную систему и связанные с нею системы канально-меридианную и эндокринно-гуморальную.

ВЫВОДЫ

В основе формирования нарушения функциональных связей между отдельными нейронами, группами нейронов, объединениями различных нейрональных систем лежат различные варианты кризиса в энергетическом обеспечении и тоническом активирующем регулирующем стимулировании различных модальностей. Цветовое влияние – неотъемлемая часть процесса поддержания адекватного существования этих связей, и может быть с успехом применено в купировании состояния психоэмоциональной дезадаптации.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Васильева Л.Ф., Зотов И.Д., Крашенильников В.Л. Мануальная терапия с основами прикладной кинезиологии в педиатрии. – Москва, 2006.
2. Шмидт И.Р. Основы прикладной кинезиологии, лекция Ж. «Прикладная кинезиология». – № 1, 2002.
3. Базыма Б.А. Психология цвета: теория и практика. – СПб: Речь, 2007.
4. Сельченок К.В. Новое цветолечение. – Минск: «Харвест».
5. Кравков С.В. Цветовое зрение. – М., 1951.
6. Готовский Ю.В., Перов Ю.Ф. Особенности биологического действия физических и химических факторов малых и сверхмалых интенсивностей и доз. – ИМЕДИС, 2003.
7. Зверев В.А. Мамедов Ю.Э. Алимова С.Ф. Биорезонансная офтальмоцветотерапия. Профилактика и лечение психосоматических заболеваний с помощью аппаратов «АПЭК». – ВНПО «Световид», 2006.
8. Сборник статей под редакцией д.м.н. проф. Гойденко «Визуальная цветостимуляция в рефлексологии, неврологии, терапии и офтальмологии». – Москва, 2000.

СИНДРОМ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Горюнов Н.А.

Научный центр восстановительной медицины и прикладной кинезиологии г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Синдром позвоночной артерии является актуальным вопросом нашего времени. Применяемые для диагностики методы доплерографии имеют высокую погрешность, а рентгенография с контрастированием сложна и имеет ряд противопоказаний. Классическое неврологическое и мануальное лечение не всегда приводит к положительному результату, т.к. имеет симптоматический характер. Назначение НПВП и сосудистая терапия временно понижают сосудистый тонус, а миорелаксанты действуют не достаточно избирательно. Мануальная терапия, не учитывая роль гипотоничных мышц, ликвидирует функциональные блоки, являющиеся компенсацией имеющегося мышечного дисбаланса и также приносит временное облегчение. Использование прикладной кинезиологии позволяет определить первопричину возникновения синдрома. Правильная оценка роли механического, химического и эмоционального компонентов во многих случаях позволяет добиться стойкого положительного результата.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение роли эмоционального дисбаланса в возникновении синдрома позвоночной артерии.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

23 пациента в возрасте от 20 до 55 лет с синдромом позвоночной артерии.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Классическое неврологическое обследование, доплерография сосудов головного мозга и шеи, реоэнцефалография, рентгенография шейного отдела позвоночника с функциональными пробами, кинезиологическая диагностика.

Фото 0. Горюнов Николай Аркадиевич

ЭТАПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1 ЭТАП. При визуальной диагностике определяется смещение общего центра тяжести вперед, гиперлордоз грудопоясничного перехода, сглаженность шейного лордоза с гиперлордозом сегментов С0-С3. Патогенетически значимый регион (открыт в сторону остановленного падения) – грудопоясничный переход.

2 ЭТАП. Мануальное мышечное тестирование выявило гипотонию коротких флексоров головы и рефлекторное укорочение коротких экстензоров (фото 1).

3 ЭТАП. При висцеральной диагностике обнаружен спазм грудо-брюшной диафрагмы. При вертебральной диагностике обнаружены функциональные блоки краниоцервикального перехода (фото 2), верхнешейного отдела позвоночника и торако-люмбального перехода. При краниальной диагностике отмечено нарушение краниального ритма (фото 3).

4 ЭТАП. ТЛ на грудо-брюшной диафрагме и лобных буграх вызывает восстановление активности рефлекса на растяжение коротких флексоров головы.

5 ЭТАП. Помещение на тело пациента эссенций Баха, аромомасел, ТЛ точек эмоций на лице также вызывает восстановление активности рефлекса на растяжение коротких флексоров головы.

Фото 1. Тестирование коротких флексоров шеи

Фото 2. Исследование краниального ритма

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При помощи метода кинезиологической диагностики установлена функциональная взаимосвязь между возникновением синдрома позвоночной артерии, гипотонусом коротких флексоров шеи, нарушением тонуса грудобрюшной диафрагмы и психоэмоциональными проблемами пациента. Подтверждена патогенетическая обоснованность применения коррекции эмоциональной составляющей при помощи ароматерапии, эссенций Баха, рефлексотерапии по Дж. Даймонду, психотерапии, висцеральной мануальной терапии на грудобрюшной диафрагме при синдроме позвоночной артерии.

ВЫВОДЫ

Применение методов прикладной кинезиологии позволяет отдифференцировать синдром позвоночной артерии органического и функционального генеза. При помощи мышечного тестирования возможно точное определение нарушенной составляющей здоровья (в данном случае – эмоциональной), что позволяет подобрать адекватную терапию и добиться стойкого результата, избежав возможных осложнений!

Фото 3. Коррекция ФБ С0-С1

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ ЖЕНСКОГО ОЖИРЕНИЯ

С.И. Львов (фото 0)
Научный центр прикладной кинезиологии и восстановительной медицины, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Известно, что ожирение чаще встречается у женщин [1,3]. Одни авторы связывают это с более низкой скоростью метаболизма у женщин, принимают во внимание различия в составе тела и уровне активности [5]. Другие причиной ожирения считают гормональные изменения, что сопровождается нарушениями менструального цикла, бесплодием, высокой частотой гинекологических заболеваний [2,6,9,7]. Но способы выявления гормонального дисбаланса длительны по времени и достаточно сложны [2]. Прикладная кинезиология, располагая информативными методами диагностики, может выявить индивидуальные особенности ожирения у женщин, индивидуально проводить коррекцию нарушенного гомеостаза и улучшить результаты лечения [11,12].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить особенности нарушений гормонального гомеостаза у женщин репродуктивного возраста с ожирением.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 75 женщин с ожирением в возрасте от 18 до 45 лет. Средний возраст обследуемых женщин составил 32±7,2 года, ИМТ – 39,2+6,8 кг/м^2. Всем проводилось клиническое обследование с оценкой антропометрических показателей: рост, вес, объем талии (ОТ), объем бедер (ОБ). Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался по формуле ВОЗ (1997). Объемы тела оценивались биоимпендансным методом на анализаторе композиционного состава организма TANITA BC-532 (Япония) (содержание воды в организме, массы костной ткани, уровень базального метаболизма, процентное содержание внутреннего жира, мышечной массы, вес и процентное содержание жира). Всем проводились анализы крови (гормональный спектр, функция печени и липидный обмен), УЗИ, исследование внутренних и эндокринных органов. Все обследовались методами при-

Фото 0. Львов Сергей Иванович

кладной кинезиологии: мануальное мышечное тестирование, терапевтическая локализация с использованием магнита, химическая провокация с использованием нозодов (набора «Детокс» и «Эндокринный» фирмы «Metabolics», Англия).

ЭТАПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1 этап – определение паттерна поражения внутренних органов и эндокринной системы. Мануальное мышечное тестирование, определение слабых или гипертоничных мышц, ассоциированных с внутренними органами, эндокринной и иммунной системами. При отсутствии мышечного дисбаланса проводили специфическую провокацию гормонами: половыми, тиреоидными или надпочечников (нозоды из эндокринологического набора, экстракты желез или лекарственные препараты гормонов) для получения мышечного дисбаланса (фото 4).

Фото 4. Определение паттерна поражения внутренних органов и эндокринной системы

2 этап – определение патогенетически значимого органа, определяющего выявленный паттерн поражения внутренних органов, эндокринной и иммунной систем.

Терапевтическая локализация магнитом на приоритетном органе приводит к устранению мышечного дисбаланса. Результат подтверждается височным постукиванием (фото 5).

Фото 5. Определение патогенетически значимого органа, определяющего выявленный паттерн поражения внутренних органов, эндокринной и иммунной систем

Заключение. Орган, терапевтическая локализация магнитом на котором приводит к устранению мышечного дисбаланса, а височное постукивание при этом не ведет к изменению мышечного тонуса, определяет в данный момент весь паттерн нарушений в организме, и необходимо выяснить, почему это произошло.

3 этап – поиск приоритетной причины дисфункции патогенетически значимого органа.

Для этого проводится провокация нозодом приоритетного токсина при сохранении терапевтической локализация магнитом на приоритетном органе, приводит к восстановлению мышечного дисбаланса, а при устранении магнита с приоритетного органа и сохранении провокации найденным токсином – к устранению мышечного дисбаланса. Результат подтверждается височным постукиванием (фото 6).

Фото 6. Поиск приоритетной причины дисфункции патогенетически значимого органа

Заключение. Нозод токсина, который привел к восстановлению мышечного дисбаланса, при сохранении терапевтической локализация магнитом на пораженном приоритетном органе, а при устранении магнита с приоритетного органа и сохранении провокации этим токсином приводит к устранению мышечного дисбаланса, определяет в данный момент весь паттерн нарушений в организме. Необходимо подобрать коррекцию, направленную на устранение этого токсина.

4 этап – выяснение участия и значимости для организма подкожного жира в выявленном патологическом процессе.

Механическая провокация пальцами руки пациента подкожно-жировой складки приводит к слабости индикаторной мышцы, при этом терапевтическая локализация магнитом на ранее выявленном приоритетном органе и отдельно провокация найденным токсином приводят к восстановлению тонуса индикаторной мышцы (фото 7).

Заключение. Если при стимуляции складки подкожного жира пальцами пациентки возникает слабость индикаторной мышцы, значит, подкожный жир представляет для организма проблему. Это подтверждает и то, что терапевтическая локализация магнитом на ранее выявленном приоритетном органе и отдельно провокация найденным токсином приводят к восстановлению тонуса индикаторной мышцы.

Фото 7. Выяснение участия и значимости для организма подкожного жира в выявленном патологическом процессе

5 этап – провокация нозодами гормонов: тиреоидные, половые, надпочечников с учетом схемы метаболизма гормонов.

Заключение. Если при провокации каким-то гормоном у пациентки возникает слабость или гипертонус индикаторной мышцы, значит, этот гормон в избытке.

6 этап – сохраняем провокацию избыточным гормоном и одновременно проводим контрпровокацию другим по цепи конвертации нозодом гормона. **Если это приводит к усилению ИМ и других ранее гипотоничных мышц, значит, этого гормона не хватает для поддержания гомеостаза (уровень блокады метаболизма).** Далее подбираем терапию, восстанавливающую его синтез.

7 этап – подбор терапии (гомеопатия, сорбенты, нутриенты, травы) (фото 8).

Фото 8. Подбор терапии (гомеопатия, сорбенты, нутриенты, травы)

а) Подбираем терапию, устраняющую патогенетически значимую причину блокады метаболизма. Для этого на тело пациента помещают гомеопатические препараты, а под южный полюс магнита – нутриенты, лекарственные травы. При этом подбирают лечение так, чтобы восстановился мышечный тонус ассоциированных и индикаторных мышц при провокации приоритетным токсином и одновременном сохранении терапевтической локализации магнитом на приоритетном органе.

Заключение. Гомеопатические препараты, нутриенты и лекарственные травы, которые устраняют мышечный дисбаланс при провокации приоритетным токсином и одновременном сохранении терапевтической локализация магнитом на приоритетном органе, необходимы для коррекции выявленных изменений.

б) Подбираем терапию, восстанавливающую синтез гормонов.

На теле пациентки нозод гормона, вызывающий гипотонию ИМ, при этом нутриенты, которые восстанавливают ее тонус, необходимы для восстановления метаболизма гормона.

8 этап – контроль подобранной терапии.

Для этого на тело пациента помещают подобранные гомеопатические препараты, а под южный полюс магнита – нутриенты, лекарственные травы.

Заключение. Если при тестировании тонус всех мышц восстанавливается, нет дезорганизации работы нервной системы и примитивных рефлексов, а при провокации подкожной складки исчезает слабость индикаторной мышцы, значит, на данный момент подобранная терапия адекватна и в достаточном объеме и хорошо переносится организмом.

9 этап – определение дозы подобранных препаратов, времени, кратности и длительности приема.

Кроме того, определяются план лечения, необходимость структурной и эмоциональной коррекции, периодичность занятий.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У всех 75 обследованных пациенток при мануальном мышечном тестировании с использованием терапевтической локализации и провокации нозодами или экстрактами эндокринных желез определялся паттерн дисфункции эндокринных желез. Приоритетом при этом было нарушение функции поджелудочной железы, печени, толстого кишечника, почек вследствие экзогенной хронической интоксикации. При исследовании тиреоидных гормонов выявлено, что у всех пациенток был относительный недостаток трийодтиронина из-за избытка Т3 реверсивного, а у 14 (18,7%) – относительный недостаток тироксина. Приоритетной была хроническая интоксикация, которая, вызывая дисфункцию органов, нарушала нормальную конвертацию гормонов. Интоксикация была вызвана несколькими причинами. Так, у 30 (40%) пациентов было выявлено наличие повышенного содержания токсических металлов и имелись паразиты, у 34 (45,3%) – повышенное содержание углеводородов и имелась интоксикация, вызванная паразитами, у 6 (8%) – интоксикация только паразитами, у 4 (5,3%) был нарушен иммунитет, что способствовало развитию хронической бактериальной или вирусной инфекции.

У 23 (30,7%) пациенток был гиноидный тип распределения подкожного жира, при этом у всех в группе был избыток эстрогенов (эстрадиола и эстрона). При этом у 8 пациенток в группе блок метаболизма половых гормонов хронической интоксикацией привел к преобладанию пути метаболизма эстрогенов с образованием 16-гидроксиэстрона, у 2 пациенток преобладал путь с образованием 16-гидроксиэстрадиола, у 6 – метаболизм шел с образованием 4-гидроксиэстрогенов. У пациенток были клинические проявления половых дисгормональных расстройств в виде мастопатий, кисты яичников, фибромиомы матки, нарушения менструального цикла. Только у 7 пациенток метаболизм шел по пути образования 2-гидроксиэстрогены, то есть доброкачественному, не сопровождающемуся пролиферативным действием на половые органы (фото 1,2).

Фото 1.
Гиноидный тип отложения подкожного жира. ИМТ-46, через 3,5 месяцев ИМТ-37

Фото 2.
Андроидный тип отложения подкожного жира. ИМТ-53, через 8 месяцев ИМТ-36

У 18 (24%) пациенток зафиксирован андроидный (верхний) тип ожирения. Для этой группы пациенток было характерно нарушение метаболизма стероидных гормонов с избытком кортизола. Так, у 8 из группы был метаболический блок превращения гидроксипрогестерона в андростендион. У остальных отмечен избыток дегидроэпиандростерона из-за блока метаболизма прегненолона в прогестерон, кроме того был избыток тестостерона и относительный недостаток эстрадиола. У 8 из них был блок метаболизма глюкозы в глюкозо-6 – фосфат, сопровождающийся избыточной продукцией инсулина. У всех было выражено висцеральное ожирение, а у 6 – поликистоз яичников, у 8 – артериальная гипертензия, у 4 была аменорея (фото 3).

Фото 3.
Смешанный тип отложения подкожного жира. ИМТ-41, через 7 месяцев ИМТ-25,8

У 34 (45,3%) пациенток был смешанный тип отложения подкожного жира, сопровождающийся у всех гиперэстрогенемией преимущественно за счет эстрадиола у 21 пациентки в группе и эстрона у 13. У всех был избыток

стероидных гормонов за счет избытка прегненолона, дегидроэпиандростерона, кортизола. Более чем в половине случаев у 24 пациенток эстрогены метаболизировались по пути образования 2-гидроксиэстрогенов, то есть более доброкачественно, чем в 1 типе ожирения. У 4 в группе был блок метаболизма глюкозы в глюкозо-6 – фосфат. У 23 пациенток было выражено висцеральное ожирение, у половины – клинические признаки дисгормональных заболеваний репродуктивной системы, у 12 – артериальная гипертензия.

При коррекции всем пациенткам формировали новый стереотип пищевого поведения, проводили ИРТ, индивидуально подбирали комплексные гомеопатические препараты (детоксы, детоксы Роя Мартина), микроэлементы, витамины, сорбенты, лекарственные травы. К 5-9 месяцам коррекции на фоне снижения массы тела и объемов у 31 пациентки (41,3% случаев) происходила нормализация работы эндокринной системы и внутренних органов, не выявляемая при химической провокации и лабораторных исследованиях, у остальных отмечено улучшение клинико-лабораторных показателей.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Экзогенные токсины блокируют нормальную работу ферментных процессов внутренних органов. Это сопровождается каскадом нарушений обмена гормонов в эндокринной системе, ведет к снижению основного обмена и избыточному образованию жировой ткани. В конечном итоге это во всех случаях было связано с относительным дефицитом активного трийодтиронина, избыточным образованием реверсивного трийодтиронина и восстанавливались на фоне коррекции приоритетных проблем к 3-8 месяцу, одновременно уменьшались объемы тела, процентное содержание жира, нормализовались липиды крови. Сама жировая ткань является одним из наиболее удобных депо для токсических веществ, в то же время в ней происходит метаболизм эстрогенов, внегонадный их синтез, что приводит к возрастанию уровня эстрогенов, усугубляя имеющиеся гормональные нарушения. Избыток жировой ткани сам по себе приводит к накоплению стероидов, дисбалансу эстрогенов и нарушению их конвертации вследствие хронической интоксикации преимущественно по 4, 16 пути гидроксиляции, что сопровождается аномальным функционированием гипоталамо – гипофизарно – надпочечниковой, гонадной систем, приводит к нарушению менструального цикла, гиперпластическим процессам в репродуктивных органах и сопровождается у части пациентов нарушением метаболизма глюкозы из-за блокады транспорта через клеточную мембрану.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование методов прикладной кинезиологии в диагностике эндокринных расстройств при избыточном весе позволяет быстро определять индивидуальные особенности нарушений, их причины и проводить эффективную коррекцию.

ВЫВОДЫ

1. Хроническая интоксикация за счет блокады работы ферментных систем вызывает каскад изменений метаболизма половых, стероидных, тиреоидных гормонов и в конечном итоге приводит к снижению основного обмена за счет относительного дефицита трийодтиронина и избытка его реверсивной формы, что приводит к усилению образования жировой ткани для депонирования токсинов и детоксикации. Все это создает условия для развития метаболического синдрома, является причиной различных заболеваний женской репродуктивной системы.
2. Методы прикладной кинезиологии позволяют выявить индивидуальные факторы, влияющие на дисбаланс эндокринной системы и обменных процессов у пациенток, страдающих ожирением, выявить места блокады метаболизма гормонов и подобрать эффективную индивидуальную коррекцию выявленных нарушений.
3. Включение в методики коррекции веса методов детоксикации организма и восстановления нормального обмена гормонов с помощью прикладной кинезиологии позволит улучшить непосредственные и отдаленные результаты.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А, Романцова Т.И. Патогенетические аспекты ожирения. – Ожирение и метаболизм, 2004; 1: 3-9.
2. Мкртумян А.М. Снижение массы тела – залог коррекции метаболических нарушений у пациентов с ожирением. Медицина. Качество жизни. 2003; 58-61.
3. Прилепская В.Н., Цаллагова Е.В. Проблема ожирения и здоровье женщины. Гинекология. 2007; 4: 14-18.
4. Светлаков А.В., Яманова М.В., Филиппов О.С., Малахова Н.А. Лептин и липидный спектр крови у женщин с разными типами ожирения. Пробл. репродукции. – 2001; 6: 33-5.
5. Caprio M, Fabbrini E, Andrea M Isidori et al. Leptin in reproduction. TRENDS in Endocrinology & Metabolism. 2001; 12(2): 65-72.
6. Margetic S, Gazzola C, Pegg GG, Hill RA. Leptin: a review of its peripheral actions and interactions. Int J Obes Relat Metab Disord 2002; 26(11): 1407–33.
7. Микелл С. Парсонс, Обзор изданий по женскому здоровью. «Натуральный подход». 2006.
8. Moran L.J., Noakes M., Clifton P.M.et al. J of Clin Endocrinol and Metabolism, 2003, Vol 88, No 2, pp. 812-819.
9. Spicer LJ. Leptin: a possible metabolic signal affecting reproduction. Domest Anim Endocrinol 2004; 21(4): 251–70.
11. Shafer 1. Applied Kinesiologiy//Modul 1,3,4, London: Edinburg, 1994.-120 p.
12. Walther D. Applied Kinesiology. – USA: Systems DS, 1988. – 571 p.

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

РОЛЬ ВНУТРИКОСТНЫХ БЛОКОВ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В ПАТОГЕНЕЗЕ СПАЗМА ТОРАКО-ЛЮМБАЛЬНОЙ ДИАФРАГМЫ

В.А. Занько (фото 1)
Научный центр восстановительной медицины и прикладной кинезиологии, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

При мышечном тестировании часто диагностируется снижение стреч-рефлекса средних и нижних порций трапециевидных мышц с двух сторон. При кинезиологическом обследовании выявлена связь между внутрикостными блоками грудного отдела позвоночника и вышеуказанными мышцами. Наличие внутрикостных блоков на грудном уровне вызывает снижение стреч-рефлекса различных групп мышц верхних и нижних конечностей, что затрудняет кинезиологическую диагностику. Причинами этих блоков является компенсаторная торзия твердой мозговой оболочки на патобиомеханические, патохимические, патоэмоциональные нарушения, на которые она реагирует прежде всего, в местах прикрепления мышц к позвонкам, вызывая напряжение в надкостнице, в дальнейшем внутрикостная дисфункция становится в самостоятельным патогенетическим звеном. При этом в прикладной кинезиологии не установлено ассоциативной связи между внутрикостными блоками и скелетными мышцами.

Фото 1. Занько Валерий Александрович

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать диагностику и методы коррекции внутрикостных блоков грудного отдела позвоночника.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пациенты с различной патологией, имеющие сниженный стреч-рефлекс нижней и средней порций трапециевидной мышц с двух сторон.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Осмотр, визуальная диагностика, кинезиологическая диагностика, компьютерная топография до и после лечения.

ЭТАПЫ ДИАГНОСТИКИ

1. Тест средней и нижней порции трапециевидной мышцы. Наличие у них сниженного стреч-рефлекса с двух сторон свидетельствует о возможном наличии внутрикостных блоков в грудном отделе позвоночника (фото 2).
2. Определение уровня расположения внутрикостного блока.

Методика: Пациент сидит спиной к врачу. Врач одной рукой тестирует среднюю трапециевидную мышцу, а другой – провоцирует внутрикостный блок надавливанием пальцем на область надкостницы дужки позвонка между остистым и поперечным отростками, начиная от уровня Th viii до уровня Th iv, на одном из позвонков, средняя трапециевидная мышца восстановит рефлекс на растяжение (фото 3).

Фото 2. Мануальное мышечное тестирование средней порции трапециевидной мышцы

Фото 3. Пальпаторная диагностика, локализация внутрикостного блока и определение направления коррекции

Коррекция

Для устранения дисфункции проводится мануальное воздействие на остистый и поперечный отросток в противоположные стороны, на вдохе или выдохе (фото 4).

Контроль устранения дисфункции

При мышечном тестировании происходит восстановление стреч-рефлекса нижних и средних трапециевидных мышц. Восстановление стреч-рефлекса мышц, связанных с этим блоком на верхних и нижних конечностях.

Фото 4. Методика коррекции внутрикостного блока

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При опросе пациенты предъявляли жалобы на напряжения и спазм в области верхних порций трапециевидных мышц, ощущение дискомфорта, тяжести, утомляемости в спине, плечах, боли в грудной клетке, грудном отделе позвоночника.

При осмотре выявляется смещение плечевого пояса вверх, латеральное расхождение лопаток и торзия тела пациента на уровне среднего грудного отдела позвоночника.

При пальпации выявлено наличие болезненности надкостницы в области дужек позвонков в Th iv, Th v, Th vi, Th vii, Th viii, асимметричное положение остистого отростка по отношению к поперечным, что является признаком внутрикостного блока.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Двухсторонняя функциональная слабость нижней и средней трапециевидных мышц приводит к укорочению верхних трапециевидных мышц. При этом терапевтическая локализация на болезненные участки надкостницы позвонков Th iv, Th v, Th vi, Th vii, Th viii восстанавливает активность стреч-рефлекса данных мышц, а в 35% случаев положительная реакция была выявлена и со стороны мышц рук и ног со сниженным стреч-рефлексом, участвующих в формировании паттерна ходьбы. При этом выявлена следующая особенность: терапевтическая локализация на болезненные участки надкостницы не всегда вызывает снижение активности рефлекса на растяжение индикаторной мышцы.

Вероятный патогенез возникновения характерных костных блоков это:

1. Спазм грудобрюшной диафрагмы с укорочением плевро-кардио-диафрагмальных и плевро-диафрагмальных связок.
2. Торзия твердой мозговой оболочки с фиксацией ее позвоночных связок на данном уровне и нарушением кранио-сакрального ритма.
3. Наличие мышечного дисбаланса, приводит к изменению изгибов позвоночника, что нарушает паттерн ходьбы, приводит при ходьбе к нефизиологическому скручиванию позвоночника вверх от Th vi (Th iv, Th v) или вниз от Th vi (Th vii, Th viii).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На патобиомеханические, патохимические, патоэмоциональные нарушения реагирует твердая мозговая оболочка, и прежде всего в местах прикрепления мышц к позвонкам, вызывая ее компенсаторную торзию и становясь в последующем самостоятельной патогенетической единицей. Наличие длительной компенсаторной торзии позвонка приводит к внутрикостному блоку, что ведет к снижению стреч-рефлекса мышц, прикрепляющихся к этому позвонку, а это, в свою очередь, ведет к мышечному дисбалансу на разных регионах тела, проявляясь клинически болевыми мышечными синдромами.

ВЫВОДЫ

1. Внутрикостные блоки формируются как реакция надкостницы на асимметричное натяжение твердой мозговой оболочки вследствие тонусно-силового дисбаланса мышц (структурного, химического, эмоционального и энергетического генеза).
2. Предлагаемый метод диагностики и коррекции внутрикостных блоков грудного отдела позвоночника является быстрым и эффективным способом устранения болевых мышечных синдромов.
3. Возможность определить патогенетическое значение внутрикостного блока, уточнить направление его коррекции, наиболее эффективно используя методы биологически обратной связи, существующей в прикладной кинезиологии.

ПАТОБИОМЕХАНИКА СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ЕЕ РОЛЬ В ГЕНЕЗЕ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ

О.В. Кузнецов (фото 1)

Научный центр прикладной кинезиологии и восстановительной медицины, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Соединительная ткань занимает более 85% всех тканей тела человека и принимает участие в широком спектре биомеханических реакций организма, будучи при этом не только компенсаторным, но и патогенетически значимым звеном. В связи с этим патобиомеханика соединительной ткани должна иметь свою клиническую манифестацию. Однако как биомеханика, так и патобиомеханика, соединительной ткани имеет противоречивые описания, а ее роль в формировании болевых синдромов различной локализации до сих пор остается спорной.

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Соединительная ткань составляет более половины массы тела человека. Она участвует в формировании стромы органов, прослоек между другими тканями в органах, формирует дерму кожи, скелет. Соединительные ткани формируют и анатомические образования – фасции и капсулы, сухожилия и связки, хрящи и кости. Полифункциональный характер соединительных тканей определяется сложностью их состава и организации. Выделяются следующие функции соединительной ткани: каркасная (опорно-механическая), питающая и очищающая (трофическая и метаболическая), защитная (барьерная), заживляющая (репаративная, пластическая), определяющая правильность роста и развития (морфогенетическая). Однако все же главная задача соединительной ткани – это роль внутриорганизменного управляющего «компьютера», объединяющего в нужном направлении все ткани и клетки человеческого организма с обеспечением задачи вы-

Фото 1. Кузнецов Олег Вячеславович

сочайшей приспособляемости, неисчерпаемыми резервами пластичности и работоспособности этих тканей [1].

Фасции, сухожилия, надкостница, связки, твердая мозговая оболочка имеют сетчатое строение с косым ходом волокон, и при растяжении либо сжатии движение происходит не по прямой, а по косой оси, соответственно расположению волокон (право- и левовращающая спираль) (фото 2).

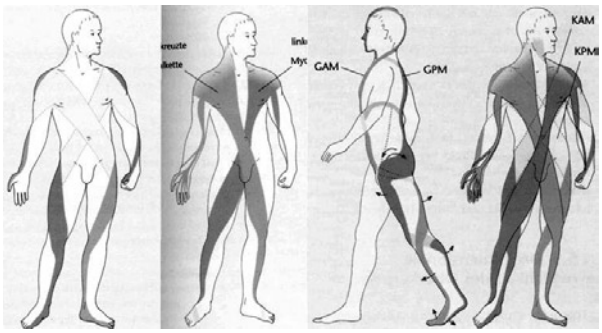


Фото 2.
Мышечно-фасциальные спирали

Особенности реализации спиралевидного движения описаны для разных звеньев соединительной ткани. Так, для позвоночно-двигательных сегментов и костей таза разработан спиралевидный сервомеханизм в виде сочетания угловых (флексия, ротация и латерофлексия) и линейных движений позвонков одновременно в трех плоскостях, определенная закономерность перехода одного движения в другое [2]. Ж.П. Барраль описал особенности движения внутренних органов, которое в норме также осуществляется в трех плоскостях, разработано много техник диагностики и лечения висцеральных нарушений [3]. Описаны особенности биомеханики твердой мозговой оболочки на уровне черепа и позвоночника в виде ее торзии и развития дисфункции кранио-сакральной системы [4] (фото 3).

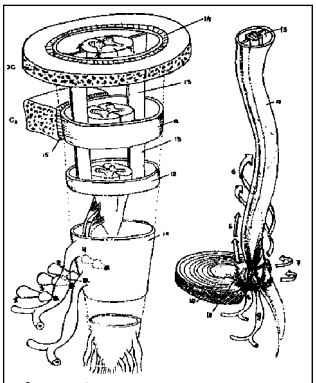


Фото 3.
Торзия твердой мозговой оболочки (по Литвинову И.А.)

П. Шоффур [4] объединяет все соединительнотканные элементы в единое целое, в рамках механической остеопатической связи: «найденные всюду в теле – соединительные и унифицирующие – соединительные ткани могут быть представлены как органический цемент в архитектонике человека. Это убеждает в структурном единообразии, сплочении всех разнообразных частей организма, и это всегда близкая, тесная часть их. Произошедшая от мезобласта эмбриональная соединительная ткань (мезенхима) дает жизнь всем различным типам соединительной ткани взрослого. Три независимые системы развиваются из этой ткани: миофасциальная система, костная система и сердечно-сосудистая система. Эти анатомические системы организуются в 8 функциональных единиц: спинной мозг, грудная клетка, конечности, внутрикостные линии усиления, внутренние органы, сердечно-сосудистый аппарат, кости черепа, кожа».

Описаны различные аспекты функциональной анатомии и патобиомеханики соединительной ткани, но нет объединяющей интегральной модели диагностики и лечения с учетом роли соединительной ткани в развитии биомеханических нарушений. И чаще всего лечебное воздействие направлено на отдельные звенья соединительной ткани, без учета возможных последствий. Возможно, поэтому столь велико количество осложнений и непредсказуемых реакций организма на проведенное мануальное воздействие, в виде развития генерализованной торзии твердой мозговой оболочки, усиления болевого синдрома, возникновения компрессионных синдромов, возникновение нарушений в работе внутренних органов и т.д.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение роли соединительной ткани в формировании биомеханических нарушений опорно-двигательного аппарата, внутренних органов, твердой мозговой оболочки, в изменении статического и динамического стереотипов, а также в формировании болевых синдромов различной локализации.

Разработка закономерностей реализации спиралевидного механизма в нормальных условиях и в условиях поврежденной соединительной ткани.

Разработка алгоритма диагностики и лечения пациентов с нарушением функции соединительной ткани.

МАТЕРИАЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

12 пациентов с хроническими болевыми синдромами различной локализации и признаками торзии регионов тела.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинический, неврологический, кинезиологический (визуальная диагностика, мануальное мышечное тестирование), компьютерная топография.

При неврологическом осмотре определялись признаки компрессионных синдромов периферических нервов.

Визуальная диагностика проводилась в трех плоскостях: фронтальной, сагиттальной и горизонтальной. Наличие визуальных признаков торзии регионов тела **(ротация происходит относительно точки наибольшей фиксации соединительной ткани)** и асимметричного натяжения твердой мозговой оболочки являлось основанием для отбора пациентов.

Мануальное мышечное тестирование: определялась функциональная гипотония мышц, наличие компрессионных синдромов периферических нервов.

ЭТАПЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1 этап. ***Визуальная диагностика неоптимальности статики пациента в трех плоскостях (фронтальной, сагиттальной и горизонтальной)*** с целью выявления нарушений статического стереотипа, «остановленного падения тела» пациента, и наличия признаков торзии твердой мозговой оболочки.

Заключение. Наличие ротации регионов тела относительно друг друга являлось визуальными признаками торзии твердой мозговой оболочки.

2 этап. ***Мануальное мышечное тестирование мышц, участвующих в формировании торзии либо ассоциированных со структурами, имеющими признаки наибольшей фиксации*** (фото 4).

Фото 4. Мануальное мышечное тестирование

При выявлении функциональной гипотонии мышц проводилась терапевтическая локализация вдоль линии, соединяющей регионы тела, вовлеченные в торзию. Терапевтическая локализация южным полюсом магнита патогенетически значимого участка тела пациента приводила к восстановлению рефлекса всех исходно гипотоничных мышц, но не вызывала при этом функциональной слабости нормотоничных индикаторных мышц.

Заключение. Исчезновение признаков компрессионных синдромов периферических нервов при терапевтической локализации свидетельствует о патогенетической значимости участка фиксации для формирования торзии, который требует коррекции.

3 этап. ***Лечение*** проводится в несколько этапов: а) определяется направление коррекции найденного участка фиксации соединительной ткани. Основным критерием правильности найденного направления коррекции является восстановление рефлекса всех исходно гипотоничных мышц (при сохранении стреч-рефлекса нормотоничных индикаторных мышц). В подобранном направлении проводится ритмическая мобилизация патогенетически значимого участка.

4 этап. Проводится повторное мануальное мышечное тестирование. Критерием правильности проведенного лечения является восстановление рефлекса всех исходно гипотоничных мышц

5 этап. ***Проведение провокации торзии твердой мозговой оболочки.*** Выполняется терапевтическая нагрузка в виде натяжения и скручивания твердой мозговой оболочки (ходьба, тракция, компрессия и т.д.).

Заключение. а) Сохранение активности стреч-рефлекса тестируемых мышц свидетельствует о найденном патогенетически обоснованном методе воздействия.

б) Изменение реакции мышечного теста (гипотония мышцы индикатора) свидетельствует о том, что предлагаемое лечение приводит к торзии твердой мозговой оболочки, является недостаточным и требует поиска другого патогенетически значимого воздействия. В этом случае проводится поиск других причин и подбирается необходимое лечебное воздействие (химическая, эмоциональная коррекция, ИРТ) до тех пор, пока терапевтическая нагрузка в виде натяжения и скручивания твердой мозговой оболочки (ходьба, тракция, компрессия и т.д.) не будет вызывать снижение активности стреч-рефлекса со стороны тестируемых мышц.

Клинический пример

Пациент Л., 24 года с жалобами на боли в поясничном отделе позвоночника, в шейном отделе позвоночника, постоянные головные боли, повышенная утомляемость. Вышеуказанные жалобы появились 2 года назад после перенесенного психоэмоционального стресса (фото 5).

Фото 5. Клинический пример

Визуальная диагностика: неоптимальный статический стереотип, смещение общего центра тяжести вперед и влево. Патогенетически значимый регион в формировании «остановленного падения тела» – поясничный. Ротация плечевого пояса вправо, относительно тазового региона. Гиперкифорсколиоз грудного отдела позвоночника. Признаки гипотонии квадратной мышцы поясницы слева, большой ягодичной и грушевидной мышцы, гипотония больших грудных мышц, компенсаторное укорочение малых грудных мышц (синдром малой грудной мышцы). Гипотония коротких флексоров шеи, компенсаторное укорочение экстензоров.

Кинезиологическая диагностика: гипотония пояснично-подвздошной и квадратной мышц поясницы слева как реакция на компрессию верхне-поясничного сплетения на уровне торако-люмбальной диафрагмы. Гипотония большой ягодичной, грушевидной мышцы и мышц стопы слева (компрессия L5-S1), вторичное укорочение правой грушевидной мышцы (синдром грушевидной мышцы справа). Гипотония ключичной порции грудной мышцы и коротких флексоров шеи как реакция на патологическую активность висцеро-моторных связей со стороны грудобрюшной диафрагмы и желудка. Компенсаторное укорочение коротких экстензоров, преимущественно нижней косой мышц головы слева с раздражением симпатического сплетения позвоночной артерии. Гипотония верхней порции трапециевидной мышцы и грудино-ключично-сосцевидной мышцы слева, вследствие компрессии добавочного нерва на уровне яремного отверстия.

Для поиска патогенетически значимого участка проводилась терапевтическая локализация южным полюсом магнита вдоль линии, соединяющей левый плечевой и правый тазобедренный суставы. Положительная терапевтическая локализация была получена на уровне грудобрюшной диафрагмы слева, при этом произошло восстановление исходно гипотоничных мышц, и исчезли признаки компрессии периферических нервов. Была проведена ритмическая мобилизация грудобрюшной диафрагмы слева, в результате произошло восстановление стреч-рефлекса ранее гипотоничных мышц. Была выполнена дополнительная терапевтическая нагрузка (ходьба, тракция, компрессия и т.д.), в результате возникла гипотония верхней порции трапециевидной мышцы и грудино-ключично-сосцевидной мышцы слева, аддукторов бедра. Патогенетически значимым оказался ФБ С0-С1 и асимметричное натяжение оболочек мозга. Была проведена манипуляция в сегменте С0-С1 и релаксация оболочек мозга. После повторно проведенной терапевтической нагрузки функциональной гипотонии мышц и признаков компрессии периферических нервов не выявлено. Болевой синдром регрессировал.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В 100% случаев пациенты имели наличие ротации регионов тела относительно друг друга, что являлось визуальными признаками торзии твердой мозговой оболочки. При этом установлено, что наиболее часто патогенетическим значимыми были структуры, через которые проходит срединная вертикальная ось тела: межлегочная связка, связки перикарда, сухожильная часть диафрагмы, корень брыжейки тонкой кишки и т.д.

При терапевтической локализации установлено, что основной причиной нарушения функции соединительной ткани является недостаточное трофическое обеспечение. Это происходит в результате наличия в организме определенных стрессовых факторов, а именно:

- механический стресс (травма, статическая и динамическая перегрузка);
- химический стресс (наличие интоксикации);
- неврологический стресс (неврологическая дезорганизация, патологическая активность примитивных рефлексов);
- эмоциональный стресс (спазм диафрагм тела, вегетативный дисбаланс, нарушение формирования и функции нейротрансмитеров).

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Таким образом, в условиях нарушенного трофического обеспечения соединительная ткань теряет свою эластичность и не может адекватно реагировать на стрессовые факторы, то есть возникают условия для постоянной микротравматизации, с развитием участков фиксации ткани.

В условиях ограниченной подвижности соединительной ткани происходит нарушение спиралевидного механизма с формированием торзии регионов тела. Иными словами, нарушается сбалансированное взаимоотношение между право- и левовращающей фасциально-мышечными спиралями, и появляется новая ось вращения. Это приводит к натяжению тканей, расположенных на периферии, с развитием соответствующий клиники – статическая и динамическая перегрузка мышц, сухожильного аппарата Гольджи, функциональные блоки суставов, дисбаланс связочного аппарата внутренних органов, торзия твердой мозговой оболочки, компрессионные синдромы различной локализации. Как правило, наиболее значимыми по клиническим проявлениям оказываются именно периферические структуры за счет наибольшего натяжения тканей на периферии.

Мобилизация участков ограничений подвижности соединительной ткани приводит к регрессу клинических проявлений болевых синдромов и визуальных признаков торзии регионов тела. Происходят восстановление стреч-рефлекса исходно гипотоничных мышц и нормализация статического и динамического стереотипов, исчезают признаки торзии твердой мозговой оболочки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование интегративного подхода в диагностике нарушений биомеханической функции соединительной ткани в сочетании с методами визуальной диагностики и прикладной кинезиологии позволяет быстро и эффективно выявить патогенетически значимый участок ограничения тканевой подвижности и провести необходимую коррекцию.

ВЫВОДЫ

1. Соединительная ткань играет важную роль в реализации нормальной биомеханики тела человека. Участки ограниченной подвижности нарушают баланс между право- и левовращающей мышечно-фасциальными спиралями, вызывая торзию регионов тела с соответствующей клинической манифистацией.
2. Важную роль в диагностике патобиомеханики соединительной ткани играет визуальная диагностика, позволяющая выявить признаки неоптимальной статики, наличие торзии регионов тела и твердой мозговой оболочки, определить регион фиксации тканевой подвижности.
3. Прикладная кинезиология, обладая методами обратной связи с организмом, позволяет проводить патогенетически обоснованную терапию пациентам с болевыми синдромами.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Алексеев А.А. Системная медицина – 1999.
2. Васильева Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия. Клиническая биомеханика и патобиомеханика – СПб, 1999.
3. Барраль Ж.-П. Висцеральные манипуляции – Иваново, 1997.
4. Upleger JE, Vredegoogd JD. Craniosacral therapy – 1983.
5. Шоффур П. Механическая остеопатическая связь.

РОЛЬ СПАЗМА ТАЗОВОЙ ДИАФРАГМЫ В ПРОИСХОЖДЕНИИ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ РАЗНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

А.Ф. Кополовец (фото 1)

Научный центр восстановительной медицины и прикладной кинезиологии, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

В практической деятельности врача часто встречаются болевые синдромы в области таза. Известно, что волокна мышц тазовой диафрагмы вплетаются в твердую мозговую оболочку на уровне таза (крестца). Поэтому дисбаланс мышц тазовой диафрагмы может являться клинической картиной поражения твердой мозговой оболочки на разных уровнях. Но лечение, проводимое на уровне тазовой диафрагмы, не всегда дает положительные результаты, а иногда даже осложнения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать дифференциально-диагностические критерии патогенеза спазма тазовой диафрагмы как компенсаторной реакции на торзию твердой мозговой оболочки различной локализации.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пациенты со спазмом тазовой диафрагмы с жалобами на нарушение функции репродуктивных органов, неудержание мочи, ограничение подвижности в тазобедренном суставе.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Осмотр, визуальная диагностика, кинезиологическая диагностика.

ЭТАПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1 этап. Выявление исходно слабой мышцы. Мануальное мышечное тестирование аддукторов бедра, мышц тазового дна – лобково-копчиковой, седалищно-копчиковой, подвздошно-копчиковой.

2 этап. При выявлении одной или нескольких функционально слабых мышц производим терапевтическую локализацию на тазовой диафрагме. Повторное мануальное мышечное тестирование. Если происходит восстановление стреч-рефлекса мышцы – переходим к пункту 3. Иначе терапевтически локализуем другие области.

3 этап. Височное постукивание. Если результат повторного мануально мышечного тестирования не меняется, переходим к 4 пункту. Если меняется, ищем другую терапевтическую локализацию.

4 этап. Проверка на травматичность твердой мозговой оболочки. При всех указаниях на лечение в области тазовой диафрагмы важно дополнительно проверить реакцию твердой мозговой оболочки. Для этого при терапевтической локализации на тазовой диафрагме производим последовательно провокации: на череп – вдох затем выдох, на шейный уровень – латерофлексию шейного отдела позвоночника, на грудной уровень – ротацию грудного отдела позвоночника. Выявление мышцы со сниженным стреч-рефлексом, при повторном мануальном мышечном тестировании, после какой-то провокации указывает уровень травматизации твердой мозговой оболочки. Лечение на тазовой диафрагме в таком случае нецелесообразно.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У пациентов имелись жалобы на боль в области таза, головные боли, боли в разных участках позвоночника, нарушения состояния вдоха, ограничение ротации позвоночника, боли в плечевых суставах, нарушение функции репродуктивных органов, неудержание мочи, ограничение подвижности в тазобедренных суставах. При мануально-мышечном тестировании аддукторов бедра (фото 2), мышц тазового дна – лобково-копчиковой (фото 3), седалищно-копчиковой (фото 4), подвздошно-копчиковой (фото 5) выявлялось снижение стреч-рефлекса хотя бы одной из этих мышц. Положительная терапевтическая локализация на тазовой диафрагме свидетельствовала о пораженном участке тазовой диафрагмы. Височное постукивание не вызывало снижения стреч-рефлекса восстановивших рефлекс ассоциированных мышц. Раньше считалось, что в таком случае приоритетная причина выявлена, и проводилось лечение на диафрагме. Но не всегда получали положительный результат. В таких случаях предполагалась реакция со стороны твердой мозговой оболочки. Поэтому необходимо дополнительно использовать специфические провокации на торзию твердой мозговой оболочки, в шейном отделе – латерофлексия, для краниального отдела – вдох/выдох, для грудного отдела – ротация. Таким образом, если аддуктор со сниженным стреч-рефлексом восстанавливает рефлекс при терапевтической локализации на тазовую диафрагму и не меняется при височном постукивании, а во время специфической провокации на торзию снижается, то это свидетельство вторичной реакции тазовой диафрагмы на торзию твердой мозговой оболочки. Лечение нужно проводить не на тазовой диафрагме, а в других отделах, в зависимости от уровня проведенной провокации.

Фото 1. Кополовец Александр Федорович

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Выявлено, что не всегда нужно проводить лечение на тазовой диафрагме, если имеется приоритетность проблемы и восстановление

Фото 2. Тестирование аддукторов бедра

Фото 3. Тестирование лоно-копчиковой мышцы

Фото 4. Тестирование подвздошно-копчиковой мышцы

Фото 5. Тестирование седалищно-копчиковой мышцы

стреч-рефлекса ассоциированных мышц. Необходимо дополнительно провести провокацию твердой мозговой оболочки на разных уровнях, для того чтобы избежать ее травматизации и возможности осложнения. Только после того как проведена провокация твердой мозговой оболочки с одновременной терапевтической локализацией, и это не приводит к снижению стреч-рефлекса как ассоциированной, так и индикаторной мышц, можно проводить лечение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нарушения тазовой диафрагмы нельзя коррегировать без оценки реакции твердой мозговой оболочки на возможное воздействие. Если она травмируется, то лечение необходимо начать с места ее фиксации. И только после этого восстанавливать тазовую диафрагму, иначе есть большая вероятность не получить положительный результат от воздействия или вовсе вызвать осложнение.

ВЫВОДЫ

1. Спазм тазовой диафрагмы может быть компенсаторным вследствие поражения твердой мозговой оболочки на разных уровнях.
2. Разработаны дифференциально-диагностические критерии патогенеза спазма тазовой диафрагмы.
3. Методы прикладной кинезиологии позволяют выявить первичность поражения тазовой диафрагмы или твердой мозговой оболочки и корректно, поэтапно проводить лечение, избегая осложнений.

ПОЧЕМУ СТАРОСТЬ – НЕ РАДОСТЬ И КАК МОЖЕТ ПОМОЧЬ ПК

А.Г. Алимов (фото 0)
Научный центр прикладной кинезиологии и восстановительной медицины, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

«Проснулся и ничего не болит – значит умер» – так успокаивают себя при болях многие пожилые люди. И стараются не провоцировать боль, меньше двигаться, реже выходить на улицу, с тоской вспоминая свои активные годы. С возрастом становится труднее поддерживать умственную и физическую активность, хочется отдыхать пассивно. Снижение социальной, умственной, физической активности в пожилом возрасте может высвобождать дремавшее наследие предков и у организма появляется второй хозяин – примитивные рефлексы. При созревании нервной системы плода и ребенка последовательно активизируются и в норме угасают безусловные рефлексы, помогающие ему выжить на данном этапе развития организма. Например, рефлекс паралича при страхе вызывает группировку плечевого пояса и втягивание головы в плечи при прохождении по родовым путям, предохраняя ребенка от травмы шейного отдела позвоночника в родах. Впоследствии подобные рефлексы перестают доминировать под влиянием высшей нервной деятельности. Старость – это патологическая активность примитивных рефлексов, которые вмешиваются в механизмы регуляции центральной нервной системы. А когда в организме человека возникают два управляющих механизма, то наступает сбой воспринимающих структур и начинается процесс саморазрушения.

Традиционная медицина идет по пути запретов и ограничений, опасаясь возникновения обострений многочисленных заболеваний пожилого пациента. Человек теряется перед навалившимся на него огромным количеством болезней. Начинается хождение по узким специалистам, и каждый находит проявления «своих» заболеваний, назначает лечение. Необходим специалист, способный обобщить все данные о больном и выработать стратегию лечения. Прикладная кинезиология позволяет выявить первичную причину многочисленных страданий человека:

- Нарушение какой из составляющих здоровья (структурной, эмоциональной, химической или энергетической) приоритетно для данного больного.
- Далее сузить круг поиска до сустава, мышцы, органа, эмоционального нарушения, акупунктурного меридиана.
- Подобрать необходимый и безопасный для данного больного метод лечебного воздействия и контролировать его эффективность, снизив количество лабораторных и инструментальных исследований.

Фото 0. Алимов Алексей Генадьевич

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Установить взаимосвязь функциональных нарушений опорно-двигательного аппарата, внутренних органов и вегетативной нервной системы пожилых людей.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пациенты мужского и женского пола старше 60 лет с функциональными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, внутренних органов и вегетативной нервной системы.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Неврологический осмотр, кинезиологическая диагностика, анализ имеющейся у пациента медицинской документации, контроль артериального давления, рентгенография по-

звоночника и периферических суставов, МРТ позвоночника, ЭКГ, доплерография, КИГ.

ЭТАПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1 ЭТАП. Жалобы. Пациента беспокоят резкие перемены настроения: гневливость сменяется слезами и упадком сил, заторможенностью, чередующиеся с периодами бурной, но часто непродуктивной деятельности, навязчивыми страхами, замыкание в себе, трудности контакта с окружающими в быту, повышенная чувствительность, обидчивость, недовольство собой и окружающими. Не значительные внешние воздействия (перемена погоды, прием пищи, эмоциональные переживания) вызывают бурную реакцию со стороны внутренних органов: колебания артериального давления, тонуса сосудов головного мозга (головные боли, нарушение памяти и концентрации внимания), сосудов сердца (приступы стенокардии), кишечные и желчные колики, постоянные рецидивирующие инфекции (грибковые, вирусные, бактериальные). Движения становятся не уверенными из-за присутствия множества дополнительных движений при выполнении простых двигательных актов ходьбы, вставания и усаживания, входа и выхода из транспорта. Незначительные нагрузки провоцируют боли в суставах конечностей.

2 ЭТАП. При осмотре выявляется нарушение оптимальности статики и динамики за счет гипотонии агонистов и гипертонуса агонистов, опережающего включения синергистов в двигательный паттерн. Пациент напоминает ребенка. Он повышенно обидчив, возбужден, предвзято настроен, у него появляются различные варианты страха, еще более истощая защитные механизмы.

3 ЭТАП. Кинезиологическая диагностика

1 этап: Применяется механическая (легкий внезапный толчок, специальная поза или движение) или химическая (применение нозодов нейротрансмиттеров – веществ, участвующих в передаче нервного импульса). При наличии активности рефлекса возникает слабость специально подобранной экстрапирамидной мышцы, отражающей состояние нервной системы. Важность этого нарушения для данного пациента подтверждается с применением височного постукивания рукой правой врача по левому виску пациента. (Фото 1)

Фото 1.
Тестирование экстрапирамидной мышцы

2 этап: С помощью терапевтической локализации – наложения на тело пациента магнита или его руки определяется место наиболее важного нарушения в организме.

3 этап: Дальнейшая работа ведется под контролем тонуса ассоциированной мышцы – мышцы, связанной с данным органом на энергетическим уровне, что подтверждено многолетними наблюдениями специалистов и инструментальным методом электромиографии.

4 ЭТАП. Лечение:

1 этап: В соответствии с выявленной природой нарушения подбирается необходимое для данного органа лечебное воздействие: направление мануальной манипуляции, тактика работы на меридианах, необходимый лекарственный препарат. Выбранное лечение должно восстановить ассоциированную с пораженным органом мышцу (фото 2).

Фото 2.
Подбор препаратов по ассоциированной мышце

2 этап: Проверка безопасности подобранного лечения для других органов и систем. Проверяется тонус мышц, ассоциированных с важнейшими жизненными функциями на фоне имитации проведения лечения (смещение органа или позвонка, сустава; наложение на тело пациента лекарственных веществ под магнит; раздражение акупунктурных точек).

3 этап: Коррекция подобранного лечения в интересах организма в целом, определение дозы и продолжительности медикаментозной терапии.

4 этап: Регулярный контроль состояния пациента, коррекция лечения даже при проведении только медикаментозной терапии.

5 этап: Кинезиология уделяет значительную роль и работе самого больного над своим здоровьем. Наряду с описанной терапией, для пожилого пациента важно поддержание двигательной активности и восстановление правильного двигательного стереотипа. Пациент самостоятельно дома выполняет подобранные для него упражнения. Хорошие результаты дают занятия на эллиптическом тренажере, а также ходьба пешком с лыжными палками (популярна в Европе под названием «Nording walking» как метод повышения физической нагрузки и расхода калорий при пеших прогулках).

После угасания примитивного рефлекса наш уникальный саморегулирующийся и самовосстанавливающийся организм часто сам справляется с многочисленными последствиями нарушения работы нервной системы, вновь становится устойчивым к негативным воздействиям внешней среды.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Доказана взаимосвязь функциональных нарушений опорно-двигательного аппарата, внутренних органов и периферической нервной системы пожилых людей. Успешно применены кинезиологические методы диагностики и подбора терапии в возрастной группе старше 60 лет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Активность примитивных рефлексов необходима в период созревания нервной системы ребенка и вредна у взрослого человека. Функциональные нарушения функции опорно-двигательного аппарата обусловлены гипотонией отдельных мышц и мышечных групп. Активизация патологических рефлексов у взрослого приводит к нарушению функции

периферической нервной системы с нарушением активности рефлекса на растяжение и приводит к функциональным нарушениям нервной системы, опорно-двигательного аппарата и внутренних органов. Диагностика и коррекция нарушений четырех составляющих здоровья методами прикладной кинезиологии позволяет восстановить баланс в нервной системе и запустить механизмы самовосстановления организма.

Добро пожаловать в активную жизнь!

ВЫВОДЫ

1. Оптимальная функция нервной системы, это индикатор сохранения молодости и здоровья человека. Появление патологических примитивных рефлексов, как признак неврологической дезорганизации, может быть расценен как показатель старения организма.
2. Лечение таких пациентов должно быть направлено не на устранение их симптоматических жалоб со стороны мышечно-скелетной, эндокринной, сердечно-сосудистой, а на устранение активности примитивных рефлексов, восстанавливая тем самым функцию нервной системы.
3. Прикладная кинезиология, обладая способностью оценить нервную систему пациента индивидуально, позволяет выявить первые признаки появления примитивных рефлексов, выявить орган мишень, который наиболее страдает, и подобрать оптимальный вариант лечения.

УРОЛОГИЯ

НОВЫЕ ПОДХ0ДЫ К РЕШЕНИЮ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ ПРИ ПОМОЩИ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

Н.А. Волынкин (фото 1)
Научный центр восстановительной медицины и прикладной кинезиологии, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одной из ведущих причин мужского бесплодия – по разным авторам, от 35 до 50% – является варикоцеле. Наиболее часто встречается у 12-15-летних мальчиков, т.е. в период полового созревания, когда приток крови к мужским половым органам наиболее интенсивный. Варикоцеле страдает каждый пятый мужчина в возрасте 20-40 лет. Однако в настоящее время разработано только оперативное лечение, которое не всегда решает проблему, но может дать и ряд осложнений как во время операции, так и после.

Фото 1. Волынкин Николай Александрович

АНАТОМИЯ

Варикоцеле – это варикозное расширение вен семенного канатика и яичка. Семенной канатик – образование, в которое входит семявыносящий проток, а также семенные артерия и вены. Название «варикоцеле» происходит от двух слов: латинского varix, что означает «венозный узел» и греческого kele – вздутие, опухоль, и все вместе значит «опухоль из венозных узлов» (фото 2).

В подавляющем большинстве случаев (80-90%) варикоцеле появляется слева. Это связано с тем, что венозная кровь от правого и левого яичек оттекает по-разному. Правая яичковая вена впадает в нижнюю полую вену, а левая – в левую почечную вену, последняя может сдавливаться между аортой и верхней мезентериальной артерией, что приводит к увеличению гидростатического давления в ней и ретро-

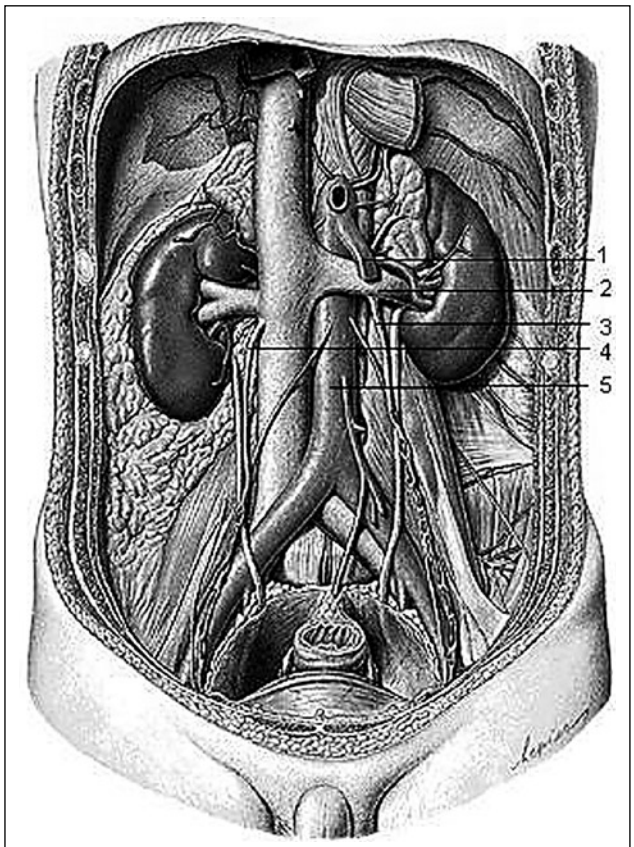


Фото 2.
Расположение левой почечной вены:
1 – верхняя брыжеечная артерия; 2 – левая почечная вена; 3 – левая яичковая вена; 4 – правая яичковая вена; 5 – аорта

градному току венозной крови в венозное сплетение яичка. В итоге страдает кровоснабжение яичка. Нарушается питание яичка, венозная сеть вокруг яичка становится все больше и больше. Такая кровяная «подушка!» из венозных сосудов вокруг яичка приводит к тому, что оно перестает охлаждаться. Но для выработки сперматозоидов необходима пониженная температура – между 32,5 и 34,5°С. При варикоцеле температура значительно выше, в таких условиях образование сперматозоидов нарушается или прекращается совсем. В норме ткань яичка защищена специальным анатомическим барьером, при варикоцеле этот барьер может нарушаться, и развивается так называемое асептическое аутоиммунное воспаление. То есть клетки иммунной системы не «узнают» ткани яичка как принадлежащие к организму и начинают вырабатывать антитела против собственных клеток, вызывая тем самым тяжелое иммунное поражение сначала левого, а затем и правого яичка.

Несмотря на столь частую встречаемость, эта патология лечится только хирургически.

Хирургическое лечение направлено на прекращение кровотока по яичковой вене: для этого производится перевязывание яичковой вены, лапароскопическое клипирование или внутрисосудистое вмешательство (эмболизация вен).

Основными недостатками хирургического лечения являются:

- болезненность;
- необходимость применения анастезии;
- вероятность рецидива, связанная с тем, что не всегда пересекаются все стволы яичковой вены (по разным данным, от 5 до 20%);
- высокая вероятность осложнения в виде повреждения лимфатических сосудов, что приводит к лимфостазу, индуративному отеку яичка и значительному повреждению сперматогенного эпителия.

Несмотря на недостатки хирургического лечения, до сих пор не описано методов консервативного воздействия.

В остеопатии и прикладной кинезиологии есть методики, позволяющие работать со всеми структурами организма. Однако насколько это эффективно для данной группы пациентов, не определено.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить возможности снижения гидростатического давления в венах семенного канатика методами прикладной кинезиологии.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дети от 10 лет и взрослые.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Опрос, осмотр и пальпация, ультразвуковое и доплерографическое исследование органов мошонки и брюшной полости, кинезиологическая диагностика.

ЭТАПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1 этап. Опрос. Больные отмечают неприятные ощущения в области мошонки, тянущие боли в яичках, паховых областях, усиливающиеся при физической нагрузке, половом возбуждении. Возможны нарушения половой функции.

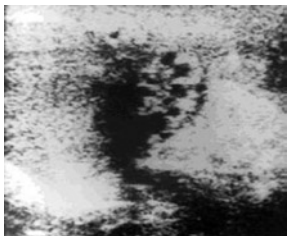


Фото 3.
Ультразвуковая картина расширенных вен семенного канатика

2 этап. Ультразвуковое исследование органов мошонки брюшной полости (фото 3). Отмечаются расширение вен семенного канатика, сброс крови из почечной вены в вены семенного канатика на доплерографии.

Визуальная диагностика

При 1 степени визуальные критерии отсутствуют, при 2-3 степени вены видны через кожу, половина мошонки увеличена.

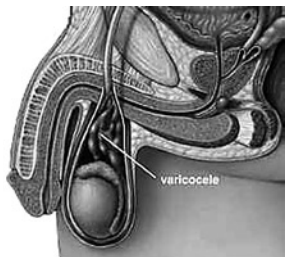


Фото 4.
Расширенные вены семенного канатика

Пальпация

При 1-2 степени возможно только пропальпировать гроздеподобные узловато-расширенные вены семенного канатика. При 3 степени варикоцеле к вышеуказанным признакам присоединяется атрофия яичка (фото 4).

3 этап. Мануальное мышечное тестирование мышц тазового дна (подвздошно-копчиковая, крестцово- и лобково-копчиковая) и ассоциативных с репродуктивной системой (грушевидная, большая и средняя ягодичные и приводящие мышцы бедра). В случае нормального стреч-рефлекса с вышеуказанных мышц проводится провокационная проба – пациента просят напрячь мышцы живота. При этом происходит повышение внутрибрюшного давления, что способствует повышению давления в почечной вене и сбросу крови в вены семенного канатика. Проводится повторное тестирование вышеуказанных мышц. Определяются мышцы со сниженным стреч-рефлексом или гипертоничные.

Фото 5.
Мануальное мышечное тестирование

4 этап. Подтверждение того, что данное нарушение связано с аортомезентериальным пинцетом, можно получить при помощи мануального смещения тонкого кишечника пациента вверх, отток из почечной вены на время нормализуется, стреч-рефлекс с ассоциированных мышц на время восстанавливается (фото 5).

5 этап. Магнитом проводится поиск органа, патогенетически значимого в этом нарушении, при терапевтической локализации данного органа ассоциированная мышца восстанавливает стреч-рефлекс, а индикаторная – не слабеет.

Очень часто в этом процессе заинтересован сам тонкий кишечник, его брыжейка, имеет большое значение нарушение венозной и лимфатической систем кишечника.

6 этап. После нахождения значимого органа, ткани, проводится проверка приоритетности поражения – структурного, химического, эмоционального и энергетического.

Проводится соответствующая коррекция.

В случае структурного нарушения проводится подбор направления мобилизации связки и/или спазмированного участка органа, брыжейки, диафрагмы и фаза дыхания, восстанавливающий стреч-рефлекс с ассоциированных мышц.

В случае химического нарушения при помощи нозодов выявляется агент поражения и подбираются препараты, влияющие на него.

В случае эмоционального нарушения проводится подбор точек на лице и теле, эфирных масел, эссенций Баха, света, цвета, музыки и т.д.

В случае энергетического нарушения проводятся подбор точек на теле и коррекция дисбаланса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявлено, что локальный спазм гладкомышечного и/или связочного аппарата паренхиматозного органа, диафрагм приводит к топографическому дисбалансу в полостях тела. Нарушение топографии органов приводит к сдавлению левой почечной вены между аортой и верхней мезентериальной артерией, повышается гидростатическое давление и нарушается отток венозной крови из яичка, что приводит к развитию варикоцеле. Причиной дисфункции внутренних органов является химический, структурный, эмоциональный и энергетический дисбаланс в организме.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Данное заболевание, вызванное сдавлением почечной вены в аорто-мезентериальном пинцете, можно эффективно лечить консервативно, применяя методы прикладной кинезиологии. Это позволит избежать всех осложнений, связанных с анестезией и оперативным вмешательством.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Используя методы прикладной кинезиологии, можно эффективно устранить дисбаланс в организме, в частности восстановить нормальный кровоток по левой почечной вене, тем самым избежать всех неприятностей, связанных с нарушением гемато-тестикулярного барьера.

ВЫВОДЫ

1. Повышение давления в венах семенного канатика может быть следствием структурных (преобладает поражение тонкого кишечника), химических, эмоциональных и энергетических изменений в организме.
2. Устранение функциональных изменений внутренних органов приводит к восстановлению топографического баланса в полостях тела и восстановлению нормального давления в венах семенного канатика.
3. Применение методов мануального мышечного тестирования позволяет найти наиболее оптимальный способ устранения дисфункции. Дает возможность избежать всех недостатков оперативного вмешательства.

ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

ДИСКУССИЯ НА АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ В ПК

Дорогие коллеги, дискуссионный клуб вновь открывает двери. Так уж случилось, что метод прикладной кинезиологии выходит за рамки возможностей классической медицины. Ее освоение и применение требует много усилий для понимания со стороны начинающих специалистов. В связи с этим ответы на наиболее наболевшие вопросы, нам хотелось бы осветить на страницах нашего клуба.

В дискуссию мы пригласили наиболее опытных специалистов, которые многие годы занимаются прикладной кинезиологией и начинающих докторов - кинезиологов. Если у вас есть, какие-то вопросы или вы хотели бы выступить на страницах нашего журнала по уже опубликованным вопросам, мы будем рады к любым вариантам предложений. Ваши вопросы и ответы мы ждем по электронной почте vasiljeva_lf@mtu-net.ru

ЗАЧЕМ ВРАЧУ ЛЮБОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ, ЗАНИМАТЬСЯ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИЕЙ?

Занько В.А. (фото 1)

Потому что эта наука позволяет помочь любому пациенту. Врач превращается в детектива, который разматывает клубок проблем, идет по следу и узнает причину болезни. Один раз обучившись этой методике, не нужно больше искать более продвинутый метод. Потому что биологическая обратная связь с пациентом, это самый продвинутый метод. ПК включает все возможное, позволяет пользоваться разными методами диагностики и лечения, находя в каждом из них наиболее быстрый и эффективный.

Фото 1. Занько В.А.

Волынкин Н.А. (фото 2)

У любого врача наступает момент в жизни, когда он достигает определенного этапа развития, возможностей, а дальше возникают не разрешимые вопросы. Он не в силах помочь части пациентов, не в его власти разрешить все проблемы пациента. Это вызывает чувство сожаления, неуверенности в своих силах. Прикладная кинезиология дает

уверенность в своих силах, поскольку имеется обратная биологическая связь с организмом. Устранив неврологическую дезорганизацию в организме, мы даем возможность нервной системе работать правильно, а ее правильная работа залог того, что организм сам справится с любой проблемой.

Фото 2.
Волынкин Н.А.

Васильева Л.Ф. (фото 3)

Каждый человек это уникальное явление природы, одни и те же клинические проявления заболевания имеют разную этиологию и патогенез. Эти причины настолько разные, что практически не поддаются статистическому анализу, приборы, которыми пользуется врач, проводя исследование пациента, гораздо примитивнее человека, потому что они созданы человеком, и поэтому их показания имеют большую долю искажения. Человека достоверно может исследовать только другой человек, аналогичный по сложности пациенту или выше его. Именно рецепторный аппарат врача и его мозга может ответить на вопрос, что произошло с пациентом. А наличие такого метода диагностики, как ММТ, позволяет быстро и точно оценить адаптационные возможности организма на воздействие внешней и внутренней среды. Сегодня, когда ПК официально разрешена к применению, неиспользование ММТ в диагностике и лечении пациента не только не допустимо, но и преступно. Любое стандартное назначенное лечение без учета индивидуальных особенностей организма, более опасно, чем само заболевание. Как гласит народная мудрость, «будем лечить или пусть живет».

Фото 3.
Васильева Л.Ф.

Лавренов В.М. (фото 4)

Затем, что данная наука позволяет целостно взглянуть на организм человека, нет ничего невозможного, имея биологическую обратную связь, можно справиться с любой проблемой.

Фото 4.
Лавренов В.М.

ПОЧЕМУ ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ ТАК ТРУДНО ВНЕДРЯЕТСЯ В РОССИИ?

Наумов А.Л. (фото 5)

Все познается в сравнении. В России работает около 300 кинезиологов, население – около 145 млн. человек. Итого 2 врача на 1 миллион населения. Во всем мире кинезиологов около 5000 человек, из них значительная часть стоматологи. Распределены по планете неравномерно, преимущественно в странах с развитой экономикой (Америка, Европа, Австралия), где проживает около миллиарда человек, т.е. 5 кинезиологов на 1 миллион населения. Учитывая, что кинезиология как направление возникла в 1966 году, а в Россию пришла только в 1991 году – это неплохие показатели, причем с хорошей тенденцией – я стал членом МАПК осенью 2004 г., мой членский билет № 167 – это за 13 лет. И почти удвоение за неполных четыре года.

Фото 5.
Наумов А.Л.

Поэтому вопрос лучше сформулировать следующим образом: почему во всем мире кинезиология развивается с таким замедлением, несмотря на очевидные достоинства? Ответы на этот вопрос дал Джон Даймонд на своих семинарах в 2005-2007 гг. Основных причин две. Первая – дегуманизация и коммерциализация медицины во всем мире. Лечащий врач, с одной стороны, не заинтересован, чтобы платежеспособный пациент умирал, а с другой – чтобы он не выздоравливал, а жил, болел и платил за лечение пока денег хватит. Совокупные доходы фармакоиндустрии составляют около 10 триллионов долларов, из которых треть – доходы от продаж вторичных лекарств, т.е. препаратов, которые компенсируют вред, нанесенный организму собственно лекарствами. Если к этому добавить расходы на медицинское оборудование, здания, зарплату персонала, оказывается, что аллопатическая медицина является источником существования для десятков миллионов человек, и развитие прикладной кинезиологии с ее профилактической и оздоравливающей направленностью, снижая расходы на фармаклогическое и хирургическое лечение, вступает в непреодолимый конфликт с классической медициной, и прогноз на будущее неутешителен – по мере увеличения количества прикладных кинезиологов противодействие со стороны официальной медицины будет идти по нарастающей.

Вторая причина – психологическая реверсия. Т.е. и сам пациент в массе случаев (по опыту Даймонда в 90%) не намерен быть здоровым, поскольку болезнь обеспечивает ему т.н. вторичную выгоду – отдаваясь в руки врачей, он снимает с себя ответственность, оказывается окруженным вниманием и заботой, как медперсонала, так и своих близких, фактически паразитируя на этом. Таким образом, развитие кинезиологии тормозится недостаточным количеством мотивированных на здоровье пациентов.

Есть и третья причина – в рамки бюджетной и страховой медицины кинезиология плохо вписывается, поскольку, с одной стороны, затраты времени врача-кинезиолога на пациента в разы больше, чем в поликлинике, т.е. его оплата не может быть привязана к количественным показателям, по полису ОМС оплатить ее невозможно, а с другой – нет универсального протокола, по которому страховые компании могли бы адекватно оплачивать расходы на лечение, следовательно, и по полису ДМС критериев оплаты нет.

И, наконец, четвертая причина – овладение прикладной кинезиологий требует определенных интеллектуальных и

волевых усилий. Большинство наших коллег из бюджетной медицины хочет, чтобы лучше оплачивался их рутинный труд, в котором львиную долю времени отбирает заполнение медицинской документации, а не работа с пациентом, и к смене профессиональных стереотипов не готовы. Поэтому в массе своей прикладные кинезиологи – это частнопрактикующие врачи. И поскольку покупательная способность большинства россиян невысока, к тому же с явной тенденцией к снижению уровня жизни в последние 2-3 года (рост цен на продовольствие, бензин, ЖКХ), люди экономят на здоровье. Таким образом, имеется ряд объективных сдерживающих факторов для массового овладения прикладной кинезиологией и с этим надо смириться.

Лавренов В.М.

На мой взгляд, внедрение прикладной кинезиологии тормозит феномен функциональной мышечной слабости, многие неврологи не хотят его принимать, говоря, что это не может быть, потому что этого не может быть никогда. Для того чтобы этого избежать, нужно объяснять неврологам, что в основе этого феномена лежит миотатический рефлекс (стреч-рефлекс). А еще многим врачам трудно ввести в свое мировосприятие холестический подход, трудно понять, что при правильном подходе все может меняться в организме достаточно быстро. Это как у Козьмы Пруткова: «Некоторые вещи нам кажутся не понятными, не потому что они не понятны, они просто не входят в круг наших понятий». Разногласия между врачами возникают потому, что у них разные подходы, понятия, разные глоссарии.

Васильева Л.Ф.

Потому что в медицинских институтах России строят обучение, развивая аналитический ум. Аналитический подход – это придание максимальной значимости локальным, чаще всего механическим или химическим нарушениям в организме, которые сиюминутно манифестируют клинически. Для классической медицины основной структурой для осуществления управления является иерархия. Основа и модель для наук – механика, даже названия наук произведено по аналогии с элементами стройки, например, фундаментальные науки. В классической медицине наиболее успешен выверенный стандарт назначения медикаментов, физиолечение при данной патологии, которые проверены на животных и апробированы на других пациентах.

В то время как для врача-кинезиолога характерен **интегративный тип** – системное мышление, опирающееся на взаимосвязь, взаимоотношения существующих нарушений в различных системах организма (например, спазм малой грудной мышцы – это следствие гипотонии большой грудной мышцы, как возможный результат поражения желудка или печени, как следствие патологической активации висцеромоторных связей, а, может быть, результат дисбаланса энергии в меридианах желудка и печени или следствие перенесенного эмоционального стресса с преобладанием эмоции гнева или раздражения), могут быть разные варианты происхождения заболевания у разных пациентов, а клиника – одна и тоже.

Таким образом, если специалист классической медицины может обойтись знаниями своей узкой специальности, то для врача – прикладного кинезиолога это нереально. Ему необходимо быть и рефлексотерапевтом, и гомеопатом, и мануальным терапевтом, ибо только кинезиология собирает все взаимовлияния в единое целое и обладает биологической обратной связью с организмом пациента, подтверждая для себя и пациента правильность выбранного пути. К сожалению, в вузовскую программу не входит ни одно из этих направлений, и человеку нужно проходить специализацию по указанным специальностям, а это большие затраты времени и денежных средств.

ПОЧЕМУ ТАК ТРУДНО ПРОХОДИТ ПРИВЛЕЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ К ОБУЧЕНИЮ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ?

Васильева Л.Ф.

Врачу, воспитанный на аналитическом типе мышления, жестко привязан к рецептурам и стандартам диагностики и лечения. Когда врач уподобляется компьютеру, трудно оценить возможности интегративного типа мышления, где все друг с другом связано, это другой и для многих врачей параллельный мир. Непонимание рождает непринятие. Только те врачи, кто ступил на путь традиционной медицины, познав азы холестического подхода в лечении пациента, способны принять безграничные возможности ПК.

Львов С.И. (фото 6)

Это длительно и дорого, и необходимо изменить стереотип мышления. Как обойти препятствия? Да, дорого, и никак это не обойти, но зато все затраты быстро отрабатываются. Я обучался этапно, легче стало, когда стереотип мышления изменился через 1,5-2 года, потому что по-старому работать уже не можешь, а нового еще не знаешь. А экономическая отдача пошла сразу после первого цикла, окупаемость 1 к 10.

Фото 6. Львов С. И.

ПОЧЕМУ ТАК СЛОЖНО УБЕДИТЬ КУРСАНТОВ В НЕОБХОДИМОСТИ ПОЛНОГО ЗАВЕРШЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ?

Потому что овладение ПК требует времени и основанно на самообучении, саморазвитии. А именно эти навыки мало востребованы в медицинском обучении, в основном используется пассивное обучение, учитель сказал, ученик выполнил. Вопросы почему, с чем это связано, а может это по-другому, часто у учителя вызывают лишь раздражение. В ПК именно эти вопросы являются основополагающими, с них обучение начинается, ими же заканчивается. И врачу-курсанту во многом приходится себя ломать, к чему люди не всегда готовы. И поэтому когда врач прошел 5-дневный курс обучения и он сам должен отвечать на эти вопросы, он не может справиться, новый навык еще не выработался, а старый еще потерять страшно. И поэтому врач возвращается к рутинному, старому способу лечения и не приезжает на следующий цикл. А без систематического обучения навык окончательно утрачивается.

ПОЧЕМУ ОСОБЕННО СЛОЖНО СОХРАНИТЬ У ВРАЧА ПОТРЕБНОСТЬ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПК В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ?

Потому что когда врач возвращается на свое место работы, о его фундаментальном изменении мировоззрения никто не предполагает. И коллеги, и руководство, и пациенты привыкли к определенному стандарту его приема. И сознательно или бессознательно требуют возврата к старому. Кроме того, временные рамки отпуска на одну процедуру (10-15 минут) не позволяют не только провести ММТ, но и визуальную диагностику. Врач пытается найти варианты компромисса, но не всегда это возможно. Когда врач не имеет возможности ни с кем пообщаться, обсудить полученные результаты, то навыки ПК угасают, так же как иностранный язык.

Понимание врача необходимости формирования нового типа мышления, для врача-кинезиолога необходим абсолютно другой **интегративный тип** мышления, **а именно, *системное мышление***, опирающееся на взаимосвязь, взаимоотношения существующих нарушений в различных системах организма, на рассмотрение патогенеза заболевания как сети функциональных взаимоотношений.

Врач-кинезиолог подходит к организму как самоорганизующемуся существу, создающему систему взаимоотношений внутри других систем, где части создают друг друга и используют собственные методы диагностики (пульсовая диагностика, суставная игра суставов позвоночника и конечностей). Кинезиология более близка к системе традиционной медицины, чем классической, тем не менее и здесь имеется различие. При этом врачи традиционной медицины используют определенный патогенетический подход к пониманию причин заболевания и специфические методы его коррекции. А врач-кинезиолог, владея методами оценки активности рефлекса на растяжение скелетных мышц, должен определить наиболее эффективный метод как из классической, так и традиционной медицины.

Волынкин Н.А.

У людей нет сильной мотивации освоить этот метод, так как это требует много времени, сил, финансовых затрат, пересмотра своего отношения к миру и к себе, а это огромный труд, человек просто ленится это сделать. Ему проще оставить все, так как есть, по проторенной, широкой тропе всегда легче передвигаться.

ЧТО НЕОБХОДИМО С ВАШЕЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ КОНКРЕТНО СДЕЛАТЬ НАЧИНАЮЩЕМУ ВРАЧУ, ЧТОБЫ ПРЕОДОЛЕТЬ ТРУДНОСТИ НАЧАЛА ОБУЧЕНИЯ, СЛОЖНОСТИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ И ПРЕПЯТСТВИЯ В НАЧАЛЕ ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ?

Львов С.И.

Для начала нужно прийти на первый цикл. А затем четко отрабатывать материал каждого семинара, с первого дня изо дня в день, без перерыва. Только так можно перестроить тип мышления. Приобрести необходимый навык.

Волынкин Н.А.

Трудности и сложности невозможно преодолеть, можно только ускорить или замедлить процесс. Я имел твердое намерение освоить этот метод, я понял для себя, что могу это качественно и быстро сделать, только если отброшу все старые стереотипы мышления. Не буду применять ничего из старого, а буду жить и работать только по-новому.

Лавренов В.М.

Не нужно сразу же отходить от старого, нужно постепенно вводить новое в свою практику, хотя бы тестируя 15-20 мышц у каждого пациента, работая на мышце, убирая такие дисфункции как триггер, мышечно-фасциальные проблемы, проблемы аппарата Гольджи.

Васильева Л.Ф.

Перед тем как принять решение обучаться прикладной кинезиологии, необходимо понять, что это действительно ваше дело. Необходимо прочитать литературу, посмотреть диски и овладеть хотя бы одним из методов традиционной медицины (рефлексотерапия, гомеопатия, мануальная терапия). Продумать и выкроить время для посещения серии семинаров, ибо посещение одного семинара разрушит старое, но не создаст полноценного нового.

Для преодоления сложностей в процессе обучения обязательно после посещения семинара отработать практические навыки, пройденные на семинаре. И не проходить новый семинар, пока навыки, полученные на предыдущем семинаре, не отработаны. А для этого необходимо иметь видеоматериалы семинара пройденного вами. Регулярно, ежедневно смотреть материалы, хотя бы по 15 минут. Если нет возможности смотреть, можно записать на аудиокассеты и слушать в машине, при ходьбе на работу и т.д. Перед поездкой на новый семинар необходимо к нему подготовиться – посмотреть диски, прочитать литературу.

Для уменьшения препятствия в начале практической деятельности нужно:

- познакомить руководство с официальными документами, разрешающим использование прикладной кинезиологии;
- подготовить доклад на тему пройденного семинара и представить эту информацию врачам - коллегам на врачебной конференции;
- написать рекламную информацию перед своим кабинетом;
- внимательно прочитать журналы по прикладной кинезиологии и научиться в простой и доступной форме объяснять пациенту суть метода;
- стараться приезжать на обучение вместе со своим коллегой, который мог бы перепроверить ваши находки во время вашей практиечской деятельности, вас полечить и обсудить сложного с вами пациента с позиции прикладной кинезиологии.

Кафедра мануальной терапии РГМУ для повышения эффективности обучения предприняла следующие шаги. Те курсанты, кто заказывают себе диски и литературу, для предцикловой подготовки, по окончании семинара получают видеоматериалы пройденного ими семинара в подарок. Кафедра обладает более чем 300 дисками по различным аспектам прикладной кинезиологии.

ПОЧЕМУ ТАК СЛОЖНО ПРИВЛЕЧЬ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ У СПЕЦИАЛИСТА - КИНЕЗИОЛОГА, И ЧТО КОНКРЕТНО НЕОБХОДИМО С ВАШЕЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СДЕЛАТЬ, ЧТОБЫ ЭТОТ ПРОЦЕСС АКТИВИЗИРОВАТЬ

Лавренов В.М.

Принять прикладную кинезиологию может не каждый врач и не каждый пациент, потому что нужно быть достаточно чувствительным, чтобы можно было оценить разницу в получаемом рефлексе и гибким умом, чтобы принять холестический подход. Пациент должен быть готов к тому, что он будет активно участвовать в своем исцелении. К сожалению, в нашей стране люди привыкли пассивно воспринимать лечение, «я плачу деньги, ты меня лечи», такой подход в прикладной кинезиологии не допустим. Пациент сам активно принимает участие в своем лечении, сам анализирует, что делается для его здоровья. Поэтому пациента на первом сеансе приходится просто готовить, информировать, что с ним будут делать. Потому что если сразу же проводить тестирование, не объяснив ему, что происходит, то пациент сразу же отторгает все, что с ним делает врач, потому что каждый пациент приходит на прием со своим шаблоном лечения, он привык к тому, что он диктует условия врачу. И когда врач лечит, ориентируясь на восстановление рефлекса, пациент воспринимает это очень тяжело, это выходит за рамки его жизненных стереотипов.

Прикладная кинезиология – это метод не совсем простой и для того, чтобы овладеть им, требуется определенное время, не все врачи достаточно терпеливы. Освоив тестирование 3-5 мышц, они начинают эту технику широко использовать в своей медицинской практике, иногда получая из-за технически не точно выполненного теста ошибки. И поэтому появляются и осложнения, и лечение бывает не эффективно. У врача появляется разочарование в прикладной кинезиологии. Поэтому когда врач собирается заняться ей, он должен основательно продумать, а хватит ли у него сил, времени, средств, чтобы до конца пройти путь.

Львов С.И.

Я всегда стараюсь объяснить пациенту в чем его проблема и как можно ее решить. Определяю примерные сроки решения проблемы. Мы пациента делаем самодостаточным, у него появляется больше сил и, соответственно, средств к существованию, постепенно кинезиолог становится личным врачом пациента и его семьи.

Васильева Л.Ф.

Трудность заключается в том, что у людей, приходящих на лечение, сложился определенный стереотип мышления, как надо их болезнь лечить, сами пациенту порой диктуют врачу условия их лечения. И когда врач начинает делать что-то не стандартное, не укладывающееся в их голове, у пациентов все это вызывает непонимание и недоверие.

На первом приеме уметь объяснить все на языке понятном для пациента, и уделить больше времени объяснениям и демонстрации нормальных и сниженных рефлексов. Больной должен почувствовать изменение активности миотатических рефлексов, особенно это будет убедительно на крупных мышцах.

Для того чтобы таких проблем не возникало, создать возможность для ваших пациентов получить предварительную печатную информацию о методе прикладной кинезиологии, и о вашем причастии к использованию этого метода. Вы можете печатать свои статьи в журнале «Прикладная кинезиология» и дарить эти журналы своим пациентам. Больше рекламировать это направление через все виды коммуникации.

ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ В ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Л.Ф. Васильева
Научный центр прикладной кинезиологии и восстановительной медицины
Кафедра мануальной терапии РГМУ

Прикладная кинезиология уже более 17 лет успешно шествует по России и странам ближайшего и дальнего зарубежья. Ведь только благодаря возможностям кинезиологических методов диагностики, проверки реакции нервной системы на каждом приеме пациента возможно:

а) провести быструю клиническую диагностику причины заболевания пациента, узнать основную причину заболевания пациента, при этом быстро, точно и с привлечением наименьшего количества аппаратуры (особенно при наличии острого болевого синдрома) определить – можно ли помочь пациенту в условиях медицинского центра;

б) выбрать наиболее оптимальный метод лечения методами классической (медикаментозное, физиолечение) или традиционной медицины (мануальная терапия, гомеопатия, массаж, иглорефлексотерапия, аромотерапия). Другими словами, определить необходимый оптимальный арсенал методов диагностики и лечения с минимальными затратами, создать программу восстановления здоровья из множества имеющихся методов лечения и наглядно подтвердить их эффективность до начала лечения;

в) предупредить осложнения и аллергические реакции с использованием клинических тестов до начала лечения или неэффективность каждого из предлагаемых методов;

г) осуществлять постоянный контроль правильности выбранного метода и его эффективности.

Тем не менее 15-летний опыт преподавания основ прикладной кинезиологии автором этих строк в вузах нашей страны (Новокузнецкий ГИДУВ, Иркутский медицинский институт, Владивостокский университет, Российский государственный медицинский университет), а также проведения семинаров в различных странах (Казахстане, Литве, Лат-

вии, Эстонии, Германии, Израиле) привел к определенным выводам. Несмотря на очевидное преимущество данной медицинской технологии, раскрывающей перед врачом огромные перспективы, только 20% обучившихся начинают использовать данный метод в повседневной практике. В чем причины? Независимое анкетирование выявило наиболее уязвимые места как в самоподготовке враче к обучению, так и в методологии самого обучения. В рекламе прикладной кинезиологии подробно представлены ее преимущества, но не сообщается о трудностях, с которыми сталкивается врач при овладении этой дисциплиной. Сотрудниками кафедры предприняты определенные усилия для их предотвращения. Тем не менее актуальность поднятых вопросов остается прежней. Возможно, их обсуждение на страницах нашего журнала позволит каждому врачу более тщательно подготовиться, перед тем как заняться кинезиологией.

Необходимые условия для овладения прикладной кинезиологией:

1. Понимание врачом необходимости формирования нового типа мышления. Для врача-кинезиолога необходим абсолютно другой **интегративной тип** мышления, а именно – ***системное мышление***, опирающееся на взаимосвязь, взаимоотношения существующих нарушений в различных системах организма, на рассмотрение патогенеза заболевания как сети функциональных взаимоотношений. Врач-кинезиолог подходит к организму как самоорганизующемуся существу, создающему систему взаимоотношений внутри других систем, где части создают друг друга и используют собственные методы диагностики (пульсовая диагностика, суставная игра суставов позвоночника и конечностей). Кинезиология более близка к традиционной медицине, чем к классической, тем не менее и здесь имеется различие. Врачи традиционной медицины используют определенный патогенетический подход к пониманию причин заболевания и специфические методы его коррекции. А врач-кинезиолог, владея методами оценки активности рефлекса на растяжение скелетных мышц, должен определить наиболее эффективный метод из методов как классической, так и традиционной медицины.

2. Понимание необходимости обладания определенной суммой знаний, пересмотра полученной информации в неврологии, микробиологии, физиологии, фармакологии с позиции возможности их использования в коррекции структурных, химических и эмоциональных нарушений.

3. Владение хотя бы одним из методов традиционной медицины: мануальной (вертебральной, краниальной, висцеральной) терапией, иглорефлексотерапией, гомеопатией, а в будущем необходимость овладения различными специальностями традиционной медицины, позволяющими воздействовать на структуру тела (вертебральная, висцеральная, краниальная мануальная терапии), на химические процессы, происходящие в нем (аллопатия, гомеопатия, фитотерапия), на энергетическое состояние (иглотерапия), эмоциональное состояние. При этом, что особенно важно, необходимо использование разных методов терапевтического воздействия одновременнно. Это обусловлено тем, что для получения хорошего эффекта от механического воздействия необходимо в организме изменить какие-то химические реакции, восполнить энергетический пробел и изменить эмоциональное состояние. У многих пациентов такая настройка органов и систем может произойти самостоятельно, но у многих требуется профессиональная коррекция.

4. Обладание хорошими тактильными способностями для овладения искусством мануального мышечного тестирования и их постоянная тренировка. Для этого необходимо самому врачу быть здоровым и чувствительным к оценке изменения мышечного тонуса пациента. А заниматься собственным здоровьем среди медицинского контингента не принято. Только, по нашим данным, за 25-летний опыт преподавания в каждой группе обучающихся врачей, более 80% имеют спазм торако-люмбальной диафрагмы, 65% тазовой диафрагмы, 42% диафрагмы входа в грудную клетку. Слабое собственное здоровье, гипотония или гипертоничность собственных мышц как реакции на имеющуюся в организме интоксикацию приводят к тому, что врач не чувствует рефлекторной реакции мышцы пациента и не может различить нормальную и сниженную активность рефлекса на растяжение, так как собственные рефлексы ингибированы в результате патологической активности висцеро-моторных рефлексов.

Кроме того, необходимо постоянно тренировать тактильный навык. Например, распознавать мелкие монеты, находящиеся в собственном кармане или фигурки, вырезанные из бумаги, через плотный лист ватмана. Важно также особое внимание уделять развитию у себя логического мышления для составления функциональных цепей между различными органами и системами. Например, описать функциональные цепи, связывающие между собой эмоциональный стресс и компрессионно-рефлекторный синдром грушевидной мышцы.

Предпринятые меры для облегчения усвоения материала:

1. Длительность обучения. Начав с 2,5 месяцев обучения кинезиологии, мы пришли к выводу, что, учитывая здоровье наших врачей, целесообразно обучение проводить прерывистыми курсами не более 3-6 дней, разбив их на 18 циклов, которые проходят с частотой 1 раз в 2 месяца.

2. Составление материала предцикловой подготовки в виде учебных пособий, с большим количеством черно-белых иллюстраций для самостоятельного раскрашивания в разные цвета.

3. В каждом пособии в конце предложены вопросы, на которые слушатель должен самостоятельно ответить, оценивая свои самоподготовку.

4. Запись DVD-дисков лекционного материала и практических занятий для того, чтобы каждый слушатель мог в домашних условиях многократно прослушать один и тот же материал и усвоить его до семинара.

5. Проведение после каждого семинара экзамена для подтверждения правильности выполнения практических навыков слушателем.

6. Прежде чем начать обучение врачей, приходится

вначале проводить для них курс терапии и реабилитации в условиях нашего Центра кинезиологии. Учтите такую возможность, слушателю важно освободить вечернее время и использовать для собственной реабилитации.

Необходимые условия для успешного использования прикладной кинезиологии на практике:

1. Необходимо принимать ответственность за свои действия. Самостоятельное принятие нестандартных решений возникает при каждом осмотре пациента для составления алгоритма восстановления здоровья. Каждый врач, ориентируясь на симптомы, предполагает наличие конкретного заболевания и имеет принятый распоряжением Минздрава приказ о том, как необходимо такого пациента лечить. К кинезиологу обращаются с нестандартным течением заболевания. И ориентируясь на результаты мануального мышечного тестирования, врач принимает нестандартные решения, как в плане диагностики, так и в плане лечения.

2. При использовании медицинских препаратов и пищевых добавок обычно врач ориентируется на те рекомендации, которые указаны на упаковке, а именно, в какой дозировке и как необходимо принимать. Кинезиолог, ориентируясь на результаты мануального мышечного тестирования, принимает решения, не совпадающие с рекомендуемыми дозировками. И важно иметь мужество, принимая нестандартное решение, понять и объяснить, почему именно такую реакцию вызвал тот или иной препарат.

3. Уметь логически мыслить, пытать сопоставить ранее несопоставимые вещи находить и, восстанавливая активность рефлекса на растяжение скелетных мышц, находить нестандартные решения индивидуально для каждого больного.

4. Уметь просто и четко рассказать пациенту о прикладной кинезиологии, ее возможностях и методах, сделав пациента своим помощником в решении его проблем со здоровьем.

Предпринятые меры:

1. Рассмотрение на семинарах ситуационных задач, наиболее типичных в клинической практике.
2. Проведение двухдневных семинаров выходного дня с разбором использования ПК в конкретной клинической практике.
3. Организация Ассоциации прикладной кинезиологии с филиалами в разных регионах и городах страны для обеспечения реальной консультативной помощи.
4. Разработка системы дистанционного обучения и консультирования, проведения телемостов с клиническим разбором наиболее тяжелых случаев.
5. Создание сайтов и формирование рубрик «вопросы-ответы».
6. Создание на сайте и в журнале «Прикладная Кинезиология» рубрики «Прикладная кинезиология для пациента».

ВЕСТИ МАПК

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В РОССИИ

Л.Ф. Васильева
Научный центр прикладной кинезиологии и восстановительной медицины
Кафедра мануальной терапии РГМУ

Развитие истории изучения двигательной активности в России официально началась с 30-х годов XX века с работ **профессора Бернштейна Н.А.** (фото 1). В своей работе «Очерки по физиологии движения и физиологической активности (М.: Биомедгиз, 1947. – 420 с.) он установил, что имеется 5 уровней регуляции движения. Самый первый этап координации движения регулируется на бессознательном уровне и подвластен только влиянию информации, исходящей из рецепторов внешних тканей и внутренних органов. В случае нарушения этой регуляции в процессе выполнения движения у пациента диагностируется дрожание. Его работы были переведены на иностранные языки. Автор заслужил мировое признание, но на родине, к сожалению, ему не позволили завершить научные исследования.

Вторая волна интереса к координации движения появилась после работ профессора М.Р. Могендовича (ученика проф. И.П. Павлова). В своей работе «Чувствительность внутренних органов (интероцепция) и хронаксия скелетной мускулатуры» (Ленинград, 1941) он описал результаты экспериментальных исследований. Раздражая рецепторы внутренних органов у собак, он зарегистрировал изменение электромиографической активности разных скелетных мышц. Таким образом, он установил функциональные связи между внутренними органами и тонусом скелетных мышц. К сожалению, ему не удалось завершить свою научную работу, а его труды оказались под запретом.

Далее исследования продолжались в ближайших социалистических странах (Румынии и Болгарии). Результаты трудов опубликованы в работах *Гранит Р.* «Основы регуляции движений» (М.: Мир, 1973. – 340 с.) и *Робэнеску Н.* «Нейромоторное перевоспитание» (Бухарест: Медицина и физкультура, 1972. – 268 с.).

В Чехословакии основатель мануальной терапии проф. К. Левит (фото 2) часто в своих лекциях указывал на особенность функциональных взаимоотношений между различными отделами мышечно-скелетной системы. Позднее проф. В. Янда (фото 3) разработал метод визуальной диагностики локализации функционально гипотоничной мышцы на основании оценки асимметрии статики и локализации гиповозбу-

димой мышцы-агониста на основании оценки атипичности моторного паттерна. Кроме того, проф. В. Янда было разработано 5-ступенчатая диагностика снижения активности стреч-рефлекса.

Параллельно в 1936 г. Кендалл и Кендал (США) выпустили книгу «Мануальное мышечное тестирование». В 1966 г. д-р Дж. Гудхарт разработал методику использования мануального мышечного тестирования как биологической обратной связи с организмом (фото 4).

Российские ученые с этим феноменом клинического исследования мышц познакомились на международной конференции, проходившей в Москве в 1990 г. Одним из ее организаторов был А.Е. Саморуков (фото 5) (сейчас президент Российской ассоциации мануальной терапии). На конференцию были приглашены представители различных высших медицинских учебных заведений и научно-исследовательских институтов, в том числе и сотрудники кафедры неврологии Новокузнецкого ГИДУВА под руководством заведующего кафедрой проф. О.Г. Когана (фото 6). В ходе конференции проф. Коган пригласил одного из ученых-кинезиологов, д-ра Дж. Шейфера (Дания) (фото 7), провести семинар в Новокузнецке.

Обучение прошли не только практикующие врачи, но и преподаватели вузов из России (проф. Шмидт И.Р.(фото 8), проф. Васильева Л.Ф.(фото 9), проф. Тимофеева Е.И., проф. Веселовский В.П., проф. Барвинченко А.Н., академик РАМН проф. Скоромец А.А. (фото 10), проф. Федин А.И., проф. Иваничев Г.А., проф. Тимофеева М.И., проф. Киперваc И.П., доц. Кузнецова О.В.(фото 11), проф. Чеченин А.Г. (фото 12)), Белоруссии (проф. Филлипович Н.И.), Украины (доц. Кадырова Л.А.), Казахстана (проф. Красноярова Н.А.). География участников насчитывает более 60 городов России, Латвии, Литвы, Эстонии, Казахстана, Украины, Белоруссии, Германии, Израиля.

Фото 1. Бернштейн Н.А.

Фото 2. К. Левит

Фото 7. Дж. Шейфер

Фото 8. Шмидт И.Р.

Фото 3. В. Янда

Фото 4. Дж. Гудхарт

Фото 9. Васильева Л.Ф.

Фото 10. Скоромец А.А.

Фото 5. Саморуков А.Е.

Фото 6. Коган О.Г.

Фото 11. Кузнецова О.В.

Фото 12. Чеченин А.Г.

С 1991 г. по настоящее время аналогичные семинары ежегодно проводятся в разных городах. В них приняли участие видные кинезиологи: Смит К. (Англия) (фото 13), Гейтс Т. (Англия) (фото 14), Гартен Х. (Германия) (фото 15), Даймонд Д. (США) (фото 16), Шелдон Д. (США) (фото 17).

С 1991 г. по настоящее время аналогичные семинары ежегодно проводятся в разных городах. В них приняли участие видные кинезиологи: Смит К. (Англия), Шелдон Д. (США), Гейтс Т. (Англия), Гартен Х. (Германия), Даймонд Д. (США).

С 1994 г. врачи разных специальностей могут познакомиться с основами прикладной кинезиологии на циклах усовершенствования врачей в рамках возможного изменения программы обучения для врачей – мануальных терапевтов и рефлексотерапевтов. В настоящее время преподавание ведется на кафедре мануальной терапии РГМУ (проф. Васильева Л.Ф.), на кафедре реабилитации Академии постдипломного образования (Санкт-Петербург), на кафедре неврологии, мануальной терапии и рефлексотерапии (зав кафедрой проф. Чеченин А.Г.) Новокузнецкого ГИДУВа, на кафедре мануальной терапии Владивостокского мединститута (зав. кафедрой мануальной терапии Беляев А.Ф.)

Фото 13. К.Смит

Фото 14. Т. Гейтс

Фото 15. Х. Гартен

Фото 16. Д. Даймонд

Фото 17. Д. Шелдон

Фото 18. Карпеев А.А.

В 2000 г. зарегистрирована Межрегиональная ассоциация прикладной кинезиологии (МАПК), объединяющая более 200 врачей разной специальности. Ее организатором и бессменным президентом на протяжении многих лет является проф. Васильева Л.Ф. Создан сайт в Интернете www.kinesiolog.ru, издается журнал «Прикладная кинезиология».

Российские ученые внесли вклад в научное обоснование феномена функциональной мышечной слабости. Получено 10 авторских свидетельств на изобретение. Защищено 7 кандидатских и 1 докторская диссертация, опубликовано более 10 научных работ.

В 2000 г. в Российском медицинском университете организован курс традиционной медицины (зав. курсом проф. Васильева Л.Ф.) при кафедре неврологии ФУВ (зав. кафедрой проф. Федин А.И.). В 2003 г. курс преобразован в самостоятельную кафедру мануальной терапии, занимающуюся разработкой и внедрением обучения ПК в рамках мануальной терапии (зав. кафедрой мануальной терапии проф. Васильева Л.Ф.).

В 2001 г. при ФНКЭЦТМДиЛ (директор доц. Карпеев А.А.) (фото 18) организована лаборатория мануальной терапии, которую возглавляет проф. Васильева Л.Ф.

С 2005 г. Минздравом РФ утверждена программа обучения по прикладной кинезиологии «Мануальная терапия в восстановительном лечении» (более подробная информация предоставляется по электронному адресу: info-mapk@rdtc.ru)

Фото 19. Юнусов Ф.А.

В 2005 г. организована кафедра прикладной кинезиологии (зав кафедрой проф. Васильева Л.Ф.) при Российской академии медицинской реабилитации (ректор проф. Юнусов Ф.А.) (фото 19).

В 2005 г. выпущены методические рекомендации по мануальной терапии, составленные группой авторов: Карпеев А.А., Ситель А.Б., (фото 20), Скоромец А.А., Гойденко

Фото 20. Ситель А.Б.

Фото 21. Гойденко В.С.

В.С. (фото 21), Васильева Л.Ф., Саморуков А.Е. «Мануальная терапия патобиомеханических изменений, возникших при спондилогенных заболеваниях», где в состав методов мануальной терапии, разрешенных к применению на территории России, входят: кранио-сакральная, вертебральная мануальная терапия и прикладная кинезиология.

В 2006 г. на международном конгрессе, посвященном 25-летию мануальной терапии и 50-летию рефлексотерапии, проходившем в Москве, научные доклады, посвященные проблемам прикладной кинезиологии, были объединены в отдельную секцию, которую посетило более половины участников конгресса.

В 2006 г. в Москве сотрудниками Российского государственного медицинского университета и Федерального научного клинико-экспериментального центра традиционных методов диагностики и лечения Федерального агентства Россздрава под руководством проф. Васильевой Л.Ф. открыт первый в России медицинский клинико-диагностический и реабилитационный центр: «Кинезиология».

В 2007 г. на международном конгрессе по ПК секция ПК была наиболее посещаемой секцией среди остальных.

В этом году исполняется ровно 15 лет, когда мы впервые взялись самостоятельно за обучение прикладной кинезиологии врачей. Для того чтобы это было реально, нужно было организовать отдельную кафедру, разработать отдельные программы и планы, утвердить это все на ученом совете, доказать – все то, что мы преподаем, является не только новым, но и эффективным, успешным направлением в медицине. Это осложнялось тем, что прикладная кинезиология была еще не утверждена. Этот риск развития нового направления приняли на себя не только мы, но и руководство нашего института во главе с ректором, академиком, проф. Луциком А.А. (фото 22, 23). Он первый, кто прочувствовал эффективность прикладной кинезиологии и поверил, что благодаря развитию этого направления выиграет не только институт, но и вся страна в целом. Возглавляла в то время кафедру О.В. Кузнецова. Я считаю, что более объективная информация о развитии прикладной кинезиологии в российских вузах будет представлена именно ею, потому что она была первой заведующей кафедрой, которая взяла на себя ответственность за внедрение, обучение и развитие прикладной кинезиологии в нашей стране. И за это ей огромное спасибо!

Фото 22.
15 лет назад кафедра мануальной терапии. Вверху курсанты. В нижнем ряду, слева на право: асс. Варенков Д.Е., Колукарова Е.А., доц. Кузнецова О.В., ректор Новокузнецкого ГИДУВа проф. Луцик А.А., доц. Васильева Л.Ф., асс. Лерман В.Б., асс. Локтионова (Кучма) Н.С., асс. Михайлов А.М., лаборант Варенкова Л.

Фото 23.
Учебный процесс на кафедре мануальной терапии 2008 г. От видеокамеры слева на право асс. Серештан Е.П., секретарь Шлыкова Т. А., зав. каф. проф. Васильева Л.Ф.

ОТЧЕТ О СЕМИНАРЕ ДЭВИДА ЛИВА (ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ)

И.Д. Зотов (фото 1)
Научный центр восстановительной медицины и прикладной кинезиологии, Москва

Наконец-то удалось увидеть элементы спортивной кинезиологии, о которой столько слышали от наших и иностранных спортсменов, от массажистов и преподавателей кинезиологии. Этот семинар проходил в Петербурге 10-13.09 2008 г. Преподавал нам Дэвид Лив.

Его профессиональная биография достаточно интересна. Начал заниматься кинезиологией в 1971 г. Лечил 27 олимпийцев, футболистов национальной лиги, 6 лет занимался миланской командой. Принимает по 50-60 пациентов в месяц.

Первый контакт с ним несколько озадачил, в связи с несколько иной техникой тестирования и другими подходами к лечению (фото 2,3). Большое значение придавалось визуальной диагностике нарушения паттерна походки, ширине шага, было показано то, на что многими из нас не придавалось значения – нарушение паттерна физиологической походки и некоторые виды таких нарушений.

Фото 1. Зотов Игорь Дмитриевич

Основной акцент семинара был сделан на диагностике и лечении триггеров и фасциальных проблем.

I. Диагностика и лечение были разделены на обязательные этапы:

1. Визуальную диагностику нарушения статики («падение» вперед-назад, центрирование таранной кости в вилке голеностопного сустава).

Визуальной диагностики нарушения статики мало, очень важна визуальная диагностика нарушения динамики, как пациент ходит – шаг должен быть симметричным с обеих сторон (отсутствует ротация таза в одну сторону – это проблема большой и средней ягодичной и грушевидной мышц: снижение стречрефлекса этих мышц). Для осанки важнее большая ягодичная мышца, она определяет угол наклона таза. Нарушение угла таза ведет к нарушению изгибов в позвоночнике до шейного отдела.

2. Тестирование мышц для проверки найденных изменений (слабости или укорочения).
3. Соответствующее лечение нарушений.
4. Проверка результата лечения:
   a. восстановление нормального тонуса нарушенных мышц;
   b. проверка степени восстановления паттерна походки.
5. Домашние задания для пациента для тренировки нарушенного паттерна, восстановления своевременности включения мышц в физиологический паттерн движения.
6. «Скрытая» проверка выполнения заданий пациентом при следующей явке тестированием.

Большое значение для лечения нарушений Лив придавал восстановлению биомеханики и физиологии шага на различных уровнях (стопа, голень, бедро).

II. Проблемы нижних конечностей рекомендует начинать искать сидя.

Для примера продемонстрировал клинический случай.

Фото 2. Дэвид Лив тестирует мышцы

Фото 3. Дэвид Лив тестирует мышцы

Первая мышца флексор бедра – подвздошно-поясничная. Сидя: обе подвздошно-поясничные имеют сниженный рефлекс на растяжение, но лежа – нормальный рефлекс на растяжение, именно поэтому лежа мышцы тестировать начинать не надо. Скорее всего, это проблема компрессии на уровне поясничного отдела позвоночника. Для исключения компрессии можно опереться руками, сидя, в кушетку: исходно обе подвздошно-поясничные имеют сниженный рефлекс на растяжение. Пациент оперся руками о кушетку, обе подвздошно-поясничные имеют нормальный рефлекс на растяжение. Восстановление рефлекса на растяжение мышц при наклоне вперед указывает на проблему межпозвоночных суставов. Наклон вперед разгружает фасетки.

III. При укорочении шага всегда надо начинать с проблемы диска, фасетки, которые пока безболезненные и сам пациент внимания на эту проблему не обращает.

IV. Если врач сумеет повторить походку больного, то сумеет понять, какую мышцу больной включает неправильно.

Хроническая патология приводит к неравномерности шага, и если после лечения не восстановить шаг, то нарушение физиологии шага вновь будет приводить к искажению физиологии на других уровнях и возвращать к исходной проблеме.

V. Триггер дает снижение силы в укороченной мышце.

СТОПА

Контролировать стабильность голеностопный сустав – стопа, нужно спереди и сзади. При контроле в статике стопы важна стабильность тарана. Он всегда должен быть в центре вилки голеностопного сустава. При нестабильности тарана появится его смещение.

Фото 4. Графический контроль стопы на бумаге

Визуально контролировать стопу можно графически на бумаге. Это помогает и больному оценить результаты лечения (фото 4).

Контроль стопы: сидя обводят контур стопы, затем снова обводят стоя при полной нагрузке на обе ноги. Расширение периметра стопы стоя может быть 2-3 см, иногда 4-6 см и более. Это зависит от распределения веса тела. В норме контуры стопы должны быть одинаковы и одного размера стоя и сидя, с нагрузкой и без. Если стопа имеет тенденцию к удлинению, то это всегда проблема пяточной кости.

Нормальный паттерн опоры на стопу состоит их 5 основных этапов:

1. Опора (удар) пяткой.
2. Перенос веса тела на опорную ногу.
3. Перекат по наружному своду стопы.
4. Опора на пальцы стопы.
5. Толчок I-м пальцем стопы.
   - Перенос второй ноги вперед.
   - Опора (удар) пяткой второй ноги и повторение первого цикла.

Нарушения стереотипа походки и нормальной физиоло-

гии переката стопы приводят к нарушениям в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах.

Первый шаг начинается с падения, и для этого расслабляется икроножная мышца. При падении тела назад в статике икроножные мышцы не могут рефлекторно расслабляться. Существует множество причин нарушения расслабления икроножной мышцы и одно из них – воспаление ахиллова сухожилия.

При работе со стопой оценку надо начинать проводить стоя. В статике оценивается положение таранной кости в вилке голеностопного сустава (должны быть симметричны и на одной линии), положение стоп. Затем надо встать на «цыпочки». Сначала сокращается икроножная и камбаловидная мышцы, третичные малоберцовые мышцы, они стабилизируют тело в первую очередь, затем включаются задняя большеберцовая, длинная и короткая малоберцовые и сгибатели пальцев. При подъеме на пальцы стоп «цыпочки» должна включиться вся эта последовательность мышц для стабилизации тела.

Клинический пример: на «цыпочках» стопа уходит вперед (слабость малоберцовой мышцы), неуверенность подъема на пальцах, разгибание пальцев стоп, а должны пальцы сгибаться. Разгибатели пальцев помогают задней большеберцовой мышце.

Короткий сгибатель большого пальца стопы (фото 5)

Тест. Врач I и II-м пальцами удерживает и разгибает в тыльную сторону I палец пациента, а больной сгибает палец против сопротивления врача. Снижение стреч-рефлекса свидетельствует о синдроме тарзального туннеля. Устранение ущемления глубокого малоберцового нерва приводит к снижению боли, а стреч-рефлекс в сгибателе I пальца восстанавливается. Это ***проблема дислокации пяточной кости***. Если стопа имеет тенденцию к удлинению при графическом тесте, то надо иметь в виду возможность проблемы пяточной кости. Одним из показателей служит боль при пальпации в I плюсне-фаланговом сочленении (в этом месте у женщин возникают «шишки»).

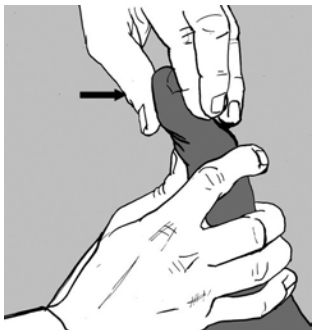


Фото 5.
Тестирование короткого сгибателя большого пальца стопы

Лечение проводится, как описано у Рыхликовой, Левита: врач одной рукой фиксирует пяточную кость сзади (берет в ладонь пяточный бугор), а другой рукой «вилкой» (I и II пальцами по бокам на таранную кость под верхушками лодыжек) смещает таран кзади, вызывая смещение пяточной кости кпереди.

Клинический пример: пальпаторно – боль в I плюсне-фаланговом суставе слева. При смещении «вилкой» левой таранной кости кзади, пальпация I плюсне-фалангового сустава становится безболезненной. При устранении ущемления глубокого малоберцового нерва боль проходит, а стреч-рефлекс в сгибателе I пальца восстанавливается.

Длинный разгибатель большого пальца стопы (фото 6)

Ситуация, противоположная сниженному стреч-рефлексу короткого сгибателя большого пальца стопы. При ходьбе больной «цепляется» пальцами и стопой за пол. При правильной походке шаг с пятки идет на пальцы стопы, затем производится толчок пальцами стопы. Если I палец не контролируется, то правильно больной ходить не может (это особенно важно для спортсмена для увеличения скорости). У таранной кости есть анатомическая возможность смещаться вперед, что приводит к сдавлению малоберцового нерва под Retinaculum. Смещение тарана приводит к расширению вилки голеностопного сустава, нестабильности стопы, склонности к травматизации элементов стопы и голеностопного сустава.

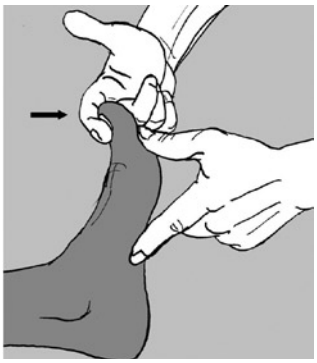


Фото 6.
Тестирование длинного разгибателя большого пальца стопы

Компрессия нерва под Retinaculum приводит к ощущению анестезии, напряжению, боли в области тыла стопы, в I межпальцевом промежутке, а при пальпации таранно-пяточного сустава сильная болезненность или боль.

Тест. I-й палец врача на тыле I плюсне-фалангового сустава стопы пациента, затем врач переводит палец пациента в подошвенное сгибание, а больной сопротивляется, разгибая большой палец стопы (важно: I-й палец врача ложится на весь большой палец стопы пациента по всей длине, чтобы проверять только плюсне-фаланговый сустав). Наличие сниженного стреч-рефлекса обусловлено ***передним смещением тарана***.

Лечение, как и в первом случае. Техника та же, но устраняется переднее смещение таранной кости. Смещение тарана кзади создает свободу между костью и Retinaculum, что приводит к усилению за счет освобождения нерва. В случаях, когда заднее смещение тарана не дает усиление, надо проверять более высокие уровни возможной компрессии нерва по ходу на голени.

Длинная малоберцовая мышца (фото 7)

Тест. При тестировании важно, чтобы локтевой сустав врача был ниже уровня кушетки, а сам врач работал не руками, а ногами. Малоберцовые мышцы настолько силь-

Фото 7.
Тестирование длинной малоберцовой мышцы

ные, что удерживают вес всего тела человека. Врач давит по дуге снаружи – внутрь против сопротивления пациента. При снижении стреч-рефлекса длинной малоберцовой мышцы пальпация медиального края икроножной мышцы даст сильную боль. Очень часто причиной является ***смещение головки малоберцовой кости***. Для проверки пациент сам может сдавить проксимальный синдесмоз на уровне головки малоберцовой кости, прижимая ее к большеберцовой, и мышца при тестировании восстановит стреч-рефлекс. Латеральная группа разгибателей бедра крепится к головке малоберцовой кости, и снижение стреч-рефлекса длинной малоберцовой мышцы может привести к снижению рефлексов на растяжение разгибателей бедра. В этом случае методика поможет спортсменам для восстановления силы разгибателей бедра. Кроме этих случаев, все эти проблемы могут быть результатом скручивания голени, что приводит к слабости фиксации головки малоберцовой кости в проксимальном синдесмозе.

Лечение состоит в восстановлении фиксации проксимального синдесмоза:

1. «тэйпирование» синдесмоза фиксатором на «липах»;
2. тренировка малоберцовой мышцы;
3. восстановление мышц – фиксаторов проксимального синдесмоза (задняя большеберцовая).

Показанием для восстановления «вилки» проксимального синдесмоза являются исходная слабость длинной малоберцовой кости и болезненность при пальпации медиального края икроножной мышцы в верхней трети голени.

Задняя большеберцовая мышца (фото 8)

Тест. Техника та же, что и при тестировании длинной малоберцовой мышцы, только сопротивление врача изнутри кнаружи. Должна контурироваться передняя большеберцовая мышца. При снижении стреч-рефлекса больной будет ротировать всю ногу. Тест всегда идет по дуге. Если сниженный стреч-рефлекс длинной малоберцовой мышцы – это результат смещения головки малоберцовой кости, то сниженный стреч-рефлекс задней большеберцовой мышцы – *это опущение ладьевидной кости*, что приводит к растяжению сухожилия. В этом случае возможна болезненность при пальпации по задней поверхности внутреннего края большеберцовой кости.

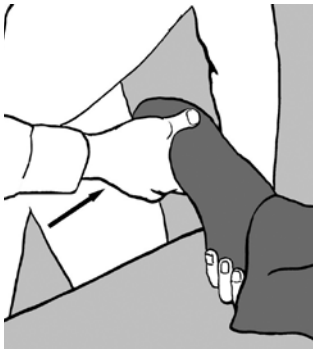


Фото 8.
Тестирование задней большеберцовой мышцы

Большеберцовая и малоберцовые кости должны удерживаться рядом друг с другом. В основном это осуществляется за счет задней большеберцовой мышцы, которая сама частично фиксируется к межкостной мембране. Если таран смещается вперед, то «вилка» голеностопного сустава расширяется за счет трапециевидной формы таранной кости. Если смещается головка малоберцовой кости, то расширяется проксимальный синдесмоз. Для тренировки синдесмозов необходимо укрепление задней большеберцовой мышцы, а восстановление функции ее позволяет восстановить функцию синдесмозов.

Лечение будет состоять в подъеме ладьевидной кости по «классической» технике. Эта техника также описана и в пособии Рыхликовой, и у Левита. Подъем ладьевидной кости слева: врач левой рукой (I-й палец на тыле стопы, остальные – на подошве охватывают стопу). III-м пальцем поднимает ладьевидную кость, а II-м – удерживает ее. После чего при ретесте восстанавливается стреч-рефлекс задней большеберцовой мышцы.

Третичная малоберцовая мышца (фото 9)

Тест. При ее тестировании движение идет от 22:00 к 16:00 или от 14:00 к 20:00. Тест всегда идет по дуге. При поражении непосредственно самой мышцы надо проводить массаж кожи и коррекцию кубовидной кости. Существует несколько причин исходного снижения рефлекса на растяжение третичной малоберцовой мышцы.

Фото 9.
Тестирование третичной малоберцовой мышцы

1 причина: ***поверхностное повреждение кожи и фасции в области стопы, нижней трети голени***. Это включает проприорецепцию кожи и приводит к перерастяжению. Например: передняя дельтовидная мышца поднимает руку, а широчайшая мышца при этом угнетается и активизирует растяжение кожи. Исходно широчайшая мышца имеет хороший рефлекс на растяжение. Если кожу по задней аксиллярной линии на уровне подмышки растянуть, то рефлекс снизится примерно на 3 минуты.

2 причина: ***латеральное смещение кубовидной кости***. При тестировании очень часто III-й палец врача удерживает кубовидную кость. Поэтому при первом тестировании надо избегать контакта врачом с кубовидной костью.

3 причина: ***растяжение общего малоберцового нерва в верхней трети голени***.

Клинический пример: В анамнезе удар по левой стопе в положении супинации. Боль по переднему краю наружной лодыжки слева. Снижен стреч-рефлекс длинной и третичной малоберцовых мышц. При снижении стреч-рефлекса третичной малоберцовой мышцы сначала проверяем кожу и фасцию. При травме остается рефлекс на коже, угнетающий силу мышцы. Проводится перемещение кожной складки кпереди от верхушки наружной лодыжки до уровня перехода лодыжки в малоберцовую кость, примерно 5-6 раз. Ретест: стреч-рефлекс третичной малоберцовой мышцы восстановился. Боль прошла. Делается складка выше. При проблеме с растяжением кожи можно спровоцировать снижение стреч-рефлекса мышцы, если сдавить ее поперек. Провокация мышцы на данном участке и выполнение теста.

Если возникает снижение рефлекса, то массаж делать на уровне провокации. Это использование направленной силы. Так можно лечить очень длительно существующие проблемы повреждения суставов.

При каждом подворачивании стопы, травме голеностопного сустава страдает кожа и фасция, поэтому часто надо проверять проблемы кожи. Можно использовать технику связок.

СВОД СТОПЫ

Иногда есть возможность избыточного сокращения подошвенных мышц, а они могут ингибировать мышцы позвоночника. Если не работают должным образом большая ягодичная мышца и разгибатели бедра, то страдает фиксация таза. Нарушение верхней трапециевидной мышцы приводит к дестабилизации шейного отдела позвоночника. Широчайшая мышца спины, ромбовидная, средняя трапециевидная стабилизируют грудной отдел. При проверке они будут иметь хороший рефлекс на растяжение лежа и сидя, но сниженный при тестировании стоя.

На подошвенной поверхности стопы много триггеров и они могут располагаться и на медиальной, и на латеральной стороне относительно срединной линии подошвы.

Клинический пример: у пациента (с падением назад в статике) все разгибатели справа имеют сниженный стреч-рефлекс (средняя порция трапециевидной, широчайшей мышцы спины, разгибатели шеи). У него нет нормального тонуса и поддержки разгибателями. Сидя все эти разгибатели восстанавливают стреч-рефлекс. Рефлекторно при наклоне вперед сокращается подошвенный комплекс, и расслабляются разгибатели. Постоянное перенапряжение мышц стоп стоя приводит к тому, что мозг получает сигнал о падении вперед. Сидя: средняя порция трапециевидной справа. Все то же происходит и при шаге, шаг – остановленное падение. Пальпация грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа болезненна. У него это часть паттерна движения.

Лечение: Если согнуть пальцы и плюсну в сторону внутренней лодыжки, то пальпация будет безболезненной. Это положение надо удерживать до 1,5-2 мин. Можно поработать и с веретенами, сближая их. Это приводит клетки веретена в одинаковое состояние. Затем лечение триггеров на наружной стороне. Надо разогнуть стопу и провести фасциальный массаж подошвы на наружной стороне подошвенной поверхности. Затем проверить подошву на другой стороне. После коррекции стоп проверяем стоя разгибатели, бывшие исходно со сниженным стреч-рефлексом – они все восстановят стреч-рефлекс. Теперь и спинальные структуры будут работать правильно.

Большое значение, по Ливу, имеет приобретенное или врожденное уплощение свода стопы. Каждый пациент старше 21 года должен работать над увеличением свода стопы. Бывает плоскостопие, которое не надо корригировать или коррекция должна быть частичной. Если при плоскостопии возникает деформация стопы, то это приведет к формированию вальгусной деформации больших пальцев стоп и молоткообразной деформации II-х пальцев. Главное, включить самовосстановление стопы и голеностопного сустава. Важно содружество в комбинации работы длинной и короткой малоберцовых мышц с задней большеберцовой, у которых есть общие места фиксации на стопе. Именно эти мышцы удерживают стопу и ее своды. Если нарушена правильная фаза толчка, то будет развитие вальгусной деформации I пальцев стоп. Кроме того, надо смотреть и функцию короткого разгибателя I пальца стоп.

Чем выше каблуки у женщин, тем меньше нужна поддержка для стопы. Высокий каблук сам держит высокий свод стопы, и женщины чувствуют себя лучше.

Стельки не заменяют работу мышц и при реабилитации нужны временно. При ношении стелек и тренировкой мышц можно отказаться от стелек через 6-9 месяцев. Свод работает, как рессора, и стелька должна быть легкой и эластичной. Супинаторы бывают для поперечного и продольного сводов, и они должны быть мягкими. Обувь с вделанной стелькой не надо брать, надо стельки подбирать индивидуально. В стопе при снижении стреч-рефлекса мышц опускается ладьевидная кость и при этом снижается стреч-рефлекс с мышцы, которая удерживает стопу и ладьевидную кость в правильном положении – задняя большеберцовая. Если последнюю не включить, то ладьевидную кость не поднять. Но если кость некоторое время поддерживается в нормальном положении, то за это время мягкие ткани приходят в нормальное состояние, которое позволит обеспечить поддержку стопы.

Показанием для использования стелек служит болезненность при пальпации верхушки большого вертела, ромбовидной, квадратной мышцы поясницы, лестничной или крыловидного кармана (это конец мышечной цепи, по Янде), а также исчезновение или уменьшение болезненности при устранении пронации стопы.

Мышечные цепи, по В. Янде. Это мышцы, которые перенапрягаются при избыточно поднятой или опущенной стопе. Опущенный или поднятый свод стопы приводит в напряжение все мышцы туловища в определенной последовательности. Так, избыточная пронация стопы приводит к тибиальной торзии и торзии бедра. При бурсите или тендините большого вертела часто будут уплощения свода стопы с этой же стороны.

Для первичного нахождения триггера в области большого вертела врач должен встать сзади пациента и положить пальцы рук на верхушки больших вертелов, затем пациент должен провести пронацию и супинацию стоп. Пальпация при этом верхушки большого вертела становится очень болезненной. Нормальная установка стоп резко уменьшит болезненность.

Для дальнейшего выявления степени пронации при подборе стельки врач заводит свою ногу между ног пациента и свою стопу подставляет под внутренний свод стопы пациента, изменяя степень пронации (вставляя глубже или вытаскивая конец стопы или поднимая и опуская пальцы стопы под внутренним краем стопы пациента), и пальпируя степень болезненности в области большого вертела. Тест мышц проводить лучше в средней фазе шага, когда человек переносит вес на опорную ногу. Нога должна быть в том положении, в котором она бывает, когда на нее переносится вес тела при ходьбе. Человек должен переносить вес тела с одной ноги на другую без нестабильности в стопе.

ПРОВЕРКА СТЕЛЕК-СУПИНАТОРОВ

Пациент встает ногой на стельку, и в то же время проводится пальпация верхушки большого вертела (должна быть безболезненная). Пальпация головок плюсны – безболезненная. Сила короткого разгибателя большого пальца стопы на этой же стороне в норме. Вес тела переносится вперед на ногу со стелькой, и проводится ретест короткого разгибателя, при неправильно подобранной стельке будет отмечаться снижение стреч-рефлекса. В норме такого не должно быть. Пальпация верхушки большого вертела и головок плюсны может дать болезненность, иногда очень выраженную.

Под передний свод стопы можно подкладывать предметы разной толщины до усиления разгибателя большого пальца (монеты, шпатель). Можно положить шпатель под стопу и, перемещая его, определить, где должна быть поддержка поперечного свода. Пальпация без стельки по медиальной и латеральной поверхности пяточной области дает сильную боль (эта боль может быть при неправильной позиции пяточной кости). Стелька под стопой должна усилить все ослабленные мышцы, и пальпация мест болезненности должна стать безболезненной. Если правильно работают пальцы стопы, то расслабление идет до шейного отдела позвоночника, по всему телу. При нарушении функции стопы будут проблемы поясничного отдела позвоночника, таза, шейного отдела позвоночника, височно-нижнечелюстного сустава. Надо формировать правильную походку с правильной цепью включения и расслабления мышц.

Подбор ортопедической обуви. Стоя без обуви пальпируется большой вертел (место фиксации средней ягодичной мышцы), квадратная мышца поясницы, ромбовидные, лестничные мышцы справа. Отмечается боль только в лестничных мышцах справа. Пациент обувается, повторяется пальпация всех перечисленных мышц. Если все мышцы, включая лестничные, безболезненны, значит – обувь подходит. Но при постоянной носке с высоким каблуком будет укорочение икроножных мышц. Такая обувь нужна как временная поддержка.

СИНДРОМ МАЛОБЕРЦОВОГО НЕРВА

Лечение: больной самостоятельно периодически сдавливает головку малоберцовой кости, прижимая ее к большеберцовой кости. Во время манипуляции головка малоберцовой кости помещается между возвышением I и V пальцев. Сдавление проводится 5-6 раз, затем бинтование голени на уровне проксимального синдесмоза.

Кроме того, первые 7-10 дней проводится изометрическая тренировка для задней большеберцовой мышцы: больной сидя давит стопой внутрь против сопротивления (на противоположную стопу, против сопротивления врача или на ножку мебели). После 7-10 дней начинается динамическая нагрузка на мышцы. Лечение не менее 3 мес. В случае дисбаланса таза или пронации голеностопного сустава лечение будет еще дольше.

СПОРТ

У спортсменов и хронических больных важно убедиться, что мышца может свободно двигаться во всех направлениях без спаек, задержек, не нарушен скользящий аппарат. Для этого есть «щипковый тест». По Гудхарту, «щипковый тест» указывает на необходимость использования техники «натяжения-противонатяжения». Показанием для этой техники может быть ослабление исходно сильной мышцы при ее смещении в поперечном или косом направлении благодаря мышечной памяти. Если при поперечном давлении на мышцу будет ослабление, то можно использовать и другие техники для лечения:

1. Массаж поперек хода мышечных волокон.
2. Больной делает полный объем движений этой мышцей против сопротивления врача, а врач другой рукой фиксирует работающую мышцу, ограничивая работу волокон.
3. Возможен массаж фасции во время пассивного движения мышцей или сегментом.
4. Можно использовать объем движений с укорочением определенных секций мышцы во время движений. Желательно все это делать и во время активных движений больного. Если движения невозможны, то можно производить постукивание по мышце или сухожильной части.

После острых травм желательно пассивные движения начинать со 2-го дня, но сначала – холод и покой. В случае повреждения связок придается максимально физиологическое положение суставу с иммобилизацией. Через 4 дня активные движения для предотвращения спаек и застоя крови. В пище контролировать поступление белков для образования достаточного количества коллагена. Энзимы и глюкозамины при сильных поражениях. Восстановление биомеханики стопы начинать как можно раньше. Как только при лечении начинается опора стопы, сразу восстанавливается перекат стопы. Восстановление переката стопы – это 85% успеха.

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ ТРЕНИРОВКИ СТОПЫ ДОМА

1. И.П.: Больной сидит, ноги не достают до пола, стопа находится в крайнем положении подошвенной флексии.

1. Сначала пальцы стопы переводятся в состояние крайнего тыльного сгибания.
2. Затем вся стопа переводится в положение крайнего тыльного сгибания.
3. Затем пальцы стопы переводятся в состояние крайнего подошвенного сгибания.
4. Затем вся стопа переводится в положение крайнего подошвенного сгибания.

Все движения производятся плавно, медленно с максимальным усилием. Сначала вектор движений стопой нейтральный (подошвенная и тыльная флексия), затем снаружи-внутрь (вектор от наружной лодыжки к внутренней) и изнутри-кнаружи.

2. Желательно следующее упражнение делать против сопротивления.

И.П.: Больной на спине, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах, стопы стоят на горизонтальной поверхности.

1. Сначала стопа, не отрываясь от горизонтали, ротируется кнаружи в крайнее положение.
2. Затем стопа, не отрываясь от горизонтали, роти-

руется кнутри в крайнее положение.

3. Отработка паттерна и стереотипа правильной походки.

1. Опора (удар) пяткой.
2. Перенос веса тела на опорную ногу.
3. Перекат по наружному своду стопы.
4. Опора на пальцы стопы.
5. Толчок I-м пальцем стопы:
   - перенос второй ноги вперед;
   - опора (удар) пяткой второй ноги и повторение первого цикла.

КОЛЕНО

Вообще, исходно предполагается нормальная функция мышечного корсета вокруг колена для нормальной работы коленного сустава. Большое значение Лив придавал подколенной мышце для функции коленного сустава, сравнивая ее с передней крестообразной связкой в самом суставе. Эта мышца определяет положение мениска, замыкает сустав при сгибании и поддерживает функцию передней крестовидной связки. Снижение стреч-рефлекса подколенной мышцы ведет к удлинению передней крестовидной связки. Большинство болей в коленном суставе при пателофеморальном синдроме связано с проблемами четырехглавой мышцы. Пассивные смещения надколенника должны быть симметричны и одинаковы как в наружную, так и внутреннюю сторону.

Если есть ограничение подвижности надколенника, то сначала проверяем на снижение стреч-рефлекса наружную и внутреннюю головки четырех главой мышцы. Снижение стреч-рефлекса одной головки приводит к укорочению другой и ограничению подвижности надколенника в одном или нескольких направлениях. Кроме того, можно использовать щипковый тест одной из головок четырехглавой мышцы, что приведет к снижению стреч-рефлекса прямой мышцы, что будет показанием для лечения головки, давшей при щипке снижение стреч-рефлекса.

Интересно замечание Лива о том, что проблема подколенной мышцы и коленного сустава редко связана с проблемами желчного пузыря.

(Продолжение в следующем номере журнала)

ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕНИИ СЕМИНАРА ДЖ. ШЕЙФЕРА, ПОСВЯЩЕННОГО ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ ПРОБЛЕМАМ И ВЛИЯНИЮ ОБМЕННЫХ НАРУШЕНИЙ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ НА ФУНКЦИЮ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

В.М. Лавренов (фото 1)
Научный центр восстановительной медицины и прикладной кинезиологии, Москва

В сентябре 2006 г. в Москве проходил очередной семинар Джозефа Шейфера, организованный Межрегиональной ассоциацией прикладной кинезиологии. Семинар состоял из двух частей. Первая часть была посвящена эмоциональным нарушениям и их коррекции. Во второй части речь шла о влиянии нарушений КЩР на функционирование нервной системы. Мне особенно понравилась тема, посвященная нарушениям обмена веществ в которой преподаватель осветил проблему нарушений КЩР и его коррекции.

Лектор подчеркнул, что буферные системы организма крайне важны, они способствует поддержанию должным образом многих функций организма. Работа ферментов эффективна в пределах определенных pH внутренней среды, многие метаболические функции также находятся в непосредственной зависимости от способности организма стабильно поддерживать кислотно-щелочное равновесие.

Будучи очень важной частью комплекса поддержания гомеостаза, бикарбонатная буферная система, даже при затрудненном функционировании, быстро реагирует на метаболические изменения и химические провокации, стараясь их компенсировать. Учитывая это, пациенты не всегда будут реагировать положительно на провокации веществами, влияющими на pH, даже если у них имеется нарушение равновесия (дисбаланс) буферной системы. Например, у некоторых пациентов, в силу определенных особенностей, дисбаланс может больше проявляться утром, чем вечером, и наоборот. У женщин подобные нарушения КЩ равновесия могут происходить в зависимости от фаз менструального цикла. Данные особенности могут иногда вносить путаницу в тестирование отклонений pH, поэтому доктор должен учитывать и использовать подобную информацию при тестировании, для получения правильных представлений о процессах, происходящих в организме пациента.

Фото 1. Лавренов Владимир Михайлович

Положительные реакции, полученные при тестировании отклонений pH, способствуют лучшему пониманию и выявлению общих метаболических нарушений у пациента, особенно если организм находится под действием какого-либо стойкого стресса. У пациентов, имеющих стойкий кислотный сдвиг под действием стресса, реакции организма будут сильно отличаться от реакций пациентов, имеющих щелочные сдвиги при действии стресса.

Очень интересными и заслуживающими внимания были визуальные и клинические характеристики, которые Дж. Шейфер дал пациентам с предрасположенностью к кислот-

ному и щелочному сдвигу метаболизма (внешний вид, тонус мышц, психологический портрет и т.д.). На мой взгляд, это имеет большое практическое значение. Начиная разговаривать с пациентом и обследуя его, мы уже по внешним данным можем предположить, с каким типом метаболизма имеем дело. А это уже несколько облегчает наши дальнейшие умозаключения и действия.

Лектором был предложен перечень нутриентов, необходимых для каждого типа кислотно-щелочного сдвига: 1) при сдвиге PH в щелочную сторону необходим прием, в соответствующих дозах, магния, марганца, меди, хрома, железа, калия, биотина, PABA, вит. C, D, A (рыбий жир), B1,B2, B3, B6, B9, а при сдвиге в кислую – цинка, кальция, йода, фосфора, холина, инозита, никотинамида, вит. E, A (пальмитат), B5, B12.

По нашим представлениям, если пациент нуждается в большом перечне необходимых нутриентов для решения своей проблемы, то этот дефицит – только маркер имеющегося сдвига. Такому пациенту нет смысла назначать данные препараты, ему необходимо восстановить КЩ баланс, и организм сам сможет взять необходимые нутриенты из поступающих продуктов, **так как в норме при хорошо сбалансированном питании недостатка быть не должно**. Если же пациент испытывает недостаток только в одном из препаратов, причина его дефицита может быть в другом.

От полипрогмазии к разумному применению препаратов – наиболее правильная и безопасная для пациента позиция врача, использующего в своей практике целостный, холистический подход.

Особенно важным для практического врача является понимание актуальности оценки такого показателя метаболизма, как КЩР. Сдвиг КЩР м.б. использован как один из глобальных показателей нарушения обмена веществ. Причем мы можем использовать нарушение КЩР как явный показатель неблагополучия в организме и наличия хронического метаболического стресса. Мы также косвенно можем судить о степени нарушений обмена веществ по глубине кислотного или щелочного сдвига. К сожалению, сложно определить количественно степень КЩ сдвига при таких не грубых (не критических) единицах отклонения, т.к. доступная аппаратура предназначена для оценки грубых сдвигов КЩР. Но мы можем косвенно судить о степени КЩ сдвига при ММТ по применяемой провокации, способной вызвать слабость мышцы-индикатора: 1) Если слабость мышцы индикатора возникает при применении химической провокации (кислота для кислотного типа и щелочь для щелочного), и реакция мышцы достаточно явная, то мы можем думать о более выраженном сдвиге КЩР. 2) Если одной химической провокации недостаточно и приходится применять дополнительно дыхательную провокацию (задержка дыхания до 20" для кислотного типа и гипервентиляция для щелочного), то мы можем думать о легком сдвиге КЩР или о тенденции к нему.

Оценка сдвига КЩР и его правильная интерпретация поможет использовать данный показатель и как диагностический критерий, и как показатель динамики процесса или ее отсутствие. Это особенно важно, когда приходится иметь дело с пациентами, имеющими хронические проблемы со здоровьем, длительный болевой синдром, склонность к рецидивированию, дисфункции многих органов и систем.

Этапы диагностики, которые предлагает Дж Шейфер:

1 этап: проводится ММТ, выбирается исходно сильная мышца индикатор (МИ) – m.PMS хорошо подходит для этой цели, т.к. она имеет характерную связь с метаболическими сдвигами, создается терапевтическая нагрузка в виде расположения кислоты (молочная или соляная кислота) или щелочи (сода) в ампуле на кожу пациента под южный полюс магнита, и проводится повторное мышечное тестирование мышцы-индикатора. Оценивается – изменение реакции мышечного теста (ослабление МИ) на расположение нозода является реакцией организма на избыток кислотности или щелочности (в зависимости от использованного нозода).

2 этап: с терапевтической нагрузкой в виде расположения кислоты или щелочи в ампуле на кожу пациента, проводится терапевтическая локализация (ТЛ) – последовательное прикосновение рукой пациента или магнитом (юг или север) к кожным проекциям внутренних органов, которые предположительно могут служить причиной сдвига КЩР и его стойкого нарушения. Одновременно проводится мышечное тестирование. При каждом тестировании проводится перкуссия темпоро-сфеноидальной линии слева правой рукой врача для подтверждения достоверности полученного результата.

Оценивается: изменение реакции мышечного теста (ослабление МИ) при ТЛ над проекцией органа позволяет предположить, что нарушения в данном органе могут служить причиной сдвига КЩР.

3 этап: проводится мануальное тестирование ассоциированной (связанной) с предполагаемо-вовлеченным органом мышцы, для выявления ее слабости или сверхфасилитации.

Оценивается: выявленная слабость или сверхфасилитация ассоциированной с органом мышцы подтверждает вовлечение данного внутреннего органа в патологический процесс, играющий актуальную роль в нарушении КЩР.

4 этап: проводится мануальное тестирование ассоциированной с вовлеченным органом мышцы с использованием диагностических нозодов (вирусы, бактерии, грибки, паразиты, химикаты и др.) до восстановления ее нормотоничности.

Оценивается: нозод, возвративший мышце нормотоничность, является основным патогенным фактором нарушения функции органа.

5 этап: Проводится повторное мануальное мышечное тестирование МИ: с терапевтической нагрузкой в виде расположения кислоты или щелочи в ампуле на кожу пациента под южный полюс магнита и одновременным помещением в руку пациента найденного диагностического нозода.

Оценивается: нормотоничность мышцы подтверждает влияние патологического процесса в выявленном внутреннем органе на сдвиг и стойкое нарушение КЩР.

Семинар проходил в дружеской обстановке, было около 50 участников из разных стран. Это позволило плодотворно обменяться опытом и почерпнуть много полезной информации для практического использования в своей работе.

После семинара мы активно использовали данную ме-

тодику, но не изолированно, а в контексте с комплексным решением химических проблем.

На основании собственного опыта мы пришли к заключению о том, что необходимо эту методику использовать при лечении пациентов с хроническими проблемами (хронические болевые синдромы).

Возможно, целесообразно не только воздействовать на причину стойкого сдвига КЩР, но и назначать специфическую программу питания в зависимости от типа сдвига КЩР, определенный тип минеральной воды (кислая, щелочная), дыхательную гимнастику (с задержкой вдоха или полное дыхание).

Данная тема позволяет лишний раз задуматься о дуальности процессов, происходящих в организме, и провести параллели между нарушением КЩР в кислую или щелочную сторону и состоянием дисбаланса вегетативной нервной системы (преобладания симпатической или парасимпатической части).

СЕМИНАР К. СМИТА «ПСИХОНЕЙРОИММУНОЛОГИЯ»

Е.П. Сероштан (фото 0)
Научный центр восстановительной медицины и прикладной кинезиологии, Москва

С 9 по 12 мая 2008 года в Санкт-Петербурге состоялся очередной семинар К. Смита по теме «Психонейроиммунология», посвященный эмоциональной и меридианной составляющей здоровья. Семинар был организован Межрегиональной Ассоциацией Прикладной Кинезиологии Северо-Западным отделением МАПК, организатор - Пилявский С.О.

Этот семинар был продолжением прошлогоднего, но в углубленном варианте биохимической составляющей треугольника здоровья. На лекциях доктор Смит рассмотрел полный алгоритм ведения пациента:

1. Перед обследованием пациента необходимо убедиться в оптимальном состоянии его нервной системы и для этого Смит рекомендует 8 предварительных процедур перед обследованием на предмет токсических нарушений.
2. Тестирование поверхностной и глубокой эмоции через точки 12 основных меридианов.
3. Проверка вестибуло-окулярного рефлекса.
4. Биохимические нарушения – тесты на дефицит питания, токсичность, биохимические нарушения, обезвоживание, на необходимость физической нагрузки и подбор оптимальной, на наличие аллергии и непереносимости некоторых продуктов, на присутствие скрытой инфекции, энергетические нарушения, нарушение сна, на экспрессию генов и изменение клеточного метаболизма.
5. Тестирование воспаления через химические медиаторы воспаления и подбор соответствующего лечения.
6. Тестирование оптимального времени приема и усвоения лекарств с использованием «часов тела».
7. Новые подходы диагностики и лечения биомеханических нарушений черепа, позвоночника, суставов.

Фото 0. Сероштан Е.П.

Каждый день на семинаре рассматривались клинические случаи. Как всегда, семинар прошел интересно и продуктивно, количество накопленных знаний и навыков позволило многим курсантам резко продвинуться в диагностике и лечении пациентов. В вечернее время большинство курсантов собирались вместе для обсуждения и тренировки полученных навыков и знаний. Все приемы отрабатывались друг на друге, даже фуршет не стал исключением (фото 1).

Семинары доктора К. Смита всегда интересны, но самое главное, работая по его методикам, получаются достаточно убедительные результаты лечения. С нетерпением ждем продолжение семинаров доктора К. Смита на следующий год!

Фото 1.
Курсанты и К. Смит

ЭКСПЕРТНОЕ ИНТЕРВЬЮ

А.С. Акулич

Здравствуйте, уважаемая Людмила Федоровна!

Позвольте представиться. Я, Ангелина Сергеевна Акулич, студентка 5 курса Дальневосточного государственного университета в г. Владивосток, факультет журналистики, специальность «Связи с общественностью».

Тема моей дипломной работы, которую буду защищать в будущем году весной, – «PR в медицинской сфере. Позиционирование и продвижение современного медицинского направления Прикладная кинезиология в России».

Мой выбор темы для исследования обусловлен, в первую очередь, тем, что я сама на себе убедилась, какие перспективы приоткрывает для людей ПК. Многолетнее мытарство по врачам (у меня в детстве была серия сложных операций на позвоночнике, здоровье сильно подорвали наркозы и не всегда грамотная реабилитация) измучило неимоверно, а толку почти никакого. Потом однажды по работе пересеклась с Татьяной Николаевной, приглашала ее к участию в круглом столе. С этого момента началось наше сотрудничество как врач-пациент, сотрудничество поистине плодотворное. В общем, уверена, что лучше темы я найти не могла, чем та, которая так повлияла на мою жизнь. Я очень благодарна Татьяне Николаевне за все, что она сделала и продолжает делать для меня.

Людмила Федоровна, буду очень благодарна, если вы выступите экспертом в моем научном исследовании. Я бы задала вам несколько вопросов о прикладной кинезиологии, чтобы более четко понимать, что есть что. Это будет способствовать написанию хорошей пиар-стартегии, не оторванной от жизни, ведь она будет основываться на информации из первоисточника, а не просто из моих наблюдений.

1. Как вы оцениваете уровень развития ПК в России на сегодняшний день? Произошли ли изменения к лучшему, по сравнению, скажем, с тем, что было лет пять назад?

Прикладная кинезиология в России развивается, постепенно завоевывая все большие и большие горизонты. За последние пять лет произошли существенные изменения в прикладной кинезиологии, вышли методические рекомендации Министерства здравоохранения по мануальной терапии, где прикладная кинезиология является равноправной ветвью с остальными направлениями в мануальной терапии. Открыты две новые кафедры, которые успешно занимаются обучением врачей прикладной кинезиологии. Первая находится во 2 Медицинском университете, кафедра мануальной терапии, вторая – в Российской академии медицинской реабилитации, кафедра прикладной кинезиологии. Открыт новый центр прикладной кинезиологии в Москве, он называется Научный центр прикладной кинезиологии и восстановительной медицины. В нем работают около 20 врачей, развивая данное направление. Появилось большое количество публикаций в журналах, газетах, которые позволяют привлекать большее внимание населения к актуальным проблемам. Проводятся выступления на научных конференциях по традиционной медицине, мануальной терапии, где прикладная кинезиология выделена в отдельную секцию.

2. Если рассматривать ПК в ряду других медицинских направлений, какое место по значимости вы бы ей отвели? Просто одно из многих хороших направлений… Или, возможно, уникальнейшее и эффективнейшее медицинское направление XXI века?

Прикладная кинезиология – одно из перспективных направлений диагностики и лечения в настоящее время. Она позволяет подойти индивидуально к каждому человеку, контролируя эффективность предлагаемого лечения, на основе биологической обратной связи с организмом. Лечение назначается именно для этого пациента и именно тем методом воздействия, который наиболее адекватен для нервной системы здесь и сейчас. Не проводится эксперимент над организмом, как это делается в классической медицине, назначение делается только в том случае, если это восстанавливает рефлекторную деятельность нервной системы. Причем эта оценка проводится при помощи клинического теста, что облегчает его широкое использование во всех медицинских учреждениях, не требует дорогостоящей аппаратуры. ПК – это просто функциональная неврология, где оцениваются рефлексы в состоянии нагрузки, а не в состоянии покоя, как это принято в классической неврологии. Поэтому ПК может выявить, как функциональная нагрузка нарушает функцию нервной системы. Ведь многие заболевания провоцируются нагрузкой – эмоциональной, физической, информационной, химической. В покое часто болевые синдромы у пациента проходят, поэтому возможности ПК намного шире, чем у классической неврологии. Владея оценкой рефлекса каждой мышцы, а не комплекса мышц, как в классической неврологии, ПК позволяет судить о рефлекторных взаимосвязях каждой мышцы – висцеромоторные, вертебро-моторные, дермато-моторные, рефлексы, которые подтверждены в лучших лабораториях нашей страны и зарубежья. Соответственно оценить влияние этих рефлексов на рефлекторную активность, тестируемой мышцы, что более точно позволяет поставить клинический диагноз и подобрать такое лечение, которое бы восстанавливало рефлекс с конкретной мышцы, в условиях ее функциональной нагрузки. Этот метод не является чем-то неординарным, это просто более продвинутая классическая неврология, которая позволяет шире посмотреть на причины заболевания. Назначить лечение неврологически обоснованное.

Поэтому врач любой специальности, который может оценивать рефлекторную деятельность нервной системы в покое, может научиться определять рефлексы в состоянии функциональной нагрузки. Это направление не противостоит другим направлениям в медицине, оно связывает их все в одно целое – холестическое.

3. Растет ли с каждым годом в России интерес к прикладной кинезиологии со стороны медицинской общественности (а также государства, населения)?

Интерес к прикладной кинезиологии с каждым годом увеличивается, прежде всего, со стороны медицинской общественности, все большее количество врачей приходит на обучение и интегрирует знания прикладной кинезиологии в свою специальность. Со стороны медицинского руководства также имеются положительные сдвиги. Очень часто использование прикладной кинезиологии в медицинском административном аппарате используется для восстановления собственного здоровья, но нет тенденции развития и интегрирования этого направления в систему медицинских знаний. Со стороны государства практически никакого интереса нет, такое направление развивается только за счет маленькой группы энтузиастов медицинских специалистов, и это полное равнодушие ограничивает те возможности, которые можно было использовать в лечении пациентов с помощью прикладной кинезиологии. Население с удовольствием читает статьи, приходит в Центр для получения лечения.

4. Насколько актуально продвижение ПК в России? Есть ли достаточное количество специалистов по прикладной кинезиологии, которые смогут оказывать услуги населению? (Обучение специалистов, их количество на сегодня, ближайшие перспективы в подготовке кадров.) Важно понимать, что после пиар-кампании желающих воспользоваться услугами значительно увеличится. Но все усилия пиарменов будут сведены на нет, если клиент не получит должного обслуживания и уйдет разочарованным, уводя за собой потенциальных клиентов.

Продвижение прикладной кинезиологии в России чрезвычайно актуально, потому что это один из немногих методов, который позволяет индивидуально подойти к пациенту, определить причину его нарушений и подобрать алгоритм лечения, учитывая запросы его организма. Однако обучение специалистов идет очень медленно, потому что оно происходит в основном на хозрасчетных кафедрах, обучение платное и не все специалисты имеют эту возможность. Поэтому количество специалистов растет медленнее, чем потребность населения в них.

5. Общественное мнение, на которое и призваны воздействовать PR, обусловливается широким социальным контекстом. Если социальный контекст неблагоприятен, в нашем случае для продвижения прикладной кинезиологии в России, то сложно рассчитывать на хорошие результаты PR-кампании. Как вы оцениваете современный социальный контекст? Готово ли общество воспринять подобное направление как ПК? Имеются ли у населения финансовые возможности купить услуги, есть ли вообще интерес к подобным современным направлениям?

Общество готово принять это направление, и оно его принимает уже в течение 15 лет. По всей стране имеются медицинские центры прикладной кинезиологии. В государственных и частных центрах работают специалисты – прикладные кинезиологи. И, конечно, определенный слой населения имеет финансовые возможности, чтобы купить эти услуги, но прикладную кинезиологию можно более эффективно использовать, если будет привлечено государство. Для использования прикладной кинезиологии не требуется дорогостоящего оборудования, больших площадей, и она может быть в любой поликлинике, если это будет государственный заказ. И естественно, когда нет государственного заказа, мы работаем на самоокупаемости, и, соответственно, это направлено на средние слои населения.

6. Согласны ли вы с таким мнением, что современная ситуация в России очень благоприятна для широкого внедрения новых медицинских направлений, таких как прикладная кинезиология? По сравнению с прошлыми десятилетиями сегодня сформировалось большое недоверие к ортодоксальной медицине, люди активно ищут новые пути к здоровью, современные и доказавшие свою эффективность… Это верная мысль?

Вы абсолютно правы, в современном мире растет недоверие к ортодоксальной медицине, люди активно ищут новые пути, именно поэтому они приходят в прикладную кинезиологию. Сейчас сложилась такая обстановка, что они не просто желают избавиться от своей болезни, они хотят улучшить качество своего здоровья, и для этого очень важно оценивать нервную систему пациента со стороны активности рефлексов, выявить, что для данного пациента является более важно, для того чтобы улучшить качество его жизни.

7. Общественное мнение о прикладной кинезиологии. Как воспринимали люди ПК, скажем, еще 5 лет назад и как относятся к ней сегодня? Возможно, проводились исследования общественного мнения. Тогда расскажите, пожалуйста, о полученных результатах. Отношение к ПК среди населения больше позитивное, чем негативное? Или, напротив, среди людей сквозит недоверие к подобным новым идеям и непонятным методам диагностики, как ММТ, которое лежит в основе направления прикладная кинезиология?

Исследования не проводились, но отношение к прикладной кинезиологии стало более позитивное. Для того чтобы сформировать хорошее мнение населения, необходимо его информировать. Когда пациент получит эту информацию из интернета, газеты, журнала, он сможет принять его сердцем и умом. Когда он приходит на лечение уже подготовленным, то процедура тестирования

и лечения не вызывает у него неприятия. У людей, действительно, имеется недоверие к этому направлению, поскольку они так устали от новых направлений, которые на практике дают совсем не то, о чем рекламируется. Поэтому на первом сеансе пациенту предлагается вся информация о методе, ему дают почувствовать изменение рефлекса, проводится пробное лечение, чтобы он смог ощутить на себе эффективность метода. Поэтому позитивность отношения среди населения зависит от уровня подготовки врача – прикладного кинезиолога. Чем врач более подготовлен, чем он доступнее может объяснить, продемонстрировать, тем более позитивное отношение у пациента.

8. Поговорим о сложностях. По-вашему, что сильнее всего тормозит развитие и распространение ПК в России, над чем стоит особенно активно поработать?

Это малая информированность о методе прикладной кинезиологии как населения, так и медицинской общественности. Потому что нет заинтересованности государственных структур в его развитии. Такое эффективнейшее направление развивается такой маленькой группой энтузиастов. Всего несколько кафедр на всю страну занимаются преподаванием этого направления, причем многие на хозрасчетной основе. Все это не может способствовать массовому распространению ПК, необходимо изменить отношение к новым технологиям в нашей стране, как это делается на Западе. Потому что развить направление во всей стране, без поддержки государства, не реально.

9. Как вы оцениваете информационное освещение ПК в СМИ? Достаточно ли журналисты рассказывают о вашей деятельности, вообще упоминают о прикладной кинезиологии. Или такая информация – редкость в наших СМИ?

Информация о ПК – редкость в наших СМИ, журналистов мало интересует это направление, пока сам не придешь, не убедишь, не расскажешь, не заплатишь, информация не проходит. А это не тот способ, который мог бы помочь бурному развитию нового направления.

10. Если информационное освещение скудное, то, по-вашему, с чем это связано? Возможно, редакторы отказываются ставить темы о вашей деятельности, так как не видят, чем это может быть интересно? Или другие варианты…

Редакторы ставят в журналы, газеты статьи, но для этого необходимо иметь очень много энергии, сил и финансов, чтобы направление продвинуть. Мы сами выпускаем журнал «Прикладная кинезиология», публикуем статьи в других 10 медицинских изданиях. Существует сайты прикладной кинезиологии. Но пока этого очень мало, это скудная информация для такой огромной страны, как Россия.

11. Какие меры для продвижения прикладной кинезиологии сегодня проводятся? Выставки, медицинские конференции, экскурсии по лечебным учреждениям для потенциальных клиентов, образовательные лекции и т.п.? Каковы результаты? Как вы думаете, что бы еще не помешало организовать для более активного внедрения ПК в массы?

Мы участвуем в выставках и российских, и международных, проводим медицинские конференции, выделены на конференциях по традиционной медицине, мануальной терапии отдельные секции по ПК. Проводятся образовательные лекции, выпускается журнал ПК, созданы сайты с разделом вопросы, организован Научный центр прикладной кинезиологии и восстановительной медицины.

Результаты говорят сами за себя, те 20 специалистов, которые работают в нашем Центре, имеют множество желающих восстановить свое здоровье, и это только первая ласточка, которая показывает успешность и эффективность внедрения данного метода на рынок медицинских услуг.

Только максимальная информированность может привести к широкому распространению ПК в России, это может быть сделано через СМИ, может быть, включением ее в какие-то национальные проекты, государство должно быть более заинтересовано в повышении качества оказываемых услуг населению.

12. Занимаетесь ли вы лоббированием своих интересов в правительстве и законодательных структурах? На ваш взгляд, готово ли правительство помогать в развитии ПК или, напротив, любые попытки продвигать свои интересы, воспринимаются государством в штыки?

Нет, мы не занимаемся лоббированием наших интересов в правительстве, потому что у нас совсем другая направленность.

Когда мы приходим в правительство с предложением о развитии этого эффективного направления, они сами с удовольствием пользуются этим направлением для восстановления собственного здоровья, но не заинтересованы в его продвижении.

13. Кто у вас занимается пиар-деятельностью? Пиармены или функции распределены между сотрудниками Центра?

Никто не занимается. Нет пиарменов, и функции эти не распределены между сотрудниками Центра, потому что их обязанностями является высокий уровень качества обслуживания населения. А пиар-деятельностью должны заниматься профессионалы, если врач становится пиарменом, то он не становится хорошим пиарменом, но становится плохим врачем.

14. Если бы вы прибегали к услугам PR-специалистов, то предпочли бы специалиста с медицинским образованием или не обязательно с медицинским, главное, чтобы владел методами пиара и быстро вникал в суть дела? А разбираться во всех тонкостях медицинских услуг пиарщику не нужно?

Мы предпочли бы любых пиар-специалистов и с

медицинским образованием, и без. Мы всегда готовы помочь любому специалисту, кто хочет развивать наше направление.

15. Как вы считаете, есть ли возможность, чтобы развитие и внедрение ПК проводилось в рамках национального проекта «Здоровье»? Наверняка, это значительно бы повысило его эффективность, а прикладная кинезиология получила бы мощную поддержку со стороны государства…

Я считаю, что это один из наиболее эффективных способов развития и внедрения ПК в нашей стране. И направление, несомненно, получило бы мощную поддержку.

16. По-вашему, имеется ли необходимость в разработке долговременной PR-стратегии по позиционированию и продвижению ПК в стране или той деятельности, что уже ведется, вполне достаточно?

Да, конечно. И эта необходимость растет с каждым днем. Той деятельности, которая ведется, абсолютно не достаточно.

17. Кто на сегодняшний день основная целевая аудитория специалистов по прикладной кинезиологии? На кого должны быть направлены основные усилия при позиционировании и продвижении ПК среди населения? Полагаю, что это люди среднего возраста, образованные и довольно обеспеченные. Итак, какая она, целевая аудитория?

На сегодняшний день это неврологи, травматологи-ортопеды, мануальные терапевты, иглорефлексотерапевты и врачи других специальностей. В настоящее время ПК признана как одна из ветвей мануальной терапии, она имеет лицензию на развитие в рамках данной специальности.

Основные усилия при позиционировании и продвижении ПК направлены на врачей всех специальностей, имеющих представление о холестическом подходе и владеющих хотя бы одним методом из традиционной медицины.

ВРАЧУ-КУРСАНТУ

ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ И ЕЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВЯЗИ В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ

Л.Ф. Васильева

Вопрос: Чем занимается прикладная кинезиология?

Ответ: Прикладная кинезиология это функциональная неврология. Если классическая неврология исследует рефлексы в покое, то ПК исследует при нагрузке, потому что некоторые проблемы в покое могут не выявляться, а человек ведь находится всегда в движении.

Вопрос: Зачем исследуются рефлексы? И как это может помочь в лечении?

Ответ: Каждая мышца имеет ассоциативные связи с определенным внутренним органом, энергетическим каналом, позвонком, костью черепа, зубом, зоной на теле и голове, эмоцией и др. Это единая система, и если в ней что-то нарушается, то в первую очередь на это реагирует мышца, в виде снижения рефлекса. Ориентируясь на рефлекс мышцы можно найти то звено в этой системе, которое нарушено. Когда нарушенное звено этой системы найдено, врач-кинезиолог проводит коррекцию, воздействуя методом адекватным, для данного нарушения (при нарушении в энергетическом канале – иглорефлексотерапией, во внутреннем органе – висцеральной терапией, в позвонке – артро-вертебральной терапией, для каждого звена – подбирая корректный метод и выбирая в этом методе техники наиболее эффективные для данного организма).

Вопрос: Чем обусловлена локализация болевого мышечного синдрома в отдельно взятой мышце?

Ответ: Мышцы, имеющие висцеро-моторные рефлексы с органами, обычно являются агонистами конкретных движений (почки – пояснично-подвздошная мышца, толстый кишечник – квадратная мышца поясницы). Их гипотония приводит к компенсаторному гипертонусу синергистов или антагонистов, которые формируют болевой синдром. Например, дисфункция печени сопровождается функциональной слабостью большой грудной мышцы, что приводит к компенсаторной перегрузке малой грудной мышцы и формированию рефлекторного компрессионного синдрома. Восстановление функциональной подвижности печени сопровождается восстановлением тонуса большой грудной мышцы и приводит к самопроизвольному устранению синдрома малой грудной мышцы.

Вопрос: Чем обусловлена локализация болевых мышечных синдромов в разных группах мышц, не имеющих ни общей иннервации, ни единых зон кровоснабжения?

Ответ: Болевые мышечные синдромы возникают в мышцах, компенсирующих статическую или динамическую несостоятельность функционально расслабленных мышц, и объединены единой функциональной задачей: «удержать тело от падения» или совершить в движение вместо агониста. При восстановлении тонуса и возбудимости функционально расслабленной мышцы компенсаторное укорочение и одновременно клиническая манифестация исчезают самопроизвольно.

Вопрос: Почему болевые мышечные синдромы не

приурочены к конкретной зоне, а часто мигрируют по телу пациента, локализуясь то в шейном, то в поясничном отделе позвоночника? При этом мигрирует не только боль, но и укорочение или спазм мышц?

Ответ: К конкретной зоне приурочена локализация расслабленных мышцы, а они, не выполняя биомеханическую задачу, не проявляют себя болью. Компенсаторное укорочение (и болевой синдром) зависят от уровня формирования компенсации (укорочение антагониста вследствие тонусно-силового дисбаланса, или компенсаторно статически или динамически перегруженной мышцы) в организме; например, при функциональном расслаблении левой квадратной мышцы поясницы, компенсаторно укорачивается одноименная мышца с противоположной стороны (боль в поясничном регионе). При этом пациент имеет неоптимальную статику в виде смещения проекции общего центра тяжести влево, что вызывает статическую перегрузку верхней порции трапециевидной мышцы справа (боль в шейном регионе).

Вопрос: Почему болевые мышечные синдромы возникают в статике или провоцируются ходьбой, ведь это естественные движения для пациентов?

Ответ: Потому что статика и динамика пациента в связи с гипотонией постуральных мышц и их гиповозбудимостью становятся неоптимальными. Поэтому для реализации поставленной задачи организмом (выстоять любым способом или совершить жизненно важное движение, как-нибудь, но совершить) активизируются различные группы мышц, не предусмотренные для решения этих биомехнических задач, формируя свою статическую и динамическую перегрузку.

Вопрос: Почему болевые мышечные синдромы могут провоцироваться такими необычными факторами, как прием пищи, переживание эмоционального стресса, или возникают в определенное время суток?

Ответ: Перечисленные факторы провоцируют дисфункцию внутренних органов (или меридианов, с ними связанных), приводя к активизации висцеро-моторные рефлексы. Ассоциированные с органами мышцы становятся гипотоничными и гиповозбудимыми, вызывая компенсаторную перегрузку (и клиническую манифестацию) других мышц.

Вопрос: Почему боль в мышцах то пропадает полностью, то вновь возникает? Какие законы лежат в основе их рецидива, миграции, хронизации?

Ответ: Различная степень активации различных функциональных связей (висцеро-моторных, вертебро-моторных, эмоционально-моторных рефлексов и др.) приводит к одному и тому же эффекту - снижению тонуса мышц, имеющих с ними рефлекторные цепи.

Вопрос: Как выявить, что болевые мышечные синдромы имеют соматогенный генез?

Ответ: Необходимо провести диагностику в несколько этапов.

- По визуальной диагностике выявляется неоптимальность статики и динамики[19,20].
- Пальпаторно определяется наличие участков гипертонуса в мышцах, клинически манифестирующих болью.
- По мануальному мышечному тестированию оценивается наличие функциональной слабости агонистов движения, выполнение которого вызывает боль, или постуральных мышц, не удерживающих тело от падения (расположенных в направлении смещения проекции общего центра тяжести) [13].
- По методу висцеральной диагностики проводится диагностика ограничения подвижности и напряжения связочного аппарата, внутренних органов, имеющего функциональные связи с данной гипотоничной мышцей.
- По методу прикладной кинезиологии проводится механическая провокация органа (его смещение, раздражение связок) и оценивается состояние тонуса ассоциированных мышц (методом мануального мышечного тестирования) и пальпация триггерных точек в статически и динамически перегруженных мышцах.
- Заключение: Если механическая провокация органа привела к восстановление тонуса расслабленной мышцы [15,16] и устранению боли и напряжения в тригерных точках перегруженных мышц, то у таких пациентов болевые мышечные синдромы имеют соматогенный генез.

Вопрос: Кому показана висцеральная мануальная терапия?

Ответ: Тем пациентам, у которых смещение органа в конкретном направлении приводит к устранению функциональной слабости мышц. Если орган и окружающие ткани при пальпации болезненны и напряжены, а такое направление не найдено, то висцеральная терапия противопоказана [17], и пациенту необходима консультация терапевта.

Таким образом, предложенная гипотеза позволяет прийти с целостному восприятию пациента и его болезни во взаимосвязи функциональных систем организма, локализующихся в различных участках его тела, с позиции функциональных цепей между различными структурами. Другими словами, объяснить феномен, когда функциональная несостоятельность одной системы (дисфункция внутреннего органа) компенсируется через функциональную перегрузку другой системы (гипотония мышц, имеющих с данными органами вицеро-моторные связи) и ее клиническую манифестацию через болевые мышечные синдромы в компенсаторно статически и динамически перегруженных мышцах).

Предложенная оригинальная гипотеза защищена 15 авторскими свидетельствами, полученными автором статьи и ее коллегами и учениками, основана на нейрофизиологической базе, проверена 20-летним клиническим опытом. Полученные данные широко используется в преподавательской деятельности.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦРАЗВИТИЯ
РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ УСОВЕРШЕНСТОВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ
КАФЕДРА МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ
ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ (МАПК)

НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ
И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

177417 Москва
Цурюпы 30\63
кафедра мануальной терапии

тел.: (495) 727-63-66
8-(916)-227-00-53
факс: (495) 129-85-38

vasiljeva_lf@mtu-net.ru
info-mapk@rdtc.ru
rakkot11@mail.ru
сайт www.kinesiolog.ru

Глубокоуважаемые коллеги!

Учебный центр МАПК приглашает Вас принять участие в проведении **семинаров выходного дня** (суббота-воскресенье) по актуальным вопросам прикладной кинезиологии, не входящим в программу трехлетней школы обучения.

Цель: знакомство врачей-кинезиологов с возможностями интеграции классической диагностики и терапии различных заболеваний с прикладной кинезиологией.

Основное направление семинаров: выступление ведущих специалистов Москвы по соответствующей специальности. Мастер-классы по демонстрации оригинальных методик кинезиологической диагностики и кинезиологического алгоритма лечения (комплексное воздействие на все составляющие восстановления здоровья) при разбираемой патологии, соответствующей теме семинара. Клинические разборы ошибок и осложнений.

Преподаватели: проф. Васильева Л.Ф. совместно с сотрудниками кафедры мануальной терапии РГМУ и сотрудниками Центра кинезиологии (внештатные сотрудники кафедры мануальной терапии), членами МАПК и специалистами соответствующего нозологического профиля.

Программа семинаров

Дата проведения	Название семинара
2008	
18-19 октября	Инфекционные заболевания, часть 2 (бактериальное, вирусное, грибковое поражение).
26-29 октября	Мануальное мышечное тестирование мелких мышц стопы и кисти и других редко используемых мышц.
22-23 ноября	Патобиомеханика соединительной ткани. Воспалительный, аутоиммунный процессы.
20-21 декабря	Урогенитальные заболевания.
2009	
17-18 января	Новые подходы к подготовке проведения мануального мышечного тестирования врача, пациента и его мышечно-скелетной системы. Методы самодиагностики и самокоррекции здоровья врача. Самокоррекция.
21-25 февраля	Процедуры и протоколы оценки состояния мышц. Мышечные, связочные и костные взаимосвязи. Метаболизм, воспалительные реакции. Провокационная оценка координации рука-глаз, стопа-нога-глаз (Д. Шейфер).
21-22 марта	Детская неврология и прикладная кинезиология.
18-19 апреля	Спортивные травмы и прикладная кинезиология.
16-17 мая	Рентгенодиагностика в определении локализации функциональных блоков, локальной гипермобильности.
20-21 июня	Кинезиологический массаж.
19-20 сентября	Вегетативная нервная система. Патобиомеханика шейных, грудных и поясничных вегетативных узлов. Клиника, диагностика (вегетативные пробы) с позиции ПК.
17-18 октября	Острый болевой синдром шейного отдела позвоночника тактика лечения в условиях протрузии и грыжи межпозвонкового диска.
21-22 ноября	Гомеопатия. Интеграция классических подходов и прикладной кинезиологии.
19-20 декабря	Патобиомеханика лимфатической системы. Клиника, диагностика, лечение.
2010	
15-17 января	Патобиомеханика черепно-мозговых нервов. Патология ЦНС, таламуса, гипоталамуса, гипофиза, шишковидной железы, мозжечка, продолговатого и спинного мозга. Интеграция неврологической диагностики и ПК. Краниальная, вертебральная, висцеральная терапия.

Место проведения:
Суббота с 9.00 до 16.00 кафедра мануальной терапии (м. «Новые Черемушки», Цюрупы, 30, поликлиника 10), 225 каб.).
Воскресенье с 10.00 до 15.00 Центр кинезиологии (м. «Коломенское», пр-т Андропова, 40)
Стоимость: 3000 руб. (20% скидка членам Ассоциации, 20% скидка сотрудникам Центра кинезиологии)
Зав. кафедрой мануальной терапии, доктор мед. наук, проф. Васильева Л.Ф.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦРАЗВИТИЯ
РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ УСОВЕРШЕНСТОВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ
КАФЕДРА МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ
ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ (МАПК)
ФИЛИАЛ (ICAK-RUSSIA)
INTERNATIONAL COLLEGE OF APPLIED KINESIOLOGY

177417 Москва
Цурюпы 30\63
кафедра мануальной терапии

тел.: 8-901-534-90-04
факс: 8-499-725-12-04

vasiljeva_lf@mtu-net.ru
info-mapk@rdtc.ru
korneev_ivan@mail.ru
сайт www.kinesiolog.ru

ДВУХНЕДЕЛЬНЫЕ ОЧНО-ЗАОЧНЫЕ ЦИЛЫ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С ОСНОВАМИ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

2008 г.	
01.09 – 05.09	2.5. Неврологическая дезорганизация с позиции патологической активности примитивных рефлексов.
01.09 – 17.12 (4 мес)	**Профессиональная первичная переподготовка по мануальной терапии.**
13.10 – 17.10	1.4 Вертебральная мануальная терапия с основами прикладной кинезиологии на уровне поясничного отдела и грудного отделов.
17.11 – 21.11	2.6.Функциональные и органические сколиозы структурного, эмоционального и висцерального генеза.
15.12 – 19.12	3.4. Меридианный дисбаланс и его роль в формировании болевых мышечных синдромов (часть 1).
2009	
19.01 – 23.01	1.1. Мануальное мышечное тестирование.
19.01 – 13.02	**Серификационный цикл по мануальной терапии.**
16.02 – 20.02	3.1. Функциональные нарушения биохимических процессов.
16.03 – 20.03	1.2. Визуальная диагностика неоптимальности статики и динамики.
13.04 – 17.04	3.2. Функциональные нарушения эмоциональной сферы.
18.05 – 22.05	1.5. Вертебральная мануальная терапия с основами прикладной кинезиологии на уровне и шейного отдела позвоночника.
15.06 – 19.06	3.3. Функциональные нарушения энергоинформационных процессов.
11.09 – 31.12 (4 мес)	**Профессиональная первичная переподготовка по мануальной терапии.**
14.09 – 18.09	1.6. Висцеральная мануальная диагностика и терапия с основами ПК органов брюшной полости.
12.10 – 16.10	3.6. Эндокринние и гуморально-гормональные нарушения.
16.11 – 20.11	1.7. Висцеральная мануальная терапия органов грудной полости и таза.
14.12 – 18.12	3.4 Меридианный дисбаланс и его роль в формировании болевых мышечных синдромов (часть 2).
2010	
18.01 – 22.01	1.1. Мануальное мышечное тестирование.
18.01 – 12.02	**Сертификационный цикл по мануальной терапии.**
15.02 – 19.02	1.8. Кранио-сакральная терапия.
15.03 – 19.03	1.2. Визуальная диагностика.
12.04 – 16.04	1.9. Кранио-сакральная мануальная терапия в стоматогностике.
17.05 – 21.05	1.3. Вертебральная мануальная терапия с основами прикладной кинезиологии на уровне таза.
14.06 – 18.06	2.1. Компрессионные синдромы поясничного и тазового региона. Висцеральная, Вертебральная, Кранио-сакральная диагностика и терапия.
09.09 – 29.12 (4 мес)	**Профессиональная первичная переподготовка по мануальной терапии.**
13.09 – 17.09	2.2. Компрессионные синдромы грудного и шейного региона. Висцеральная, вертебральная, кранио-сакральная терапия.
11.10 – 15.10	3.6. Эндокринология.
15.11 – 19.11	2.3. Артро-вертебральная, висцеральная, кранио-сакральная терапия суставов позвоночника и конечностей.
13.12 – 17.12	3.4 Меридианный дисбаланс и его роль в формировании болевых мышечных синдромов (часть 2).

Обучение проводят сотрудники кафедры мануальной терапии под руководством доктора мед. наук, профессора Васильевой Л.Ф. Обучение проходит по адресу: м. «Новые Черемушки», ул. Цюрупы, 30, поликлиника 10, кабинет 226, а также м. «Коломенская», пр. Андропова, 40, Центр кинезиологии.
Заявки для участия в цикле присылать по электронной почте или по факсу, необходимость бронирования места в общежитии указывать отдельно. Стоимость обучения 10 000 руб.
Если ваше здоровье нуждается в коррекции или ваши пациенты нуждаются в консультации профессора и специалистов центра кинезиологии, то ждем вашей заявки по телефону 8-901-534-90-44, 8-499-724-12-04.
Зав. кафедрой мануальной терапии
д.м.н., проф. Васильева Л.Ф.
Эл. адрес: vasiljeva_lf@mtu-net.ru

МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ (МАПК) ФИЛИАЛ (ICAK-RUSSIA) INTERNATIONAL COLLEGE OF APPLIED KINESIOLOGY

177417 Москва Цурюпы 30\63 кафедра мануальной терапии

тел.: (495)-331-35-48 8-(916)-227-00-53 факс: (495)-360-39-19

vasiljeva_lf@mtu-net.ru info-mapk@rdtc.ru korneev_ivan@mail.ru rakkot11@mail.ru

Четвертый плановый семинар по системе подготовки к сдаче экзамена на звание дипломата ИСАК доктора Джозефа П. Шейфера, D.C., DIBAK

СИСТЕМА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ И УВЕЛИЧЕНИЯ ВЫНОСЛИВОСТИ СПОРТСМЕНА В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ, ФИЗИЧЕСКОЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ

1. Особенность функции нервной и мышечно-скелетной системы для разных видов спорта (гиперреактивность мышц как способ создания дополнительных паттернов движения, RMT, CCT, ECT). Правила диагностики (мануальное мышечное тестирование (гамма 1, гамма 2, альфа волокон, аэробное-анаэробное).

Методы провокации статика, ходьба, югулярная провокация, активное растяжение сухожилий. Камертон. Особенности неврологических провокаций и восстановление координации глаз-кисть-стопа и другие. Использование противоположных и одноименных разгибателей.

2. Особенность функции гуморально-гормональной системы.

Специфика функции гуморально-гормональной системы. Гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось, щитовидная железа, половые и стресс гормоны, преднизолон.

Особенности метаболического обследования у спортсменов. Способность печени к очищению. Провокация детоксификации фазы 1 и 2. Вопросы питания.

Методы провокации. Молочная кислота и pH наряду с аэробной/анаэробной провокацией. Общая пищеварительная провокация (кислотно-щелочная переносимость, особенности формирования дисбиоза). Двойная провокация суставных рецепторов метаболическим стрессором, гистамином, кальцитонином, ибупрофеном, парацетамолом, аспирином, иммуностимуляцией.

Методы диагностики и провокация иммунной системы. Иммуностимуляторы и иммуноподавляющие вещества. Реакции на гистамин и антигистамин.

3. Особенность функции психоэмоциональной системы, диагностика и коррекция патологической активности примитивных рефлексов, диагностика и коррекция.

4. Особенности функции канально-меридианальной системы, диагностика и коррекция.

ПАТОГЕНЕЗ ОСТРОЙ ТРАВМЫ

Острая травма как результат предрасположенности вследствие определенного дисбаланса.

Особенности мышечного тестирования в травмированной зоне.

Методы коррекции. Классические подходы «начальные - конечные точки» акупунктуры и другие средства.

Активация межлигаментозных связей.

Активация противовоспалительных механизмов.

Ароматерапия (эфирное масло), гомеопатия (Helichrysm Arnica и ее композиты). Метаболическая коррекция (насыщенные жирные кислоты (omega 3). Питание.

ПАТОГЕНЕЗ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

Хронически травмирующийся спортсмен - как следствие поражения нескольких систем организма. Особенности алгоритма диагностики.

СДАЧА ЭКЗАМЕНА ПО МАНУАЛЬНОМУ МЫШЕЧНОМУ ТЕСТИРОВАНИЮ ОСНОВНЫХ 100 СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ

22 февраля 2009 (воскресенье) При успешной сдаче экзамена - выдача специального сертификата.

Тема: Прикладная кинезиология и спортивная медицина

Даты: с 21 февраля по 25 февраля 2009 г. (5 дней)

Стоимость: 400 евро

Место проведения: г. Москва

Контактные телефоны: тел.: (495) 727-63-66, тел./факс: (495) 129-85-38, (499) 725-12-04

Стоимость: 400 евро

Скидки членам МАПК 20% (при отсутствии задолженности)

Группа не более 30 человек

Желающие принять участие в семинаре могут зарегистрироваться по адресу

rakkot11@mail.ru, vasiljeva_lf@mtu-net.ru, info-mapk@rdtc.ru

СТРАНИЧКА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

ПЕРВАЯ В СИБИРИ КАФЕДРА ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

О.В. Кузнецова
Калифорния, США (фото 1)

Предисловие Васильевой Л.Ф.: *Кафедра мануальной терапии РГМУ возникла как один из этапов развития системы обучения прикладной кинезиологии в нашей стране. Ее корни уходят в далекое прошлое. И начальные этапы внедрения обучения прикладной кинезиологии проходили на кафедре традиционной медицины Новокузнецкого ГИДУВа. Поэтому праздник этой кафедры – наш праздник.*

Первая в Сибири кафедра традиционной медицины была организована в Новокузнецком ГИДУВе в феврале 1993 г. В это время в России, как и в других странах, накопилось большое количество пациентов, разочарованных результатами официальной медицины. Они готовы были лечиться альтернативными методами, но официальные структуры здравоохранения и академические институты неодобрительно относились к представителям народной медицины, считая их шарлатанами или примитивными знахарями. Поэтому всякий, кто начинал нелегкое дело изучения народной медицины, сталкивался с официальными препонами и непониманием коллег.

Кафедра создавалась не на пустом месте. Все мы работали на кафедре неврологии под руководством профессора О.Г. Когана, светлую память о котором сохраним на всю жизнь. Это был мудрый и дальновидный руководитель, он понимал необходимость изучения и осмысленного использования методов народной медицины, которые становились все более популярными у населения. У него было достаточно мужества и убежденности, для того чтобы отстаивать эту точку зрения.

Ом Григорьевич всегда чувствовал неудовлетворенность, занимаясь «чистой» классической неврологией, когда единственное, что может сделать врач – это выписать рецепт и послать пациента в аптеку. Сотрудники кафедры неврологии с большим воодушевлением стали изучать такие эффективные методики, как мануальная терапия и акупунктура. Ом Григорьевич много сделал для интеграции западных и восточных представлений о деятельности человеческого организма и о причинах болезней. Услышав в Москве выступление Джозефа Шеффера и Кристофера Смита из Международной ассоциации прикладной кинезиологии, он очень заинтересовался этим методом и вместе с Л.Ф. Васильевой (которая позже стала профессором и президентом российского филиала этой ассоциации) пригласил их в Новокузнецк на первый в России семинар. Это послужило началом целой серии подобных семинаров и тесного сотрудничества с западными коллегами.

Конечно, это был нелегкий труд: сейчас невозможно представить, но в 80-х годах не было никакой литературы по мануальной терапии, кроме одного драгоценного учебника профессора К. Левита из Чехословакии, изданного на английском, немецком и на болгарском языках! Мне досталась на две недели книга на болгарском, читала про «хребет» и «персты», с трудом постигая смысл старославянских корней и вникая в рисунки. На семинаре, который проводил приглашенный к нам автор этого учебника, в первый день возникла неловкая пауза, когда понадобилась «модель»: кто-нибудь, раздетый до пояса. Мы тогда еще не привыкли к тому, что в скором времени все будем раздеваться и изучать методики друг на друге. И кто разделся первым? – правильно, уважаемый профессор Коган. Пальцы у всех были еще неловкими, и освоение приемов мануальной терапии однажды даже привело к тому, что у «модели» – нашего профессора – оказалось сломанным ребро. Наверное, это был единственный в своем роде случай, потому что известный ученый скромно учился наравне со своими учениками, не делая для себя никаких исключений. Зато после этого о сломанных ребрах ни разу не было слышно, все стали работать осторожнее.

Фото 1. Кузнецова О.В.

Приглашались ведущие российские и зарубежные специалисты мануальной терапии и акупунктуры, опытные практикующие врачи и даже талантливые народные целители, и у всех мы учились. Мы были полны энтузиазма, обсуждали новые для нас методы до глубокой ночи, отрабатывали методы друг на друге, работали с большим количеством больных. Выросшие на классической неврологии, привыкшие работать больше головой, чем руками, мы учились доверять своим ощущениям, своим пальцам. Мы осваивали партнерские взаимоотношения с пациентами, как этого требует народная медицина. Впоследствии, когда накопился собственный опыт, подкрепленный научными исследованиями, мы издали учебные пособия к занятиям и стали проводить обучение врачей.

К нам стали приезжать на учебу врачи из разных концов бывшего СССР и иногда из-за рубежа, это была огромная ответственность. Вначале приезжали невропатологи, но велика была потребность в обучении других специалистов – терапевтов, ортопедов, педиатров и т.д., поэтому руководство института приняло решение открыть кафедру традиционной медицины. Подобные кафедры в то время были только в Москве и в Казахстане. Конечно, для Сибири это было новым и непростым делом. Даже в нашем институте над нами посмеивались, называли шаманами, но постепенно коллеги стали приходить сами и приводить своих родственников на лечение.

Появление кафедр традиционной медицины в медицинских вузах, безусловно, оправдано. В какой-то мере это уменьшает агрессивное неквалифицированное ис-

пользование и дискредитацию этих методов. Когда методы традиционной медицины бережно используются и вдумчиво анализируются опытными врачами, это идет на пользу и врачам, и народным целителям. По нашему опыту, изучение методов традиционной медицины очень обогатило нас как с практической, так и с теоретической точек зрения, углубило понимание целостности организма, процессов заболевания и выздоровления, позволило преодолеть собственную косность, расширило наши горизонты. Кроме того, нас радовали результаты использования этих методов.

Используя акупунктуру, фитотерапию, мануальную терапию, можно добиться немедикаментозного (нетоксичного) улучшения при очень многих заболеваниях. Недаром эти методы на Западе называют медициной с более гуманным лицом. А прикладная кинезиология, позволяющая установить биологическую обратную связь с телом больного, существенно расширяет возможности диагностики и выбора эффективной терапии. К сожалению, традиционные методы не считаются доказательной медициной (во всем мире выделяются средства на проведение исследований преимущественно в области официальной медицины), поэтому они недостаточно представлены в государственной системе здравоохранения.

Я сейчас живу в Калифорнии и могу немного рассказать о применении альтернативных методов диагностики и лечения в этом штате. Эти методы становятся все более популярными как у больных, так и у врачей. Они не интегрированы в официальную медицину и стоят особняком. Их обычно используют частнопрактикующие врачи. Есть одно серьезное отличие от того, как они используются в России. Многие страховые компании оплачивают в год определенное количество сеансов мануальной терапии или акупунктуры, массажа. Другими словами, делаются первые шаги к официальной интеграции двух видов медицины. Наиболее широко представлена хиропрактика и китайская медицина. Многие хиропракторы используют прикладную кинезиологию и упоминают об этом в своей рекламе. Я живу рядом с городом Пало Альто (для тех, кто изучал связь мышц ног во время ходьбы с акупунктурными точками на стопе, это название знакомо по мнемоническому правилу запоминания последовательности тестирования). Можно увидеть объявления в газетах о подборе пищевых добавок с помощью кинезиологии. Есть небольшие частные университеты китайской медицины, аптеки с множеством высушенных насекомых, грибов, корешков и трав. Для того чтобы использовать китайскую медицину, не обязательно быть врачом. Знаю китаянку, которая в Китае была инженером, а здесь проучилась на родном языке 3 года (стоимость обучения – 36 тысяч долларов), сдала экзамены, открыла небольшую клинику и сейчас успешно лечит больных. Но и дипломированные врачи все чаще интересуются народной медициной и проходят обучение, чтобы повысить эффективность своего лечения. Есть офисы, в которых используется ароматерапия и гомеопатия. Йога широко рекламируется как оздоровительная система. Про медицину североамериканских индейцев иногда упоминается в печати, но поскольку представителей этой медицины в резервациях осталось очень мало, она почти не используется.

В заключение хочу сердечно поблагодарить редакцию журнала «Прикладная кинезиология» за возможность поделиться воспоминаниями с дорогими мне людьми, с которыми нас сблизила прикладная кинезиология. Я безмерно благодарна всем нашим замечательным учителям за новый взгляд на природу здоровья и болезни. Большое спасибо всем ученикам, задававшим умные вопросы, заставлявшим мозг активнее работать. Я признательна коллегам за тот дух творческого сотрудничества, который поддерживался во время становления нашей кафедры. Моя благодарность также пациентам, у которых я многому научилась.

ЮБИЛЕЙ КАФЕДРЫ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РГМУ

Л.Ф. Васильева
проф., доктор мед. наук, зав. кафедрой

В этом году исполняется ровно 5 лет, как возникла кафедра мануальной терапии на факультете усовершенствования врачей РГМУ.

Ее возникновению предшествовал долгий путь развития системы обучения прикладной кинезиологии. За основу обучения были взяты программы международных семинаров по прикладной кинезиологии, проводимых дипломатами ИСАК из Англии, Шотландии, США, Германии, Дании. Предлагаемые эмпирические знания были проверены инструментальными методами диагностики и приобрели фундаментальную нейрофизиологическую основу. По методам кинезиологической диагностике было получено около 10 авторских свидетельств, защищены докторские и кандидатские диссертации, опубликовано более 100 научных статей. И только после этого были разработаны программы внедрения методов прикладной кинезиологии в рамках программы мануальной терапии на базе кафедры традиционной медицины Новокузнецкого ГИДУВа. Сначала преподавание проводилось на месячных циклах, с годами продолжительность семинаров увеличилась до 2,5 месяцев. При этом обучение проводилось в дневные и вечерние часы, так что общая продолжительность обучения составляла более 500 часов. Учитывая все более возрастающий объем знаний, программа обучения прикладной кинезиологии претерпела реорганизацию и была разбита на отдельные семинары очно-заочного обучения в виде 18 изолированных циклов. Каждый цикл предполагает 2 недели заочного обучения по предлагаемым DVD дискам и видеокассетам, 1 неделю очного обучения и 1 неделю повторения пройденного материала по предлагаемым видеоматериалам пройденного семинара. Общая продолжительность обучения составляет 3 года. По окончании обучения проводится

аттестация специалиста-кинезиолога с присвоением 2, 1 или высшей категории.

Вот в таком виде обучение прикладной кинезиологии началось на базе Российского государственного медицинского университета, сначала в виде курса традиционной медицины при кафедре неврологии, возглавляемой проф. Фединым А.И., а далее самостоятельно в виде отдельной кафедры мануальной терапии. За последние годы штат сотрудников увеличился и вырос с трех сотрудников в 2000 г. до 8 в этом году Их фотографии представлены на 4-й странице обложки журнала.

За последние годы программа обучения была дополнена, усовершенствована, уточнена.

Для повышения качества обучения за последние годы создано более двух методических рекомендаций соответственно тематике проводимых семинаров. За последний год разработаны новые учебные пособия, с их оглавлением вы можете ознакомиться в данной рубрике. Для успешного освоения материала предлагается обучение на мастер-классах и семинарах выходного дня, посвященных клиническим разборам пациентов по соответствующей тематике и анализу возможностей прикладной кинезиологии в решении диагностических и лечебных мероприятий. Отчет о проведенных семинарах приведен ниже.

Кафедра успешно сотрудничает с другими университетами и ГИДУВ России и других стран, таких как Латвия, Литва, Эстония, Украина, Израиль, Германия и проводит выездные циклы по разным темам, освещающим возможности использования прикладной кинезиологии в рамках традиционной и классической медицины.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К СИСТЕМЕ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧА

Л.Ф. Васильева

Российский государственный медицинский университет

Федеральный научный клинико-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения МЗ РФ

Научный центр прикладной кинезиологии и восстановительной медицины, Москва

В современной медицинской практике врачи разделены на полюса:

1. Врачи, использующие нозологический подход к определению тактики заболевания. Например, когда у пациента гастрит, подтвержденный инструментальными методами, врач, согласно разработанным инструкциям, проводит курс лечения, если вдруг он не помогает, проводится другой вариант лечения, третий и т.д.

2. Врачи, использующие целостный подход к пониманию причинно-следственных взаимоотношений на основе синтеза различных частей в единое целое (врачи традиционной медицины, гомеопаты, мануальные терапевты, иглорефлексотерапевты).

Их различие проявляется не просто в использовании определенных методов диагностики и терапии, но и в самом типе мышления.

1. Тип мышления, существующий в классической медицине, – **аналитический**. Это придание максимальной значимости локальным, чаще всего механическим или химическим нарушениям в организме, которые сиюминутно манифестируют клинически (например, синдром малой грудной мышцы, компрессия плечевого сплетения, пневмония, гастрит, колит). В классификации преобладает разделение заболеваний по локализации очага поражения, интенсивности и продолжительности клинических проявлений. В то время как для традиционной медицины характерен **интегративной тип** – системное мышление, опирающееся на взаимосвязь, взаимоотношения существующих нарушений в различных системах организма (например, спазм малой грудной мышцы – это следствие гипотонии большой грудной мышцы как возможный результат поражения желудка или печени, как следствие патологической активации висцеро-моторных связей, а может быть результат дисбаланса энергии в меридианах желудка и печени или следствие перенесенного эмоционального стресса с преобладанием эмоции гнева или раздражения) могут быть разные варианты происхождения заболевания у разных пациентов, а клиника – одна и та же.

2. Для классической медицины основной **структурой для осуществления управления** является **иерархия**. **Основа и модель для других наук** – механика, даже названия наук произведено по аналогии с элементами стройки, например, фундаментальные науки. Примером для медицинской практики служит распространенное представление, что нормальная функция позвоночника – основа для нормальной функции нервов, межпозвонковых мышц и устранения болевых синдромов.

Для традиционной медицины более естественно рассматривать патогенез заболевания как сеть функциональных взаимоотношений, Например, возможны не только ветебро-мышечные, но и мышечно-вертебральные, меридианально-вертебральные, вазально-вертебральные взаимовлияния с равнозначной степенью важности каждого из них. **Основой и моделью для других наук** является представление об организме как сети функциональных взаимоотношений, в которой каждый узел – новая цепь взаимоотношений.

Особенно эти два подхода различны в понимании путей взаимоотношения составляющих элементов организма. А именно – в классической медицине господствует мнение о существовании строгой системы взаимоотношений между составляющими элементами, и они подчинены определенной организации по аналогии с системой господства и контроля. Основной опорой для постановки диагноза являются инструментальные методы диагностики, вери-

фицирующие конкретные патоморфологические признаки (грыжа диска, опухоль, спазм или дилятация сосудов). Или состояние функции (ЭИГ, УЗИ, ЭКГ). Данный подход предусматривает нозологический подход к пониманию причин возникновения заболеваний пациента. В то время как в традиционной медицине преобладает системный подход к определению причин заболевания.

Врач традиционной медицины подходит к организму как самоорганизующемуся существу, создающему систему взаимоотношений внутри других систем, где части создают друг друга и используют собственные методы диагностики (пульсовая диагностика, суставная игра суставов позвоночника и конечностей). ***При этом они используют определенный патогенетический подход к пониманию причин заболевания и специфические методы его коррекции. Например, врачи-гомеопаты (использующие для лечения разной патологии гомеопатию), мануальные терапевты, утверждающие, что в основе многих заболеваний лежат патобиомеханические нарушения и в связи с этой трактовкой применяют мануальную терапию. Иглорефлексотерапевты видят в основе всех заболеваний нарушение тока энергии, наличие патобиоклиматической энергии и обосновывают необходимость акупунктурного лечения.***

А врач-кинезиолог, владея методами оценки активности рефлекса на растяжение скелетных мышц, должен определить наиболее эффективный метод из методов как классической, так и традиционной медицины.

Нельзя оказать мануальное воздействие на одну структуру, не повлияв на другую.

3. Подход к лечению. Если в классической медицине наиболее успешен выверенный стандарт назначения медикаментов, физиолечения при данной патологии, которые проверены на животных и апробированы на других пациентах, то в традиционной медицине существующая нозология рассматривается как клиническая манифестация определенного уровня декомпенсации патологического процесса на уровне энергетического баланса (иглорефлексотерапия), ограничения подвижности позвоночного двигательного сегмента (мануальная терапия).

Несомненно, подход, используемый традиционной медициной, существенно дополняет классический подход к лечению заболеваний и создает цельность системы врачевания. Но и на современном уровне существования патологии такой подход недостаточен, так как теряется возможность обоснования перехода с иглотерапии на мануальную, гомеопатическую и возврата к классическим неврологическим подходам.

Ведь патогенетически значимый участок может быть расположен в совершенно удаленном участке человеческого организма. Например, компрессия седалищного нерва как результат спазма укороченной грушевидной мышцы. Но сам спазм тоже вторичен, как реакция мышцы-антагониста на расслабление противоположной грушевидной мышцы вследствие компрессии нижнепоясничных нервов на уровне поясничного отдела позвоночника протрузией диска. Но ведь и протрузия тоже является следствием дисбаланса мышц разгибателей спины, квадратной мышцы и пояснично-подвздошной поясниц как проявление компрессии верхне-поясничного сплетения. Что в свою очередь является проявлением спазма тораколюмбальной диафрагмы или результат компрессии диафрагмального нерва, или эмоционального генеза, или дисбаланса энергии на уровне канально-меридианальной ситсемы и т.д. Для того чтобы осуществить этот поиск причины нарушения и подтвердить его нахождение восстановлением рефлекторной деятельности нервной системы, необходимо наличие обратной биологической связи с организмом. При этом у каждого человека, как показывает опыт кинезиологической диагностики, будет абсолютно разная комбинация необходимых методов восстановления здоровья, дозировок препаратов, даже время их использования. Врачу традиционной медицины необходимо овладеть различными специальностями, позволяющими воздействовать на структуру тела (вертебральная, висцеральная, краниальная мануальная терапии), на химические процессы, происходящие в нем (аллопатия, гомеопатия, фитотерапия), на энергетическое состояние (иглотерапия), эмоциональное состояние (ароматерапия, цветочные эссенции, психокоррекция).

4. Оценка результатов для классической медицины происходит по количественному принципу устранения интенсивности признаков заболевания конкретного органа (уменьшилась выраженность и т.д.) Для традиционной медицины важны качественные изменения.

Таким образом, оба подхода к пониманию здоровья и болезни классической и традиционной медицины равнозначны и взаимодополняют друг друга. Устранилась патологическая рефлекторная висцеро-моторная реакция или нет, и насколько пациент адаптирован к воздействию внешних и внутренних факторов.

Однако если специалист классической медицины может обойтись знаниями своей узкой специальности, то для врача традиционной медицины это нереально. Ему необходимо быть и рефлексотерапевтом, и гомеопатом, и мануальным терапевтом, но самое главное – кинезиологом, ибо только кинезиология собирает все взаимовлияния в единое целое и обладает биологической обратной связью с организмом пациента, подтверждая для себя и пациента правильность выбранного пути. При этом обучение методам традиционной медицины происходит разрозненно, в одном месте обучают рефлексотерапии, в другом – гомеопатии, в третьем – мануальной терапии, а кинезиологии – только в четырех вузах страны. Нет общего синтеза взаимопроникновения и взаимодополнения методов традиционной медицины и поэтому, естественно, нет формирования мировоззрения врача-кинезиолога.

Обращаюсь к каждому из вас, уважаемые коллеги, сообщите, что являлось наиболее трудным для вас при овладении прикладной кинезиологией, как вы преодолевали эти трудности.

СЕМИНАРЫ ВЫХОДНОГО ДНЯ, НОВАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

Л.Ф. Васильева

Трехлетняя школа предполагает подачу материала по определенным темам в конкретном порядке. Например, сначала обучение основам прикладной кинезиологии и визуальной диагностике, потом основам мануальной терапии (вертебральной, краниальной, висцеральной) с основами прикладной кинезиологии, и только потом врач может перейти к изучению неврологической дезорганизации, диагностике химических, электромагнитных, акупунктурных нарушений. При этом разборы больных проводятся применительно к той тематике, которая разбирается на изучаемом семинаре. Причем большая часть времени уделяется освоению теоретических основ и отработке практических навыков. Несомненно, такой подход более продуктивный, чем предлагалось обучение ПК продолжительностью 2-2,5 мес. Прерывистость обучения дает возможность врачу отработать полученный материал на практике, уточнить неясные моменты и при последующей встрече еще раз спросить, уточнить и исправить возможные ошибки. Кроме того, недельные циклы позволяют не так долго отсутствовать на работе, особенно для врача частного практикующего центра.

Но, с другой стороны, такая растянутость обучения на 2-3 года не позволяет врачу целостно взглянуть на пациента сразу со всех сторон (химической, механической, эмоциональной, энергетической) патологического процесса. Именно поэтому врачам предлагается новая форма обучения, направленная на демонстрацию возможностей использования прикладной кинезиологии при конкретной патологии. Семинар проводят практические врачи-кинезиологи (мастер-класс) под руководством сотрудников кафедры мануальной терапии РГМУ. Кроме того, к обучению привлекаются врачи узкой специальности (урологи, кардиологи, гастроэнтерологи), которые знакомят с новыми достижениями, существующими в данном направлении.

Конкретная нозология разбирается с позиции химической, структурной и эмоциональной, энергетической составляющих. Описываются новые методы лечения, существующие в классической медицине. Предлагаются варианты экспресс-диагностики, освещаются причины неудачи использования того или иного метода лечения конкретной патологии, проводятся разборы больных.

Наиболее посещаемые семинары в этом году были следующие: Лавренова В.М. «Острый и хронический болевой синдром пояснично-крестцового отдела позвоночника», Шишмакова Ю.В. «Кранио-сакральная терапия перинатальной патологии», «Патогенетическая терапия соматических дисфункций тонкого кишечника», Львова С.И «Кинезиологическая диагностика функциональных нарушений нервной системы», Занько В.А. «Паразитология».

ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕННОМ СЕМИНАРЕ ВЫХОДНОГО ДНЯ «ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА»

В.М. Лавренов (фото 1)

Фото 1. Лавренов Владимир Михайлович

19-20 апреля 2008 г. в Москве был проведен семинар выходного дня «Острый и хронический болевой синдром пояснично-крестцового отдела позвоночника». Семинар был преимущественно практической направленности. Целью организации данного семинара явилось желание поделиться с коллегами большим практическим опытом в лечении пациентов с острой и хронической болью. Основное внимание было уделено вопросам диагностики и лечения болей в пояснице различного генеза. Особенно подробно был рассмотрен болевой синдром, связанный с межпозвонковыми грыжами, как наиболее сложный и актуальный в работе практикующего невролога. Были рассмотрены клинические особенности различных вариантов межпозвонковых грыж по уровню и по направлению выпячивания, а также особенности компрессии корешков L4, L5, S1. Обсуждалась тактика лечения при различных видах грыж с компрессией корешков.

Помимо биомеханических аспектов, рассматривались вопросы хронического незавершенного воспаления и иммунный компонент грыжевого процесса. Без учета данных аспектов практически невозможна полноценная курация пациентов с грыжами дисков, процесс лечения не управляем, и очень сложно или невозможно добиться положительной динамики и стойкой ремиссии. Были рассмотрены различные варианты хронического незавершенного воспаления в зависимости от преимущественно участвующих в процессе медиаторов воспаления: гистамин, брадикинины, серотонин, простагландины, лейкотриены и применение соответствующих нутриентов в зависимости от типа медиаторов. Обсуждался вопрос практической коррекции иммунных нарушений, затрудняющих лечение пациентов с грыжами дисков, вопрос, крайне редко рассматриваемый практикующими врачами.

Проводились клинические разборы пациентов с грыжами дисков, учитывая особенности кинезиологической диагностики и формирования правильной стратегии и тактики лечения пациентов данной категории.

Учитывая пожелания участников семинара, обсуждалось формирование плана индивидуальной лечебной гимнастики для пациентов с грыжами дисков, что является малоосвещенным вопросом.

Более подробно был представлен алгоритм диагностики.

На второй день семинара рассматривалось влияние патологической активности примитивных рефлексов в аспекте их влияния на формирование и течение болевых синдромов. Данная тема, без всякого преувеличения, является белым пятном в практической неврологии, так как редко принимается во внимание практикующими врачами, но это не лишает ее безусловной практической ценности.

Врачи, участвующие в семинаре, проявили большую заинтересованность в обсуждении вопросов лечения острой и хронической боли, особенно отмечалась практическая направленность данного семинара, что особенно актуально для врачей – практиков. Высказывалось пожелание продолжения цикла семинаров выходного дня как наиболее удобных для посещения.

ОТЧЕТ О СЕМИНАРЕ ВЫХОДНОГО ДНЯ « ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»

С.И. Львов (фото 1)

За истекший учебный год на кафедре мануальной терапии РГМУ в соавторстве Васильевой Л.Ф. и Львова С.И. проведены два семинара выходного дня, посвященные эндокринологии и выпущены методические рекомендации в двух частях для слушателей, углубленно изучающих прикладную кинезиологию «Кинезиологическая диагностика функциональных нарушений эндокринной системы и их влияние на патобиомеханические нарушения», где подробно представлены общая характеристика эндокринной системы процессы в эндокринной, пути действия гормонов, действие на клетки-мишени. В них изложены: физиология, патобиохимия, основные виды патологии всех желез внутренней секреции.

Подробно описаны механизмы функционирования эндокринной системы, гормоны гипоталамуса, передней доли гипофиза периферические эндокринные железы, зависимые от гипоталамо-гипофизарной системы, и их гормоны, регуляция функций гипоталамо-гипофизарной системы и зависимых от них периферических эндокринных желез Подробно представлены независимые от гипоталамо-гипофизарной системы эндокринные железы. Детально обсуждается алгоритм диагностики и коррекции поражения эндокринной системы. Подробно разобран отработанный на практике алгоритм диагностики эндокринных нарушений и побор коррекции.

Фото 1. Львов Сергей Иванович

Даны рекомендации по особенностям подхода к диагностике и коррекции дисфункций каждого эндокринного органа. В рамках семинаров воскресного дня на кафедре проведены практические занятия по отработке навыков диагностики и коррекции эндокринной дисфункции, позволившие слушателям повысить эффективность своей работы.

Методические рекомендации будут полезны в работе всем специалистам, изучающим прикладную кинезиологию. В ноябре 2008 г. в рамках семинара воскресного дня планируется разобрать наши возможности при коррекции аутоиммунных и воспалительных процессов в соединительной ткани.

ОТЧЕТ О СЕМИНАРЕ ПО ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Ю.В. Шишмаков, В.М. Лавренов (фото 0,1)
Научный центр восстановительной медицины и прикладной кинезиологии, Москва

В июне этого года кафедра мануальной терапии РГМУ провела очередной семинар выходного дня, посвященный диагностике и коррекции нарушений желудочно-кишечного тракта методами ПК, на котором присутствовали не только сотрудники кафедры и Научного центра прикладной кинезиологии, но также врачи частных медицинских центров из Москвы, европейской части России и Украины.

Заведующий кафедрой, профессор Л.Ф. Васильева обратила внимание врачей на тот факт, что внутренние органы и их связочный аппарат принимают участие в развитии разнообразной патологии, и в ряде случаев могут являться первичным патогенетическим звеном любого соматического заболевания. В этих условиях корректная висцеральная терапия имеет положительный результат, выходящий далеко за рамки проблем собственно внутренних органов.

В клинической практике значительная доля жалоб пациентов обусловлена дисфункциональным состоянием желудочно-кишечного тракта, которое представлено нарушением различных физиологических процессов. В связи

Фото 0. Шишмаков Юрий Владимирович

Фото 1. Лавренов Владимир Михайлович

с этим соматическую дисфункцию органов пищеварения можно рассматривать как совокупность фасциальной, лимфодинамической, венозной гемодинамической дисфункции, а также хроническое воспаление лимфатических коллекторов и ганглиев вегетативной нервной системы.

Фасциальные дисфункции представляют собой укорочение связочного аппарата, ретракции капсулы или наружной оболочки внутренних органов, а также ретракции брюшины передней и задней брюшной стенки. Особое значение имеет фасциальная дисфункция корня брыжейки тонкого кишечника. На семинаре были представлены новые данные по функциональной анатомии внутренних органов, а также новые технологические подходы для коррекции фасциальных дисфункций желудка, кишечника, печени и поджелудочной железы (фото 2).

Фото 2. Мобилизация брыжейки

Лифодинамическая дисфункция заключается в ослаблении или блокаде лимфатического дренажа внутренних органов, что особенно значимо для функции тонкого кишечника, поскольку всасывание и транспортировка липидов и жирорастворимых питательных веществ осуществляется через лимфу. Блокада лимфотока приводит к дефициту жирорастворимых нутриентов и развитию синдрома мальабсорбции.

Венозная дисфункция развивается в результате сдавления вен, дренирующих внутренние органы. Венозный застой в стенке органа приводит к нарушению пищеварительной функции, особенно мембранного пищеварения. Также нарушаются всасывание и транспортировка водорастворимых нутриентов. На семинаре представлен подробный алгоритм диагностики, дифференциальной диагностики и терапии лимфо- и гемодинамических дисфункций тонкого кишечника (фото 3).

Фото 3. Мезентериальная компрессия

Дисфункция иннервации внутренних органов встречается достаточно часто и развивается в результате компрессионной невропатии блуждающего нерва. Компрессия нерва наиболее часто происходит в зоне яремного отверстия при натяжении твердой мозговой оболочки и компрессии затылочно-сосцевидного шва. Также ущемление нерва происходит в зоне верхней апертуры грудной клетки, в области корня легкого и грудо-брюшной диафрагмы.

На семинаре также были рассмотрены вопросы особенностей переваривания белков, жиров и углеводов на разных уровнях пищеварительной системы и возможные факторы, нарушающие данный процесс. Большое внимание было уделено вопросам диагностики функциональных заболеваний и нарушений желудочно-кишечного тракта методами прикладной кинезиологии. Данные диагностические подходы имеют свои особенности и отличаются очень высокой специфичностью, а также позволяют выявлять не только грубые нарушения, но и функциональный резерв органов, что очень важно с позиции профилактической медицины. Для диагностики использовались специфические стрессовые нагрузки, которыми для ЖКТ являются продукты питания, а именно – их основные группы (белки, жиры и углеводы) единично и в комбинации, и тест ассоциированных с органами мышц, что также позволяет быть максимально специфичным.

В процессе диагностики как дополнительные провоцирующие факторы для органов ЖКТ рассматривались соляная кислота и щелочь. Эти простые и доступные вещества, при заболеваниях и нарушениях пищеварительной системы, могут вызывать различные реакции в зависимости от физиологически обусловленного кислотно-щелочного состояния различных этажей ЖКТ. Это еще один диагностический подход, являющийся достаточно специфичным и информативным.

Уделялось внимание использованию как диагностической провокации таких веществ, как фенол, аммиак, H_2O_2, ацетальдегид, гистамин.

Достаточно подробно разбирались основы коррекции заболеваний и нарушений ЖКТ, закономерности подбора лечебных факторов, а также принципы сочетания и комбинации различных лекарственных средств.

Отдельно рассматривался такой важный вопрос, как концепция кислотно-щелочного равновесия организма. Разбирались варианты отклонения КЩР в кислую и щелочную стороны, возможности диагностики данных отклонений и принципы патогенетической коррекции.

Вышеизложенные методики и лечебно-диагностические подходы позволяют практикующим врачам достаточно точно и, что очень важно, специфично проводить диагностику нарушений и функциональных заболеваний ЖКТ, а также эффективную, этиопатогенетическую коррекцию данных нарушений.

Это позволяет оказывать помощь пациентам с проблемами ЖКТ на высоком профессиональном уровне.

ОТЧЕТ О СЕМИНАРЕ ВЫХОДНОГО ДНЯ «ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ»

Ю.В. Шишмаков (фото 1)
Научный центр прикладной кинезиологии и восстановительной медицины, г. Москва

В мае этого года кафедра мануальной терапии РГМУ провела очередной семинар выходного дня по последствиям перинатального поражения нервной системы у детей и подростков. Актуальность этой темы продиктована высокой частотой встречаемости функциональных нарушений нервной системы на первом году жизни и необходимостью дифференциальной диагностики последствий перинатального поражения и вновь возникшей симптоматики у детей старшего возраста. На семинаре были представлены новые методы кинезиологической диагностики характера перинатального поражения и подбора оптимальных методик коррекции обнаруженных дисфункций.

Распространенность перинатальных поражений нервной системы (ППНС) среди детей Российской Федерации чрезвычайно велика. По некоторым данным, она достигает 86% среди детей 1-го года жизни. За последние 5 лет показатель общей заболеваемости новорожденных возрос на 26,2%, во многом именно за счет ППНС. До сравнительно недавнего времени ППНС в России принято было именовать «перинатальной энцефалопатией» (в соответствии с действующей с середины 1970-х годов классификацией Якунина Ю.Н. и соавторов). Таким образом, перинатальное поражение нервной системы – это собирательный диагноз, подразумевающий нарушение функции или структуры головного мозга различного происхождения, возникающее в перинатальный период.

Исходы ППНС принято оценивать по достижении 12-месячного возраста (у детей, родившихся в срок) и 18-24-месячного возраста (у детей, родившихся недоношенными — с гестационным сроком до истечения 37-й недели беременности).

Среди всех перинатальных поражений особое место занимают функциональные нарушения нервной системы, которые развиваются по следующим механизмам:

I. Травматическое повреждение черепа, шейного и поясничного отделов позвоночника

- Деформация костей, компрессия швов, мыщелков, позвонков.

Фото 2, 3.
Деформация черепа

- Натяжение твердой мозговой оболочки.

II. Гемодинамические

- Затруднение венозного и ликворного оттока в результате блокады венозного оттока.
- Внутричерепная гиперемия.
- Внутричерепная гипертензия .
- Снижение артериального притока в результате рефлекторных и гемодинамических механизмов (фото 2,3).

Фото 1. Шишмаков Юрий Владимирович

В силу пластичности и высокой регенераторной и компенсаторной способности нервной системы ребенка на первом году жизни, последствия ППНС оцениваются только по достижении ребенком возраста 1 год. Последствия ППНС – это различные патологические состояния, возникшие в результате поражения головного мозга плода или новорожденного в течение гестационного и перинатального периодов.

Классификация последствий ППНС может быть представлена в следующем виде:

1. Минимальная мозговая дисфункция – 38%.
2. Резистентная эпилепсия – 23%.
3. Двигательные нарушения – 18% (пирамидный синдром, синдром диффузной мышечной гипотонии, детский церебральный паралич).
4. Умственная отсталость – 3%.
5. Клиническое выздоровление – 18%.

Кроме того, необходимо отметить частую встречаемость следующих синдромов: церебрастенический синдром, невротические реакции, гидроцефалия, синдром вегетативно-висцеральной дисфункции (включая гипоталамический синдром).

Для эффективной терапии последствий ППНС необходимо учитывать, что основными факторами позднего постнатального поражения мозга являются:

1. Нарушение перфузии мозга в результате венозной гиперемии, а также артериальной ишемии.
2. Нарушение функции головного мозга в результате посттравматических механических воздействий.
3. Течение токсико-инфекционного процесса.

Главным фактором вторичного постнатального поражения мозга ребенка является венозная и ликворная гипертензия, затрудняющая перфузию мозговой ткани и обеспечение нейронов и глиальных элементов кислородом. Компрессия венозных путей, обеспечивающих отток венозной крови из

полости черепа, происходит на уровне синусов твердой мозговой оболочки, яремных отверстий, фасциальных влагалищ шеи, верхней апертуры грудной клетки и внутригрудных связок. Затруднение венозного оттока обусловлено главным образом компрессией синусов твердой мозговой оболочки головного мозга (27,5%) и компрессией венозных сосудов средостения (30%). Однако у детей до года чаще компремируются синусы твердой мозговой оболочки (37,5%) и яремные вены на уровне выхода из черепа (31,25%). У детей от 1 года до 3 лет чаще подвергаются внешней компрессии венозные сосуды средостения (42%) и синусы твердой мозговой оболочки (27,5%). Таким образом, с возрастом у детей уменьшается роль венозной компрессии на уровне черепа и увеличивается роль компрессии центральных вен на уровне входа в грудную клетку и средостения.

Исходя из данных настоящего исследования, предложена комплексная кинезиологическая диагностика уровня компрессии венозных проводников и коррекция данных функциональных нарушений с помощью методов мануальной терапии, остеопатии и краниальной терапии.

Перинатальная травма черепа является вторым важным фактором функциональных нарушений нервной системы у детей. Чаще всего встречается дисфункция оболочек головного мозга в виде асимметричного натяжения серпа мозга и палатки мозжечка. Натяжение твердой мозговой оболочки вызывает нарушение внутричерепной ликвородинамики и сдавление венозных синусов с затруднением абсорбции ликвора в венозную систему. Кроме того, сдавливаются черепно-мозговые нервы в месте выхода нервных столов из черепа. На семинаре были представлены новые диагностические методики, с помощью тестирования рефлекса мышцы на растяжение позволяющие определить характер краниального поражения и подобрать оптимальный набор коррекционных манипуляций для оболочек, швов и костей черепа.

В третьей части семинара представлены особенности диагностики и коррекции метаболических дисфункций у детей первого года жизни. Как правило, назначения ограничиваются узким кругом препаратов, включающим энтеросорбенты, пробиотики и пребиотики, пищеварительные ферменты и антигистаминные средства. Реже возникает необходимость восполнения дефицита витаминов, микроэлементов и аминокислот. Нейротрофические препараты, ноотропы и стимуляторы функции мозга используются в ограниченном количестве случаев.

Лечение детей до года требует от врача не только специфических знаний в области педиатрии и детской неврологии, но также овладения специальными техниками кинезиологической диагностики и терапии.

МАНУАЛЬНОЕ МЫШЕЧНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ, ПРОВЕРЬ СЕБЯ

Л.Ф. Васильева, В.М. Лавренов, В.Л. Крашенильников, Н.А. Волынкин
Научный центр восстановительной медицины и прикладной кинезиологии, Москва

Учитывая то, что мануальное мышечное тестирование является основой, фундаментом навыков прикладного кинезиолога, нам бы хотелось обратить ваше внимание на правильность и четкость выполнения мышечного тестирования. За последние годы мы провели много семинаров с г-ном Дж. Шейфером, он показал много новых нюансов при тестировании. Очень важно себя проверить, правильно ли вы проводите тест. В связи с этим мы предлагаем иллюстрирован-

Рис. 1.
Тестирование мышц

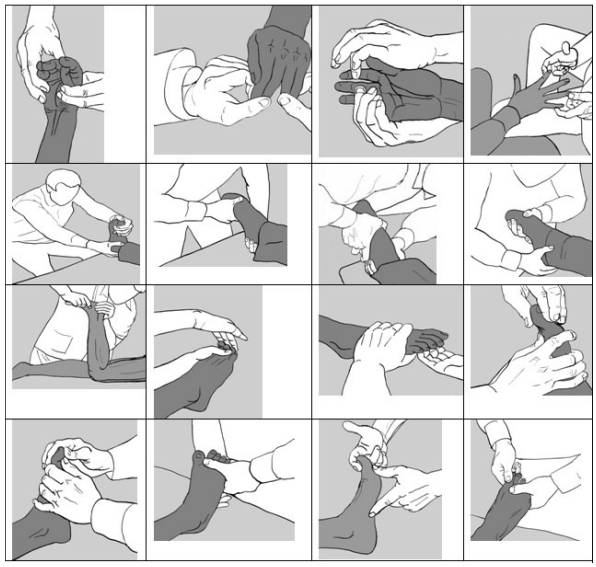


Рис. 2.
Тестирование мышц

ный атлас мануального мышечного тестирования, где представлены варианты тестирования каждой из 100 мышц. При этом хочется большое спасибо сказать нашему художнику Шугаюпову А.В. Без его талантливых рук у нас бы ничего не получилось.

Мы предлагаем набор рисунков проведения мануального мышечного тестирования нескольких наиболее важных мышц, чтобы вы могли самостоятельно себя перепроверить (рис. 1,2). Если у вас возникли сомнения, то подробное описание тестирования, с рисунками анатомии, иннервации представлено в новых методических рекомендациях, посвященных мануальному мышечному тестированию, которые состоят из 2 разделов. В 1 разделе представлено 50 мышц, во 2 – 44 мышцы, их анатомия, иннервация, тестирование, ассоциативные связи. Кроме того, в методических рекомендациях представлены мышцы, использующиеся редко, например мышцы тазового дна (рис 3), тестирование поперечных мышц живота по методике д-ра Лива в положении лежа (рис. 4).

Детально приведены правила подготовки к проведению мануального мышечного тестирования пациента, его мышцы, и самого врача.

Ждем вас на ежегодном семинаре по мануальному мышечному тестированию с 20 по 25 января 2009 г., на семинаре выходного дня 26-27 января 2008, где детально будут разобраны примеры правильной подготовки к проведению мануального мышечного тестирования. Кроме того, для специалистов, желающих проверить себя, в октябре 2008 г. на семинаре в Москве Дж. Шейфер 1 день посвящает приему экзамена по мануальному мышечному тестированию. Реклама семинара в папке «врачу - курсанту».

Рис. 3.
Тестирование мышц тазового дна

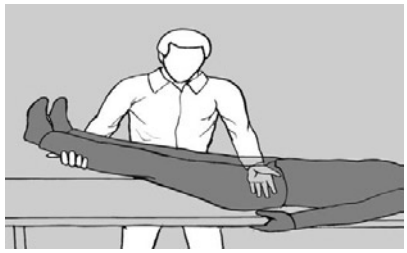


Рис. 4.
Тестирование косых мышц живота по методике д-ра Лива в положении лежа

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦРАЗВИТИЯ РФ
РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ
КАФЕДРА МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

ВАСИЛЬЕВА Л.Ф.
ОСНОВЫ МАНУАЛЬНОГО МЫШЕЧНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ
Часть 1
Мышцы шеи и плечевого пояса

Москва 2008

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦРАЗВИТИЯ РФ
РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ
КАФЕДРА МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

ВАСИЛЬЕВА Л.Ф.
ОСНОВЫ МАНУАЛЬНОГО МЫШЕЧНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ
Часть 2
Мышцы туловища, таза и нижней конечности

Москва 2008

ВЕСТИ ИЗ ЦЕНТРА КИНЕЗИОЛОГИИ

НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Л.Ф. Васильева

Как вы знаете, 2-й год успешно в Москве работает научный Центр прикладной кинезиологии и восстановительной медицины, где успешно сотрудничают 20 специалистов – врачей разных специальностей, таких как неврологи, педиатры, хирурги, травматологи, дерматологи, терапевты, психотерапевты и врачи традиционной медицины иглорефлексотерапевты, гомеопаты, мануальные терапевты, остеопаты, гирудотерапевты совместно с группой массажистов. Но самое важное, что они являются специалистами по прикладной кинезиологии. Эта единая система кинезиологической диагностики позволяет объединить усилия врачей разной специальности в единый коллектив, направленный на оказание максимально эффективной помощи пациенту с учетом индивидуальной особенностей функции его нервной, уморально-гормональной, пищеварительной и выделительной систем.

Для повышения эффективности работы в Центре создан специальный алгоритм взаимодействия врачей.

Пациента, впервые пришедшего на прием, принимает профессор. Он знакомит его с работой Центра, с особенностями кинезиологической диагностики, проводит консультативный прием, при необходимости назначается дополнительная инструментальная диагностика и составляется программа восстановления здоровья пациента. Назначается лечащий врач, отвечающий за выполнение назначенной программы лечения пациента. Лечащий врач реализует составленную программу лечение пациента и при необходимости подключает к лечению специалистов, владеющих различными методами традиционной медицины. По окончании лечения пациенту проводится повторно инструментальная диагностика, подтверждающая эффективность лечения. На заключительном этапе лечения вновь осуществляется

консультация профессора для решения дальнейшего плана профилактического лечения. Если есть необходимость, то консультация осуществляется и в процессе лечения. Это позволяет обеспечить более гибкую систему помощи пациенту, дополнительно обсудить с коллегами состояние пациента, эффективность проводимой терапии, оценить способы повышения эффективности проводимой терапии.

В качестве инструментальной диагностики нашим Центром используются аппараты, позволяющие оценить функциональные изменения организма, безопасные для здоровья пациента и тонко реагирующие на изменения не только мышечного сокращения, но и на изменение статики, вегетативных сдвигов, эмоционального дисбаланса. Их механизм действия представлен в публикациях, приведенных ниже.

Наиболее тяжелые случаи заболеваний разбираются на совместных клинических разборах. Оригинальные методики, разработанные специалистами Центра кинезиологии, выносятся на общее обсуждение на семинарах выходного дня. Участие в этих семинарах могут принять все желающие. Подробный отчет о проведенных семинарах и клинический разбор приведены ниже.

Специалисты, вновь поступающие на работу в Центр кинезиологии, начинают свою трудовую деятельность сначала совместно с ведущими специалистами или с профессором. Это позволяет не только сотрудникам Центра проверить качество работы нового сотрудника непосредственно на приеме, но и молодому специалисту, работающему рядом с опытным врачом, получая ответы на свои наболевшие вопросы, анализируя свою работу и, сопоставляя свои методы исследования с работой, получить возможность резкого повышения качества своей работы. Отчеты о впечатлениях, полученных при совместной работе, приведены в колонке «Поздравления».

В настоящее время Центр кинезиологии занимается проведением аттестации своих сотрудников для повышения заработанной платы в соответствии с профессиональными способностями.

Так как Центр кинезиологии является научным подразделением кафедры мануальной терапии РГМУ, то сотрудники Центра принимают активное участие в педагогической работе, публикации новых методических рекомендаций и учебных пособий, участвуют в педагогическом процессе, включая специалистов по массажу. Такой разносторонний подход позволяет сотрудникам повышать свой уровень теоретических знаний, практических навыков. Как вы видите, практически все статьи журнала представлены сотрудниками Центра кинезиологии.

Это еще раз лишнее подтверждение, что совместная работа врачей-кинезиологов не только возможна, но и является наиболее оптимальным способом совместного роста и развития для врачей и оптимальным путем получить высокий уровень качества медицинской помощи – для пациента.

НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ НАУЧНОГО ЦЕНТРА КИНЕЗИОЛОГИИ

Л.Ф. Васильева
научный руководитель (фото 1)

Прикладная кинезиология уже более 17 лет успешно шествует по России и странам ближайшего и дальнего зарубежья. Ведь только благодаря возможностям кинезиологических методов диагностики, проверки реакции нервной системы на каждом этапе терапевтической процедуры возможно:

1. Провести быструю клиническую диагностику причины заболевания пациента, при этом быстро, точно и с привлечением наименьшего количества аппаратуры (особенно при наличии острого болевого синдрома) определить – можно ли помочь пациенту в условиях медицинского центра.
2. Выбрать наиболее оптимальный метод лечения методами классической (медикаментозное, физиолечение) или традиционной медицины (мануальная терапия, гомеопатия, массаж, иглорефлексотерапия, ароматерапия). Другими словами, определить необходимый оптимальный арсенал методов диагностики и лечения с минимальными затратами и создать программу восстановления здоровья из множества имеющихся методов лечения и наглядно подтвердить их эффективность до начала лечения.
3. Предупредить осложнения, аллергические реакции, а также осуществлять постоянный контроль правильности выбранного метода и его эффективности.

Фото 1. Васильева Л.Ф.

Накопленный практический опыт требует научного исследования и дальнейшего развития. В связи с чем возник вопрос о необходимости организации научного центра при Государственном медицинском университете, где ведущие специалисты-кинезиологии могли бы объединить свои усилия для дальнейшего развития нового направления.

Научный центр прикладной кинезиологии и восстановительной медицины, созданный в 2007 г. в Москве группой специалистов-кинезиологов, является уникальной организацией не только для Москвы, но и для многих других стран, где развивается прикладная кинезиология. Особенностью этого Центра является не только то, что в едином коллективе объединены 20 врачей-кинезиологов, интегрирующих свои знания по ПК, но и то, что он организован как научная и кли-

ническая база Российского государственного медицинского университета, объединяющая профессоров, доцентов, кандидатов мед. наук, с целью дальнейшего научного развития нового направления. Директор Центра – доктор мед наук, профессор Вирабова А.Р. (фото 2), научный руководитель Центра – зав. кафедрой мануальной терапии, доктор мед. наук, проф. Васильева Л.Ф., главный врач – старший научный сотрудник лаборатории мануальной терапии ФНКЦДиЛ, ассистент кафедры мануальной терапии РГМУ Зотов И.Д (фото 3).

Фото 2. Вирабова А.Р.

Фото 3. Зотов И.Д.

Для повышения эффективности работы Центра предусмотрена определенная последовательность и этапность приема пациента.

Как правило, перед приходом в Центр кинезиологии пациенты знакомятся с информацией, размещенной на сайте Центра (kinesio.ru) или имеют другие источники информации об особенностях кинезиологического приема (газеты, журналы). Тем не менее при первом посещении пациент направляется на консультацию к профессору (фото 4). Основная задача консультации – провести неврологический и кинезиологический осмотр пациента, уточнить нозологический диагноз, сопоставить его с кинезиологическим диагнозом, разработать программу необходимой дополнительной диагностики. Для этого в Центре используется несколько инструментальных методов диагностики. Одним из методов инструментальной диагностики является оптический топограф, позволяющий провести диагностику статических нарушений в трех плоскостях. Это особенно важно, потому что нагрузка в виде поддержания вертикального положения тела – один из наиболее важных факторов, провоцирующих несостоятельность одновременно всех постуральных мышц при изометрической нагрузке, являясь аналогом мануальному мышечному тестированию.

Другой метод диагностики представлен кардиоинтервалографией и позволяет оценить наличие вегетативного дисбаланса человека, выявив преобладание симпатической или парасимпатической нервной системы, что служит индикатором патологической активности примитивных рефлексов и нарушением гуморально-гормональной системы.

Не менее интересным прибором является видеокомпьютерная психодиагностика и психокоррекция «Портрет», позволяющая по асимметрии лица диагностировать наличие эмоционального стресса в организме и его влияние на развитие психосоматических заболеваний, а также проводить самодиагностику и самокоррекцию.

Кроме того, наличие электромиографа позволяет оценить нейрофизиологические характеристики нарушения последовательности и параллельности включения мышечных групп в выполнение простых и сложных паттернов движения.

После проведенной кинезиологической и инструментальной диагностики пациент направляется к различным специалистам, в зависимости от преобладающего нарушения мышечно-скелетной, канально-меридианальной, эмоциональной, гуморально-гормональной систем.

Каждый из сотрудников Центра кинезиологии, включая специалистов по функциональной диагностике и массажу, занимается научными исследованиями по определенному направлению развития прикладной кинезиологии. Возможность одновременной работы в нашем Центре кинезиологов – мануальных терапевтов, остеопатов, иглорефлексотерапевтов, гомеопатов, гирудотерпевтов, психологов позволяет предложить пациенту любой из необходимых методов традиционной медицины своевременно и в необходимом объеме. Результаты исследования каждого сотрудника Центра представлены на страницах нашего журнала.

При проведении терапии и после ее завершения пациент вновь попадает на консультацию к профессору, где оценивается эффективность терапии, при необходимости проводятся соответствующие дополнения, изменения в плане

Фото 4.
Консультация профессора Васильевой Л.Ф.

Фото 5.
Сотрудники Центра

лечения и обязательно вновь проводится инструментальная диагностика, позволяющая подтвердить эффективность проводимой терапии.

Возможность постоянного анализа эффективности использования ПК при лечении различной нозологии позволило разработать существенные дополнения к методике проведения кинезиологической диагностики. Результаты работы опубликованы в сборнике статей международного конгресса по ПК (Бельгия, 2008) и представлены в рубрике «Передовые статьи» нашего журнале.

Возможность совместной работы специалистов различных направлений, владеющих методом ПК, обеспечивает их рост и взаимообучение. Клинические разборы сложных пациентов, совместный осмотр пациентов с неясным диагнозом несколькими специалистами, совместно с профессором, позволяют повысить уровень своих знаний. Возможность объективной диагностики, эффективности проводимой терапии обеспечивает научный рост специалистов. Участие в преподавательской работе обучает врачей владению аудиторией. Совместная работа опытных врачей и молодых специалистов обеспечивает быстрый и эффективный рост нового поколения врачей-кинезиологов (фото 5).

КОМПРЕССИОННЫЕ И РЕФЛЕКТОРНЫЕ СИНДРОМЫ КАК КЛИНИЧЕСКАЯ МАНИФЕСТАЦИЯ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

С.И. Львов (фото 0)
Научный центр прикладной кинезиологии и восстановительной медицины, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Фото 0. Львов Сергей Иванович

Эндокринная патология не только часто сопутствует проблемам мышечно-скелетной системы, но и клинически проявляется болевыми мышечными синдромами рефлекторного и компрессионного генеза. В последнее десятилетие вместе с интеграцией в практику мануальной терапии техник остеопатии мануальные терапевты эффективно устраняют болевые синдромы, воздействуя на структурные дисфункции, связанные с патологией внутренних органов (висцеральная терапия, устранение функциональных блоков опорно-двигательного аппарата, краниальная терапия). При этом часто добиваются определенного эффекта в улучшении функции внутренних органов и систем за счет улучшения условий их функционирования и вегетативной иннервации. Но в ряде случаев применение обычных приемов мануальной терапии малоэффективно, а иногда вызывает обострение эндокринной патологии.

Приводим типичный клинический пример.

У пациентки В., 28 лет, остеохондроз поясничного отдела позвоночника, грыжа диска L5 – S1 с левосторонним корешковым синдромом, поликистоз яичников. Предменструальное напряжение, менструальный цикл с 12 лет нерегулярный, интервал между менструациями варьировал от 3 недель до 1-2 месяцев.

Рентгенограмма поясничного позвоночника: неравномерный субхондральный склероз замыкательных пластинок L1-L5 – S1, высота дисков L5 – S1 снижена.

Компьютерная томограмма: неравномерномерный субхондральный склероз замыкательных пластинок L5 – S1, высота диска неравномерно снижена, центральная протрузия в сторону дурального мешка до 0,6 см влево, сподилолистез от S1 до 0,5 см кзади.

УЗИ малого таза: правый яичник увеличен до 3,73х2,71х 2,86 см, левый 3,8х2,76х2,78 см с неоднородными контурами, неоднородной эхогенной структуры с множеством мелких кистозных образований до 1 см в диаметре.

Исследование гормонов крови, сданных на 8 день цикла: Пролактин-379, 1 мМе/мл (при норме 127-637), Эстрадиол-67, 91 нг/мл (при норме 2,33-165,5), ЛГ – 12,85 мМе/мл (при норме 2,4-12,6), ФСГ – 3,85 мМе/мл (при норме 3,5-12,5), Прогестерон – 0,387 нг/мл (при норме 0,2-1,5), Тестостерон – 0,737 нг/мл (при норме 0,06-0,8), ТТГ – 2,46 мкМЕ/мл (при норме 0,27-4,2), ДГЭА-сульфат – 8,98 мкмоль/л (при норме 4,02-11,0). Уровень ЛГ и ФСГ в норме, но их соотношение больше 2,5.

Жалобы на постоянные ноющие тупые боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией по задней поверхности левой нижней конечности. Пациентку беспокоили головные боли в области затылка, нарушение функции кишечника (склонность к поносам), склонность к вирусным простудным заболеваниям. Боль в поясничном отделе, головные боли, нарушение стула и фобии усиливались в предменструальный период. Больна в течение 5 лет, после прохождения практики на радиозаводе. Течение заболевания хронически прогредиентное. Лечение у гинеколога, невролога, психолога, мануального терапевта, остеопата имело кратковременный результат. С каждым годом месячный цикл увеличивался, а интенсивность боли в предменструальный период повышалась. В последний год на лице начали расти волосы. Безуспешность стандартного лечения привела пациентку к решению операционного лечения по поводу грыжи диска. При неврологическом осмотре типичные признаки компрессии корешка L5 медиальной грыжей диска.

При работе с пациентом всегда проводится общеклиническое, а при необходимости эндокринологическое обследование, а также общепринятое обследование опорно-двигательного аппарата с включением лабораторных и рентгенологических методов. Затем проводится обследование методами прикладной кинезиологии. Оно включает в себя визуальную диагностику. Оцениваются внешний вид пациента, статика и динамический стереотип, выявляются болевые мышечные синдромы вследствие неоптимального статического и динамического стереотипа вследствие нарушения тонуса ассоциированных (связанных с работой органа) мышц, торзии твердой мозговой оболочки. Затем проводится мануальное мышечное для выявления паттерна поражения опорно-двигательного аппарата и внутренних органов, проводится подбор коррекции. При осмотре пациентки было проведено стандартное тестирование по нижеописанной схеме.

ЭТАПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1 этап – определение паттерна поражения внутренних органов и эндокринной системы (фото 1).

Визуальная диагностика наличия эндокринологических проблем выявила: питание повышенное (ИМТ 26) за счет отложения подкожного жира на животе, признаки роста волос на верхней губе, общий центр тяжести смещен вправо вперед за счет тазового региона. Результатом мышечного тестирования и было подтверждено наличие компрессионного синдрома L5 – S1 как результата медиальной протрузии диска. Мышцы в зоне иннервации L5 – S1 гипотоничны (грушевидная и большая ягодичная, малоберцовые), тонус их при латерофлексии влево несколько увеличивался. Терапевтическая локализация магнитом области L5 – S1, вибрационное раздражение нерва при помощи камертона приводили к усилению мышц, но при темпоральной перкуссии гипотония мышц возвращалась, что свидетельствовало о компенсаторном характере грыжевого выпячивания. Был выявлен дисбаланс между тазовой - грудобрюшной - окципитальной диафрагмами тела с формированием функциональных блоков: C0-C1, Th 12-L1, L5 – S1 (гипотония коротких флексоров головы и гипертонус коротких экстензоров, более выраженный справа, гипотония пояснично-подвздошной мышцы справа и гипотония правой и гипертонус левой квадратной мышцы поясницы, гипотония грушевидных и гипертонус большой ягодичной справа и приводящих мышц). Признаки компрессии правого блуждающего и добавочного нервов в югулярном отверстии (гипотония правой кивательной и верхней порции трапециевидной мышцы и гипертонус слева, нарушением стула в виде поноса).

Фото 1.
1 этап – определение паттерна поражения внутренних органов и эндокринной системы

Гипертонус подостных мышц (тимус), грудинных порций большой грудной мышцы, с обеих сторон ассоциированных с печенью, и поперечной мышцы живота.

Таким образом, мануальное мышечное тестирование выявило дисбаланс мышц, связанный не только с функциональными блоками ПДС, но и с нарушением функции органов иммунной системы, печени, яичников, коры надпочечников, и, возможно, почек.

Далее приступили ко 2 этапу диагностики.

2 этап – определение патогенетически значимого органа, определяющего выявленный паттерн поражения внутренних органов, эндокринной и иммунной систем. Терапевтической локализацией (ТЛ) магнитом (южный полюс – наиболее вероятны структурные проблемы, северный свидетельствует о биохимических нарушениях) и рукой пациента нашли, что ТЛ печени северным полюсом магнита привела к устранению мышечного дисбаланса, а височное постукивание при этом не привело к изменению мышечного тонуса. Значит, дисфункция печени определяла в данный момент весь паттерн нарушений в организме (фото 2).

Фото 2.
2 этап – определение патогенетически значимого органа, определяющего выявленный паттерн поражения внутренних органов, эндокринной и иммунной систем

3 этап – поиск приоритетной причины дисфункции патогенетически значимого органа:

- механическое смещение печени не привело к устранению мышечного дисбаланса, значит – проблема печени не связана с дисбалансом ее связок (не структурная проблема);
- ТЛ эмоциональных точек (лобные бугры) и визуализация эмоциональной проблемы пациенткой не привели к устранению мышечного дисбаланса. Значит, проблема дисфункции печени не связана с эмоциональным дисбалансом (фото 3).

Фото 3.
3 этап – поиск приоритетной причины дисфункции патогенетически значимого органа

После этого проверили влияние интоксикации на проблему дисфункции.

Для этого использовали набор основных токсинов (Metabolics, Англия). Провели провокацию гомеопатическим нозодом токсина при сохранении терапевтической локализация магнитом на печени. Если нозод токсина при расположении его на теле пациента приводит к восстановлению

исходного мышечного дисбаланса, а провокация найденным токсином без ТЛ магнитом – к восстановлению тонуса ранее гипотоничных мышц, а при височным постукивании сила мышц сохраняется, то это патогенетически значимая причина дисфункции. Мы нашли, что нозод трематоды и токсические металлы устраняли мышечный дисбаланс.

Результаты проверяли другим методом с использованием сильной индикаторной мышцы (ИМ) и точек акупунктуры.

1. ТЛ одновременно GV20 и GV1 взывала слабость ИМ – имелась эндокринная дисфункция.

2. Поиск заинтересованных эндокринных органов. Сохранение ТЛ одновременно GV20 и GV1(на последней можно использовать магнит), а второй, свободной рукой пациента ТЛ на каждом эндокринном органе сверху вниз или нозодами (экстрактами желез) – ИМ усиливается, значит, орган участвует в дисфункции. Определение патогенетически значимого органа (на нозод значимой в дисфункции железы ИМ усиливается, а ТЛ других желез не меняет ее силу, значит, этот орган патогенетически значим, восстанавливать его функцию надо в первую очередь). Результат подтверждается височным постукиванием. Мы нашли, что у пациентки в дисфункцию были вовлечены гипофиз, щитовидная железа, надпочечники, яичники. Но только ТЛ печени и нозод печень устранял гипотонию ИМ, а ТЛ других эндокринных органов при этом не приводила к изменению тонуса ИМ. Это еще раз подтверждало значимость дисфункции печени в каскаде эндокринных расстройств.

4 этап – определяли уровень гормональной дисфункции в метаболической цепи, для этого использовали провокацию нозодами гормонов из эндокринологического набора (Metabolics, Англия), с учетом схемы метаболизма гормонов соответствующего органа (изложены в методическом руководстве для каждого органа).

Если нозод гормона вызывает слабость ИМ, значит, гормон в избытке. Сохраняли провокацию избыточным гормоном и одновременно проводили контрпровокацию следующим по пути метаболизма гормоном. Если произошло усиление ИМ и ранее других гипотоничных мышц, значит, этого гормона не хватает для поддержания гомеостаза. У пациентки нашли, что имеется избыток дегидроэпиандростерона (промежуточный продукт метаболизма половых гормонов коры надпочечников и яичников) и тестостерона и дефицит эстрадиола, и в этом дисбалансе значимы ранее выявленные токсины.

Таким образом, результат кинезиологической диагностики привел к следующему заключению. Результатом мышечного тестирования и вибрационным раздражением нерва при помощи камертона было подтверждено наличие компрессионного синдрома спинномозгового корешка L5 – S1 как результата медиальной протрузии диска. Однако при использовании терапевтических нагрузок не было выявлено зависимости интенсивности компрессии нерва от изменения положения тела пациента, пассивного смещения позвонка. Причиной формирования данной протрузии оказался химический дисбаланс. Была выявлена блокада ферментов печени токсическими металлами и трематодами, что в последующем привело к формированию дисбаланса связочного аппарата печени и вызвало к возникновению спазма тораколюмбальной диафрагмы. В ответ на этот спазм отреагировали другие диафрагмы тела. Возник дисбаланс между тазовой - грудобрюшной - окципитальной диафрагмами тела. В свою очередь, нарушение функции тазовой диафрагмы привело к асимметричной фиксации крестца и угловому положению суставных поверхностей L5 – S1 с формированием медиальной грыжи диска. А нарушение окципитальной диафрагмы приводило к формированию головной боли. При этом нарушение окципитальной диафрагмы способствовало нарушению формы правого югулярного отверстия с формированием компрессии блуждающего нерва. (Именно нарушение функции блуждающего нерва проявлялось нарушением стула в виде поноса.) Это сопровождалось нарушением активности тимуса и активацией вирусной инфекции, вызывающей в свою очередь усиление дисфункции печени. Круг замыкается, и организм не в состоянии из него выйти. При этом длительная печеночная дисфункция (хронический стресс) нарушила нормальный метаболизм гормонов и привела к избытку синтеза дегидроэпиандростерона, тестостерона и нарушению его превращения в эстрадиол, что клинически проявляется в дисфункции яичников, его кистозном перерождении. При этом в предменструальный период гормональное напряжение приводило в свою очередь к снижению активности печени, что сопровождалось усилением напряжения тазовой диафрагмы и увеличением интенсивности болевого синдрома.

Фото 4.
4 этап – определение уровня гормональной дисфункции в метаболической цепи

Далее подобрали коррекцию, направленную на устранение влияния этого токсина на организм, восстанавливающую нарушенный синтез гормонов (фото 4).

5 этап – подбор терапии (гомеопатия, сорбенты, нутриенты, травы) (фото 5).

Фото 5.
5 этап – подбор терапии (гомеопатия, сорбенты, нутриенты, травы)

Подобрали гомеопатические препараты, нутриенты и лекарственные травы (под южным полюсом магнита), которые устранили мышечный дисбаланс при провокации приоритетным токсином и одновременном сохранении ТЛ магнитом на приоритетном органе. Пациентке подошли гомеопатические препараты фирмы «АЛЬФА-ОМЕГА», бильтрицид, юглон, детоксикал, витамины Е, рибоксин, эссенциале, корсил, магний, кальций, витамин В6, индинол, экстракт грейпфрута.

6 этап – контроль подобранной терапии. Подобранные препараты на теле под магнитом.

При тестировании тонус всех мышц восстановился, нет дезорганизации работы нервной системы и примитивных рефлексов. На данный момент подобранная терапия адекватна, в достаточном объеме и хорошо переносится организмом.

Если появляются мышечный дисбаланс, признаки дезорганизации работы нервной системы, то необходимо разобраться в их причинах и повести коррекцию терапии (фото 6).

Фото 6.
6 этап – контроль подобранной терапии

7 этап – определили дозы подобранных препаратов, время, кратность и длительность приема.

Кроме того, определили план лечения, включающий структурную методами мануальной терапии, эмоциональную и биохимическую коррекцию методами прикладной кинезиологии. На первом занятии пациентке были даны гомеопатические препараты, выполнена структурная коррекция, восстановлен баланс диафрагм, выполнена КСТ, устранена дисфункция таза, устранены функциональные блоки позвоночника.

В дальнейшем проводили **контроль и коррекцию терапии** (2 раза в первую в неделю, затем 3 недели по 1 встрече, затем коррекция терапии 1 раза в месяц).

Выполнен курс лечения с подбором гомеопатии, нутриентов, структурная, эмоциональная коррекция. Восстановление мышечного тонуса, эмоционального состояния, устранение болевого синдрома – через 5 занятий, а через 6 месяцев менструальный цикл стал 28 дней, нет предменструального напряжения, нормализовались андрогены и эстрогены, по данным УЗИ, яичники уменьшились в размерах, количество и размеры кист стали меньше.

При несоблюдении вышеперечисленных этапов возможны нежелательные реакции, как правило, связанные с коррекцией компенсаций, а не приоритетной проблемы в виде ухудшения состояния, усиления болевого синдрома, интоксикации. Болевого синдрома, связанного с торзией твердой мозговой оболочки, аллергические реакции на нутриенты, активизация примитивных рефлексов.

По опыту нашей работы, коррекция эндокринной дисфункции малоэффективна, если пациент длительно находится на гормонозаместительной терапии и отсутствует функция эндокринного органа. В этом случае работа с пациентом помогает улучшить его состояние, подобрать коррекцию осложнений гормонозаместотельной терапии.

ВЫВОДЫ

1. Эндокринная дисфункция и болевые мышечные синдромы часто патогенетически взаимосвязаны. Любые стрессовые воздействия через таламус запускают каскад реакций, направленных на поддержание гомеостаза, что в конечном итоге приводит к эндокринной дисфункции, которая часто сопровождается эмоциональными расстройствами и различными структурными изменениями в виде болевых мышечных синдромов.
2. Мануальный терапевт для эффективной коррекции должен знать особенности патофизиологии, биохимии и клинических проявлений эндокринной патологии.
3. Использование методов прикладной кинезиологии позволяет врачу, занимающемуся мануальной медициной, работать с пациентом более точно, выявить индивидуальные причины эндокринной дисфункции и подобрать методы коррекции, не только структурные, но и биохимические, восстановить эмоциональное состояние.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Васильева Л.Ф. Нейрогенные механизмы и патогене–тическая терапия атипичных моторных паттернов при болевых мышечных синдромах: Дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 1998. – 271 с.
2. Васильева Л.Ф. Алгоритмы мануальной диагностики и терапии патобиомеханических изменений мышечно-скелетной системы. – Новокузнецк, 1999. – 200 с.
3. Васильева Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия дисфункции внутренних органов. – Новокузнецк, 2002, – С. 242.
4. Жуков Е.К. Очерки по нервно-мышечной физиологии. – Л.: Лениздат, 1969. – 287 с.
5. КарпеевА.А., Ситель А.Б., Скоромец А.А., Гойденко В.С., Васильева Л.Ф., Саморуков А.Е. Мануальная терапия, диагностика и коррекция патобиомеханических изменений, возникающих при спондилогенных заболеваниях. Методические рекомендации // М: 2005. – С. 55.
6. Шмидт И.Р. Введение в прикладную кинезиологию // Мануальная терапия. – 1995. – № 9. – С. 26-30.
7. Шмидт И.Р. Основы прикладной кинезиологии // Прикладная кинезиология. –2002. – № 1. – С. 4-12.
8. Шмидт И.Р. Полисистемные неспецифические синдромы в клиническом полиморфизме заболеваний нервной системы: факты и концепции // Полисистемные неспецифические синдромы в клиническом полиморфизме заболеваний нервной системы и их коррекция. 2005. – № 1(6).
9. Яричкин А.А. Прикладная кинезиология с точки зрения теории неспецифических адаптационных реакций // Прикладная кинезиология. – 2003. – № 2(3). – С. 14-16.
10. Gerz W. This is Applied Kinesiology. – GmbH.: Ullstein Mosby, 1995. – 16 p.
11. Goodheart G. Applied Kinesiology. - London: Edinburg. – P. 359.
12. Shafer 1. Applied Kinesiologiy//Modul 1,3,4, London: Edinburg, 1994. – 120 p.
13. Walther D. Applied Kinesiology. – USA: Systems DS, 1988. – 571 p.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ И ТРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

Ю.В. Шишмаков (фото 1)
Научный центр восстановительной медицины и прикладной кинезиологии, Москва

Фото 1. Шишмаков Юрий Владимирович

Первый год жизни ребенка очень важен для формирования здоровья человека. В этот период происходит не только созревание функциональных систем, но и адаптация ребенка к внешней среде. Процесс адаптации сопровождается изменением работы и повышенным напряжением функциональных систем. Поэтому любые неблагоприятные воздействия легко вызывают различные нарушения функций органов и систем организма, называемых *функциональными нарушениями*. Данные нарушения встречаются довольно часто, примерно у 70-75% всех новорожденных, и доставляют немало беспокойных дней и бессонных ночей для родителей. Однако зачастую родители даже не подозревают о наличии патологических симптомов у своего ребенка, и только при осмотре удается обнаружить скрытые симптомы.

Среди всего многообразия функциональных жалоб и расстройств на первом году жизни преобладают нарушения работы центральной нервной системы и желудочно-кишечного тракта, а также изменения кожных покровов. Нарушения со стороны центральной нервной системы обусловлены главным образом поражающими факторами во внутриутробный период и во время родов. Дисфункция кишечника появляется при задержке адаптации пищеварения к составу и количеству пищи.

Как правило, эти расстройства имеют временный характер и постепенно самостоятельно ликвидируются к концу первого года жизни. Однако в четверти случаев нарушения функции нервной и пищеварительной систем приобретают устойчивый характер и требуют специального лечения.

Диагностика функциональных нарушений начинается с первого дня рождения. Прежде всего, обращает на себя внимание родителей длительный немотивированный плач ребенка, свидетельствующий о наличии источника болевой импульсации, как правило, в области головы, грудной клетки и живота.

Важно также учитывать режим сна. Ребенок плохо засыпает, часто просыпается, сон поверхностный, уменьшено общее время сна за сутки – все это свидетельствует о раздражении центральной нервной системы в результате болевого синдрома или других факторов, чаще всего травматических.

Для оценки функционального состояния нервной системы большое значение имеет наличие повышенного мышечного тонуса в ручках и ножках. Это проявляется в постоянном сгибании конечностей, ограничении активных движений и повышении плотности мышц на ножках, особенно на задней поверхности бедер. Таким же патологическим симптомом является снижение мышечного тонуса. При этом ребенок выглядит вялым и мало двигается. Наиболее часто встречается асимметричное распределение мышечного тонуса, когда нарушения сосредоточены в основном в нижних конечностях или на одной из половинок тела. В норме подвижность конечностей должна быть симметричной и обладать равной амплитудой движения.

На первом году жизни у детей характерно наличие различных гиперкинезов, таких как тремор подбородка при плаче или вздрагивание всем телом. Эти гиперкинезы не имеют отношения к эпилепсии, являются отражением кислородного голодания головного мозга и не требуют назначения специфических противосудорожных препаратов.

К патологическим симптомам можно отнести различные асимметрии позы и положения конечностей. Специального лечения требует так называемая кривошея – наклон головки в одну сторону. Встречается также поворот головки в одну сторону, что свидетельствует о поражении шейного отдела позвоночника.

Большую группу функциональных нарушений составляют дисфункции желудочно-кишечного тракта: кишечные колики, вздутие живота, изменение стула. Причинами дисфункции являются снижение перистальтики кишечника, недостаточность пищеварительных ферментов желудка и поджелудочной железы, дисбактериоз.

Весьма типично наличие поражения кожных покровов в области лица, волосистой части головы, верхней части грудной клетки, сгибательных поверхностей ручек и ножек. Процесс протекает как воспаление кожи, сопровождающийся зудом, иногда с образованием мокнущих поверхностей. Такие поражения кожи обусловлены дисфункцией нервной системы и пищеварительного тракта.

Данные функциональные нарушения развиваются в результате механической травмы головы, шейного отдела позвоночника и грудной клетки. Голова и шейный отдел позвоночника ребенка испытывают при родах сдавливающие и деформирующие нагрузки, что приводит к явной деформации, асимметрии положения ушных раковин и сдавливанию межкостных швов. Кроме того, смещение костей вызывает передавливание вен, выходящих из черепа и отводящих венозную кровь от головного мозга. В результате этого формируется застой крови в черепной коробке, и поднимается внутричерепное давление. Подобные деформации черепа

и задержка жидкости внутри черепа значительно ухудшают работу головного мозга. Травматическое повреждение шейного отдела позвоночника происходит также при вытягивании за головку в процессе родов плечиков. Такая травма приводит к кислородному голоданию ствола мозга и прямому повреждению шейного отдела спинного мозга.

Особенностью функциональных нарушений у детей первого года жизни являются обратимость патологического процесса и эффективность лечебных воздействий. Особую эффективность показала краниальная терапия, направленная на устранение механических повреждений черепа, а также способствующая нормализации венозного и ликворного оттока из полости черепа. Это улучшает состояние и функцию головного мозга. Диагностические методы прикладной кинезиологии позволяют определить характер травмы черепа и выявить места блокады венозного оттока. Краниальное лечение проводится путем мягкого смещения костей черепа относительно друг друга. Лечение совершенно безболезненно и применяется с первых дней жизни ребенка. Подобным же образом проводится лечение шейного отдела позвоночника и грудной клетки. Осуществляется также коррекция органов пищеварения.

Примером эффективности краниальной терапии и прикладной кинезиологии является случай больного С., 1,5 месяцев (фото 2). Мальчика беспокоили кишечные колики, нарушение сна, запрокидывание головы и выгибание туловища назад, воспалительные кожные инфильтраты на лице. Пациенту проведено лечение, включающее краниальную терапию, восстановление биомеханики позвоночника, мобилизацию грудной клетки, желудка и кишечника. Кроме того, с помощью методов прикладной кинезиологии проведен подбор ферментных препаратов, пробиотиков и энтеросорбентов, наиболее эффективных и необходимых в данный момент. Результатом использования комбинации препаратов и мануальных воздействий стало полное восстановление функций нервной и пищеварительной систем.

Фото 2. Краниальная терапия

ОПТИЧЕСКИЙ ТОПОГРАФ – ПРОСТРАНСТВЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА

А.А. Косицын (фото 0)
Научный центр восстановительной медицины и прикладной кинезиологии, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Деформация позвоночника встречается практически у всех детей и в 80% случаев у взрослых. Наличие деформации позвоночника наносит большой вред здоровью человека. Ее следствием являются не просто косметический дефект осанки и деформация грудной клетки, но и нарушение функции внутренних органов: дыхательной, сердечно-сосудистой систем, органов пищеварения. Кроме того, изменение взаиморасположения позвонков приводит к сдавлению спинальных и черепных нервов, вегетативных сплетений, вызывая различные заболевания. Это может приводить к нарушению физического и умственного развития ребенка. У взрослого человека длительное существование деформации позвоночника, ухудшает работу нервной системы, ускоряет процессы увядания и старения организма.

Для диагностики деформации позвоночника наиболее часто используется рентгенологическое исследование. На рентгеновском снимке определяется выраженность бокового искривления, величина вращения позвонков вокруг своей оси. Однако частое рентгенологическое обследование небезвредно для организма, особенно для растущего организма ребенка. Кроме того, оно позволяет получить оценку только костной структуры, без анализа взаиморасположения плечевого и тазового поясов, асимметрии тонуса и натяжения скелетных мышц. А ведь именно мышцы управляют движением и положением позвонков в пространстве.

С целью уменьшения числа рентгенологических обследований больных и повышения точности пространственной диагностики деформации позвоночника разработаны бесконтактные оптические методы исследования поверхности тела человека (оптико-электронные методы, открывающие новые возможности в оценке ортопедического статуса больных сколиозом).

Фото 0. Косицин Александр Александрович

МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ

Компьютерная топография в 1996 г. прошла клинические испытания и была допущена МЗ РФ к применению в практике (Протокол № 6 от 30.10.96 Комитета по новой медицинской технике МЗ РФ, номер госрегистрации 98/219-267) (Евразийский патент № 000111 от 15.06.98).

Отечественная компьютерная оптическая топография превосходит современные зарубежные аналоги («Formetrik» и «Quantec») как по скорости обработки снимков, пространственному разрешению восстановленной поверхности, так и по уровню автоматизации процессов обработки.

МЕТОДИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ

Для проведения обследования требуется, чтобы пациент мог самостоятельно принять вертикальную позу и удерживать ее в течение 1-2 минут. На поверхность тела направляют световой поток (галогенная лампа 150 Вт). Его отражение обрабатывается компьютером и практически мгновенно предоставляет исследователю трехмерную форму обследуемой поверхности туловища пациента, в виде линий равного уровня, подобно топографическим картам (фото 1).

Фото 1. Сколиотическая деформация позвоночника 1 ст.

Выполняемое высокоточное определение формы задней поверхности туловища позволяет представить количественную характеристику угла латерального искривления позвоночного столба. Это дает достоверную информацию как о состоянии позвоночника, плечевого пояса, лопатки, тазового региона, так и тонусно-силового баланса мышц (их укорочения, расслабления), происходящих у пациентов до начала лечения в ходе их динамических наблюдений и после лечения. А поскольку мышечная система рефлекторно связана с различными органами и тканями, то предлагаемый метод диагностики является объективным отражением неблагополучия в организме не только мышечно-скелетной системы, но и других органов и тканей.

Так как при обследовании используют только световой поток, то метод абсолютно безвреден для здоровья пациентов и обслуживающего персонала. Таким образом, в отличие от рентгеновского исследования, у метода отсутствуют противопоказания и не ограничено число обследований пациента в год.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ОБРАБОТКА

Обработка изображения включает выделение границ поверхности спины, детектирование фазы полос, развертку фазы и ее преобразование в высоту поверхности. Получение распределения кривизны формы поверхности для выделения анатомических маркеров и реконструкции линии позвоночника, а также построение топограммы поверхности. Последующий интерактивный анализ включает построение графиков любых сечений поверхности, функции латерального поворота поверхности, асимметрии объема кривизны, трехмерного представления поверхности, расчет ряда количественных данных, для оценки деформации позвоночника, коррелирующих с традиционными рентгенологическими (угол Кобба, реберно-позвоночный угол, угол торзии) и клиническими (угол кифоза, угол лордоза и др. параметрами).

ТОПОГРАФИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Описание рентгенограммы: Сколиотическая деформация позвоночника 1 ст. выраженности с формированием С-образной выпуклости вправо в поясничном отделе (фото 2).

1. Описание топограммы:

Вид сзади: Сколиотическая деформация позвоночника 1 ст. выраженности со смещением вверх левой лопатки и плечевого пояса вследствие и С-образной выпуклости вправо в поясничном отделе с формированием наклона нижней границы реберной дуги и тазового региона.

Вид сверху: Позвоночник имеет спиралевидную форму со смещением относительно проекции общего центра, цен-

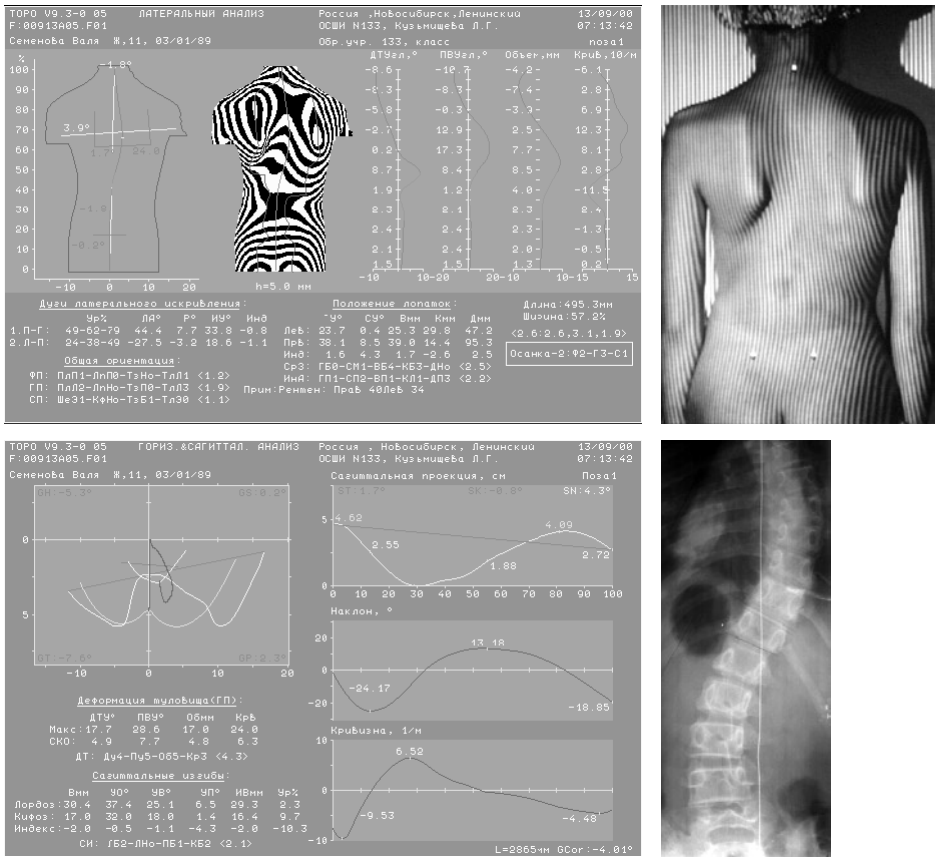


Фото 2. Деформация осанки (3 ст.)

тра тяжести поясничного – на 20% назад, грудного отдела на 30% вправо, шейного – на 40% вперед.

Вид сбоку: Деформация изгибов позвоночника преимущественно на уровне торако-люмбального перехода.

2. Биомеханический диагноз. Статическая перегрузка плечевого пояса (укорочение надостной и верхней порции трапециевидной мышцы и расслабление широчайшей мышцы спины), поясничного отдела (укорочение правой квадратной мышцы поясницы и расслабление квадратной мышцы поясницы слева).

3. Неврологический прогноз. Если у пациента не будет проведено соответствующее лечение, то это может привести к дальнейшему развитию имеющейся деформации.

Например. При отсутствии проведения лечения возможно:

- Спазм мышц шейного отдела позвоночника приведет к компрессии позвоночной артерии с затруднением мозгового кровоснабжения.
- Расположение позвонков грудного отдела способствует формированию сколиоза, биомеханической перегрузке сердца и легких и условий для формирования их заболеваний.
- Спазм мышц поясничного отдела, компрессия поясничных нервов, асимметричный рост нижних конечностей, деформация тазобедренного сустава, нарушение функции кишечника.
- Асимметрия взаиморасположения тазовых костей, создающая условия для асимметрии натяжения связок мочевого пузыря, матки и предстательной железы и нарушению их правильного развития.

В условиях Центра кинезиологии и восстановительной медицины пациентам с деформацией позвоночника предлагается проведение программы лечения ребенка по методике «Здоровый позвоночник», включающей составление индивидуальной программы нейромоторного перепрограммирования мышечно-скелетного аппарата, с учетом особенностей реакции нервной системы каждого ребенка, разработанной в Центре кинезиологии.

Уникальные методы диагностики, используемые в нашем Центре, позволили выявить причины формирования мышечного дисбаланса в виде нарушения их кровоснабжения, иннервации, подавляющего влияния внутренних органов на конкретные скелетные мышцы.

Программа включает: консультацию невропатолога-кинезиолога, травматолога-кинезиолога (а при необходимости – профессора-кинезиолога); восстановление тонуса расслабленных мышц при помощи мануальной терапии; снижение тонуса и растяжение укороченных мышц при помощи массажа; устранение асимметрии костей черепа при помощи краниальной терапии; восстановление эластичности связочного аппарата внутренних органов при помощи висцеральной терапии; составление программы гомеопатического лечения и фитотерапии; проведение переобучения стереотипа движения при помощи неустойчивой опоры.

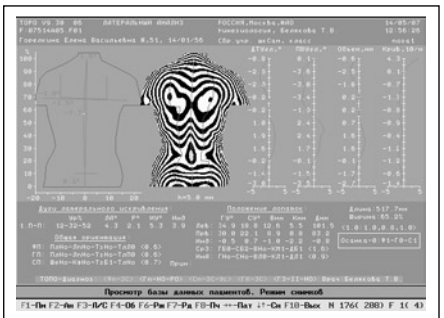


Фото 3.
Топограмма пациента после проведенного лечения

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТОПОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОГО ЛЕЧЕНИЯ

Прикладная кинезиология, как и любой другой метод диагностики и лечения, нуждается в объективизации эффективности проводимой терапии. Поскольку основным инструментом для оценки состояния организма является активность рефлекса на растяжение скелетных мышц (оцениваемое при помощи мануального мышечного тестирования), то анализ реакции мышц на поддержание вертикального положения тела является наиболее адекватным инструментальным методом оценки качества проведенной терапии.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Пациентка К. обратилась с жалобами на боль в шейном отделе позвоночника, онемение рук, возникающих в положении стоя и уменьшающихся в положении лежа.

Топографические показатели: остановленное падение тела. Деформация осанки 3 ст., смещение проекции грудного региона относительно нормы на 30%, поясничного – на 20%, шейного – на 40%.

Биомеханический статус и неврологический прогноз:

Вид сверху и сбоку:

Статическая перегрузка и признаки укорочения мышц плечевого пояса, мышц шеи, шейно-грудного перехода. При отсутствии проведения лечения возможно, что спазм мышц шейного отдела позвоночника приведет к компрессии позвоночной артерии с затруднением мозгового кровообращения.

Статическая перегрузка и признаки укорочения мышц грудного отдела, грудо-поясничного перехода. Подобное асимметричное положение позвонков грудного отдела способствует формированию сколиоза, биомеханической перегрузке сердца, легких и развитию их заболеваний.

Статическая перегрузка и признаки укорочения мышц поясничного отдела, статическая перегрузка мышц, прикрепляющихся к черепу. Спазм мышц поясничного отдела ведет к компрессии поясничных нервов, вызывает асимметричный рост нижних конечностей, деформацию тазобедренного сустава, нарушение функции кишечника.

Статическая перегрузка и признаки укорочения мышц таза. Асимметрия тазовых костей создает условия для патологического натяжения связок мочевого пузыря, матки и предстательной железы, нарушения их правильного развития и репродуктивной функции.

После проведенной диагностики получено следующее заключение.

Статическая перегрузка мышц шеи компенсаторная вследствие мышечного дисбаланса мышц поясницы и вторичного нарушения статики пациента.

При проведении дальнейшей диагностики установлено, что у пациента мышечный дисбаланс стал следствием нарушения функции толстого кишечника.

Пациенту проведена висцеральная мануальная терапия.

В результате проведенного лечения оптимизировалась работа внутренних органов, мышечно-скелетной системы и суставного аппарата, восстановилась симметричность позвоночника, что подтверждается при повторной топографии. Состояние значительно улучшилось, что представлено на топограмме, проведенной после лечения (фото 3).

ВЫВОДЫ

По сравнению с рентгенографическим исследованием использование топографического метода для задач мониторинга больных со сколиозом имеет ряд несомненных преимуществ:

- полная безвредность для пациентов и персонала;
- отсутствие ограничений на число обследований в год;
- полная автоматизация процесса ввода снимков пациентов и их обработки;
- высокая скорость обработки, обеспечивающая возможность получения результатов в присутствии пациентов;
- получение наряду с оценкой деформаций позвоночника полного количественного описания формы дорсальной поверхности туловища.

ВИДЕОКОМПЬЮТЕРНАЯ ПСИХОДИАГНОСТИКА – МЕТОД ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ СКРЫТЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ

А.А. Косицын (фото 1)

Научный центр восстановительной медицины и прикладной кинезиологии, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Психосоматические заболевания – болезни, вызванные эмоциональными потрясениями, в настоящее время являются актуальной проблемой медицины. Эмоциональные нарушения очень трудно диагностируются и трудно осознаются пациентом, как причина возникновения различных заболеваний, и именно поэтому так трудно и лечатся. Когда пациент не видит документального подтверждения наличия у себя эмоциональных нарушений, ему трудно принять то, что они у него действительно имеются, что именно они – причина многих его недугов. Такие пациенты испытывают интенсивные головные боли, головокружение, сердцебиение, одышку от незначительных эмоциональных нагрузок, перепады настроения, хроническую усталость, нарушение сна. Этих пациентов не устраивает качество их жизни. Таким людям за рубежом ставится диагноз: синдром хронической усталости.

Фото 1. Косицин Александр Александрович

Именно поэтому актуально использовать аппарат видеокомпьютерной психодиагностики и коррекции «Портрет».

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

При эмоциональных нарушениях возникает доминирование одного из полушарий головного мозга, представленное разницей амплитуд колебательных процессов в правом и левом полушариях. Активность колебательных процессов полушария отражается на степени напряжения мимических мышц лица на своей стороне. При этом повышение амплитуды колебательных процессов проявляется в повышении тонуса мимической мускулатуры так, что угол глаза и носогубная складка подтягиваются вверх, а лицо становится более округлым, в то время как снижение амплитуды колебательных процессов проявляется в снижении тонуса мимической мускулатуры так, что угол глаза и носогубная складка смещаются вниз, а лицо становится более вытянутым. Эмоциональные нарушения, как проявление разницы активности полушарий, визуально определяются асимметрией правой и левой половин лица.

ВИДЕОКОМПЬЮТЕРНАЯ ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ПО МЕТОДУ ПРОФ. АНУАШВИЛИ

Пациента фотографируют при помощи видеокамеры (фото 2). Полученное изображение вводится в компьютер, путем анализа асимметрии изображения лица человека (разность углов и средние углы черт лица на левой и правой сторонах лица), определяется функциональная асимметрия двух полушарий головного мозга (фото 3). Кроме того, с помощью видеокамеры компьютер строит три новых лица человека:

- Один портрет отражает состояние правого полушария (фото 4).
- Второй портрет отражает состояние левого полушария (фото 5).
- На этих двух портретах проявляются разные подсознательные эмоции.
- Путем математического усреднения этих двух портретов компьютер синтезирует 3-й портрет – «гармоничный».

ВОЗМОЖНОСТИ ДАННОГО МЕТОДА

1. Диагностика наличия эмоциональных нарушений как причины имеющегося заболевания.

«Портрет» позволяет выявить эмоциональные нарушения, которые проявляются в разном восприятии правым и левым полушариями. Разная реакция мимических мышц свидетельствует о том, что нет согласованности в работе полушарий, одно и то же событие одно полушарие принимает «доброжелательно», другое – «агрессивно», поэтому «Портрет» позволяет выявить преобладание одного из полушарий и их рассогласованность в работе.

2. Возможность провести исследования человека в прошлом и определить дату возникновения заболевания.

Исследование ранних фотографий, начиная с самого раннего детства, позволяет выявить периоды психических травм и динамику развития расстройств. При коррекции с помощью синтезированных из ранних фотографий портретов.

3. Способность самокоррекции, устранение психосоматических нарушений, активация процесса омоложения.

Если человек одновременно созерцает эти три своих лица и проявленные на них различные подсознательные чувства, то на основе зрительной биологической обратной связи происходит синхронизация работы полушарий, психофизиологическая саморегуляция. При этом стабилизируются психические процессы, выравниваются логические и интуитивные способности, повышается степень гармонии личности – степень психологического иммунитета от жизненных потрясений и болезней. Кроме того, из прошлых фотографий выбирается наиболее лучшая, где черты лица более симметричны и проводится специальное занятие с пациентом, в результате которого происходит восстановление лучшего из прежних состояний. Человек возвращается к своей «жизненной программе», наблюдается (если он преждевременно постарел в силу жизненных обстоятельств).

Следует отметить, что в результате такой психокоррекции происходят также физиологические (физические) изменения: лицо становится более симметричным, уменьшаются психосоматические расстройства.

4. Оценка эффективности проведения лечебных мероприятий.

При повторном фотографировании диагностируется устранение асимметричности лица, что и является объективным признаком.

Фото 2.
Пациента фотографируют при помощи видеокамеры

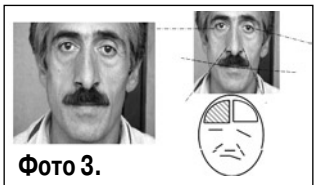


Фото 3.
Функциональная асимметрия двух полушарий головного мозга

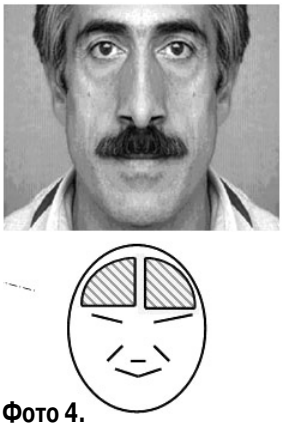


Фото 4.
Первый портрет отражает состояние правого полушария

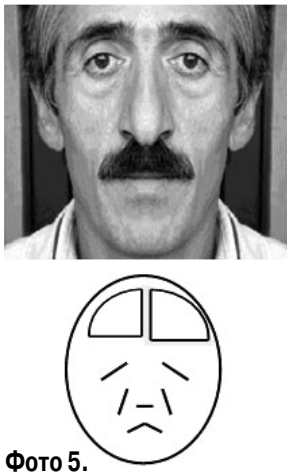


Фото 5.
Второй портрет отражает состояние левого полушария

ДОКУМЕНТЫ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИБОРА В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

На метод ВКП получен медицинский патент № 2201131 от 10.04.2001 (автор Ануашили А.Н.). Метод ВКП включен в каталог-справочник Минздрава РФ «Диагностические и оздоровительные технологии восстановительной медицины» 2003 г. (РНЦ восстановительной медицины и курортологии Минздрава РФ, чл.-корр. РАМН А.Н. Разумов, д.м.н. С.М. Разинкин).

ВЫВОДЫ

1. Видеокомпьютерная психодиагностика – объективный метод диагностики психосоматических заболеваний.
2. Видеокомпьютерная психодиагностика – возможность провести исследования человека в прошлом и определить дату возникновения заболевания.
3. Видеокомпьютерная психодиагностика позволяет оценить эффективность проведения лечебных мероприятий.
4. Видеокомпьютерная психотерапия – способ самокоррекции психосоматических заболеваний, активации процесса омоложения.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Девочка 11 лет, жалобы на замкнутость, отсутствие интереса к школе, своим сверстникам, депрессию, склонность к суицидальным мыслям, косоглазие. Проводимое лечение с привлечением психотерапевтов и психиатров приносило лишь временный эффект. Проводя пациенту видеокомпьютерную психодиагностику выявлено доминирование правого

Фото 6.
Нарушение связи между полушариями

Фото 7.
Доминирование правого полушария

полушария при нарушении связи между полушариями (фото 6). Психологический тип девочки компьютер определяет как «Интуитивный дестабильный». Это означает склонность к депрессии. Интуитивно, духовно, идейно, принципиально девочка развивается с опережением. Ей 11 лет, но на правополушарном портрете она выглядит старше – на 14-15 лет (фото 7). На левополушарном же портрете она выглядит меньше своего возраста – как 6-7-летняя девочка (фото 8). Именно так к ней и относятся поверхностные люди, которых вокруг нее оказалось абсолютное большинство. Приклеили к ней ярлык и стали подавлять. От постоянного напряжения у девочки возникла асимметрия лица, развилось косоглазие. Девочка является чувствительной мечтательной, скромной. У нее богатый внутренний мир. При соответствующей психологической помощи может достичь успехов в творческом созидательном труде. Для этого требуется повышение степени гармонии личности, что и достигается с помощью видеокомпьютерной психокоррекции на основе зрительной биологической обратной связи (путем созерцания своих портретов и осознания своих подсознательных эмоций). После проведенного лечения видно, что эмоции стали положительными и выровнялись, асимметрия лица и косоглазие уменьшились (фото 9). Из схемы видно, что степень гармонии личности (степень психологического иммунитета от жизненных потрясений и болезней) повысилась с 40 до 55% (фото 10).

Фото 8. Левополушарный портрет

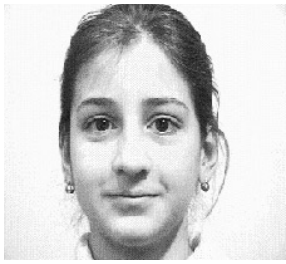


Фото 9. Девочка после проведенного лечения

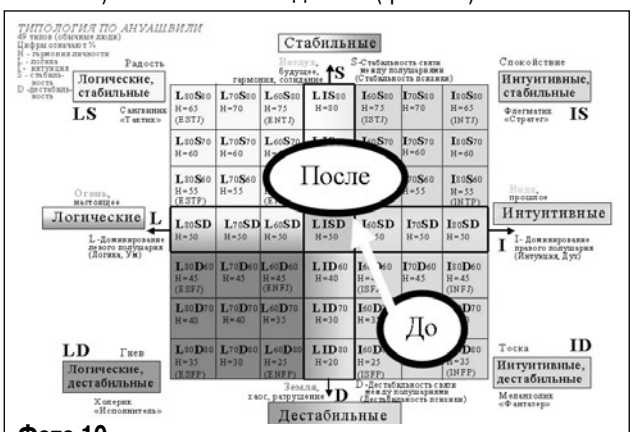


Фото 10. Степень гармонии личности повысилась с 40 до 55%

ПРИМЕНЕНИЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И ГИРУДОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ

К.Э. Мавсисян (фото 1)
Научный центр восстановительной медицины и прикладной кинезиологии, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ожирение – актуальная проблема современной медицины. 60-80% населения в развитых странах страдают избыточным весом. Ожирение – превышение идеального веса более чем на 20%. Именно с этим связаны все негативные последствия избыточного накопления в организме жировой ткани – артериальная гипертензия, гиперлипидемия, атеросклеротические изменения сосудов, нарушение углеводного обмена и др. В настоящее время существует много подходов к лечению экзогенно-конституционального ожирения, однако нет методов, в полной мере учитывающих индивидуальные конституциональные особенности пациента. Необходим комплекс вышеперечисленных методик с использованием принципов энергетического лечения и прикладной кинезиологии, что обеспечит максимально индивидуальный подход к каждому пациенту и даст лучшие результаты.

Фото 1. Мавсисян Каринэ Эмилевна

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать комплексный метод, включающий несколько методов энергетической коррекции при ожирении – корпоральную, аурикулярную иглотерапию, гирудотерапию.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

37 пациентов с экзогенно-конституциональным ожирением (25 женщин от 19 до 60 лет и 12 мужчин 25-50 лет), сопутствующими соматическими заболеваниями (артериальная гипертензия, атеросклероз сосудов, варикозная болезнь вен нижних конечностей, нарушения углеводного обмена и др.) и с признаками дисбаланса в канально-меридианальной системе.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Акупунктурная диагностика, мануальное мышечное тестирование.

ЭТАПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1 этап. Мануальное мышечное тестирование с целью

определения состояния каналов-меридианов (избыток-недостаточность).

Заключение. Снижение стреч-рефлекса мышц, ассоциированных с меридианом, свидетельствует о наличии дисбаланса в данном меридиане.

2 этап. Определение патогенетически значимого канала, вызывающего дисбаланс в канально-меридианной системе. Проводится терапевтическая локализация сигнальной точки приоритетного меридиана, которая приводит к устранению мышечного дисбаланса. При проведении височного постукивания сохраняется восстановленный стреч-рефлекс мышцы при повторном тестировании.

3 этап. Подбор акупунктурных точек для лечения.

Лечение проводится на основании классических правил акупунктуры (правило сопряженных каналов, верх-низ, полдень-полночь, мать-сын, правое-левое и др.). Точки подбираются с помощью терапевтической локализации щупом или путем постукивания по точке в течение 5-6 секунд, с последующим тестированием ассоциированной мышцы. При терапевтической локализации наиболее оптимальной для воздействия точки восстанавливается стреч-рефлекс ассоциированной мышцы.

4 этап. Определение доминантной ушной раковины для проведения аурикулотерапии.

Проводится мануальное мышечное тестирование ассоциированной мышцы, связанной с приоритетным меридианом. Далее необходимо прикрыть правую и левую ушные раковины поочередно ладонью пациента. При расположении ладони над доминантной ушной раковиной происходит восстановление стреч-рефлекса ассоциированной мышцы.

5 этап. Выбор аурикулярных точек для лечения.

С помощью металлического зонда проводится стимуляция точек с последующим тестированием ассоциированной мышцы. При локализации зондом на аурикулярные точки, необходимые для регуляции обмена веществ и коррекции веса, происходит восстановление стреч-рефлекса ассоциированной мышцы.

6 этап. Выбор зон для постановки пиявок с применением мышечного тестирования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Потеря веса составила в среднем от 6 до 25 кг. Подбор точек воздействия, продолжительность курса и количество процедур определялись строго индивидуально, учитывая субъективный и объективный статус, акупунктурный диагноз и результаты мануального мышечного тестирования.

У большинства пациентов имел место дисбаланс энергии (Ян) и материальной субстанции тела (Инь) с преобладанием Инь. При акупунктурной диагностике наиболее значительна недостаточность первичной энергии Ян, известная так же, как жизненная энергия. Такой дисбаланс чаще был обусловлен врожденной слабостью первичной энергии и гиперактивностью меридианов желудка и селезенки – поджелудочной железы, которые отвечают за формирование питательной энергии (Инь) организма.

Воздействие на акупунктурные точки, особенно на аурикулярные в области иннервации блуждающего нерва, изменяло функциональную активность различных мозговых центров, включая гипоталамические, регулирующие соответствие между потреблением, усвоением и расходованием энергии. Это проявлялось нормализацией энергетического обмена и уменьшением аппетита.

Фото 2. Мануальное мышечное тестирование

Кроме того, воздействие на акупунктрурные точки влияло на обмен веществ (жировой, углеводный, водно-солевой), непосредственно стимулируя энергетический обмен в организме, уменьшало активность меридианов желудка и селезенки – поджелудочной железы, ответственных за накопление питательной энергии Инь организма и увеличение массы тела.

Корпоральная и аурикулярная акупунктура значительно улучшала психоэмоциональное состояние пациентов, в результате чего уменьшалось стрессозависимое переедание.

В комплексе с акупунктурой успешно применялась гирудотерапия, которая была направлена на восстановление эндокринного статуса как посредством прямого воздействия на железы внутренней секреции, так и через энергосистему с ее возможностями управлять всеми функциями организма. Пиявка, передающая энергоимпульс в природном диапазоне частот по системе главных энергетических каналов, быстро и надежно реабилитировала рецепторный аппарат нейроэндокринной сферы и таким образом решала проблему восстановления функций на уровне целостного организма.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При акупунктурной диагностике выявлялась недостаточность первичной энергии Ян, обусловливаемая врожденной слабостью первичной энергии и гиперактивностью меридианов желудка и селезенки – поджелудочной железы. Выявленные нарушения хорошо корригируются комбинацией корпоральной, аурикулярной иглорефлексотерапией и гирудотерапией.

ВЫВОДЫ

1. Комплексное воздействие акупунктуры и пиявок активизирует обмен веществ, устраняет дисбаланс в эндокринной системе, нормализует психоэмоциональную сферу, вызывает снижение чувства голода, быстрое наступление чувства насыщения, оказывает общерегулирующее воздействие на все процессы в организме.
2. Методы прикладной кинезиологии и акупунктурной диагностики позволяют успешно применять рефлексо- и гирудотерапию в лечении ожирения и проводить индивидуальную коррекцию выявленных нарушений.

КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МАССАЖ

Р.З. Хамраев, А.В. Галаган (фото 1,2)
Научный центр восстановительной медицины и прикладной кинезиологии, Москва

Актуальность Массаж – это научно обоснованный метод воздействия на организм, сущность которого заключается в нанесении телу пациента раздражений различной интенсивности и силы руками массажиста или специальными приборами. Раздражения, наносимые телу пациента, называются приемами. Приемы производятся в виде трения, давления, смещения, сотрясения и т.д. Однако направление воздействия, его длительность нуждаются в постоянном контроле. Именно в этом случае использование методов мануального мышечного тестирования изменения активности рефлекса на растяжение в зависимости от проводимых мероприятий окажется наиболее эффективным.

1. Физиологическое влияние массажа на кожу и подкожно-жировую клетчатку. Воздействуя на кожу, массажист вызывает в ней различные реакции, которые отражаются на центральной нервной системе. Кожа механически очищается от эпидермиса (верхний слой кожи), секрета потовых и сальных желез. Ускоряется отток венозной крови и лимфы, усиливается приток артериальной крови. Улучшается местный клеточный и тканевой обмен – водно-солевой, белковый, углеводный, жировой, витаминный. Открываются дополнительные и резервные кровеносные капилляры.

2. Физиологическое влияние массажа на кровеносную и лимфатическую системы. Под воздействием массажа в кровеносных капиллярах увеличивается газообмен между кровью и тканями. Массаж оказывает прямое и рефлекторное воздействие на местное и общее кровообращение. Механические, ритмичные массажные движения значительно облегчают продвижение по артериям, что вызывает ускорение оттока венозной крови и лимфы, тем самым усиливается удаление продуктов распада из тканей. В органах дыхания улучшается клеточный газообмен.

3. Физиологическое влияние массажа на мышечную систему и связочно-суставной аппарат. Под влиянием массажа улучшается сократительная функция мышечных волокон, что уменьшает развитие гипотрофии мышц. Усиливаются окислительно-восстановительные процессы, улучшается усвоение мышечными клетками питательных веществ. Повышается мышечный тонус. **Массаж** устраняет боль, ускоряет процесс распада молочной кислоты в мышечной ткани.

4. Физиологическое влияние массажа на нервную систему. Нервная система первая воспринимает механические раздражения при воздействии на кожу и другие ткани организма. Приемы массажа по-разному действуют на нервную систему. Изменяя силу и продолжительность массажного воздействия, можно добиться снижения или повышения нервной возбудимости. Улучшения работы органов и систем. Массаж устраняет или ослабляет боль. Ускоряется и нормализуется проведение нервных импульсов по органам и системам.

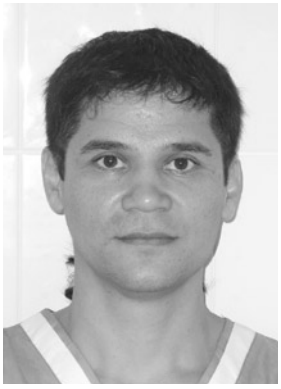


Фото 1.
Хамраев Р.З.

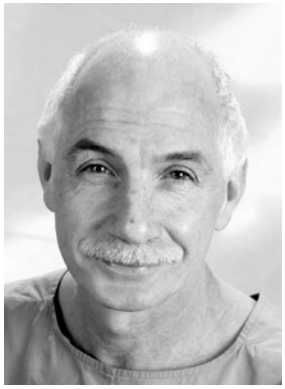


Фото 2.
Галаган А.В.

5. Физиологическое влияние массажа на обмен веществ. Массаж усиливает все обменные процессы в организме. Улучшает работу эндокринной системы. Нормализуется клеточный обмен, водно-солевой, белковый, витаминный.

Варианты использования массажных техник.

Лечебный классический массаж. Широко применяется для лечения и профилактики различных заболеваний. Действие массажа основано на послойной проработке мягких тканей организма. Оказывает положительное влияние на кожу, подкожно-жировую клетчатку, мышцы. Классический массаж предотвращает старение тканей организма, придает им эластичность, упругость. Улучшает крово- и лимфообращение, ускоряет процессы метаболизма, нормализует работу внутренних органов и их систем (фото 3).

Фото 3.
Проведение массажа

Антицеллюлитный массаж. Вид массажа, направленный на устранение и профилактику целлюлита, а также для уменьшения объемов и коррекции фигуры. Выполняется, как правило, на проблемных зонах: талия, живот, ягодицы, бедра, внутренние поверхности рук. Производится ручная пластика, а для достижения лучшего результата к ручному массажу добавляется баночно-вакуумный массаж и т.д.

Лимфодренажный массаж. Это комплекс массажных приемов, направленных на нормализацию тока лимфы и устранение ее застоя. Все движения выполняются в медленном темпе в соответствии со скоростью тока лимфы. Вид массажа применяется как антицеллюлитная процедура, так как причиной образования целлюлита является застой лимфы и венозной крови.

Рефлекторно-сегментарный массаж. Установлено и научно доказано, что наш организм – это единое целое. Поверхностные ткани тела и внутренние органы имеют совместную иннервацию. Если в каком-либо внутреннем органе идет патологический процесс, то поверхностные ткани тела (кожа, подкожно-жировая клетчатка, мышцы) тоже вовлекаются в этот процесс. Рефлекторно-сегментарный массаж оказывает выраженное рефлекторно-избирательное действие на внутренние органы и их системы через кожу и поверхностные ткани организма посредством рефлекторных связей.

Соединительно-тканный массаж. В основе лежит висцеро-соединительно-тканный рефлекс, т.е. взаимосвязь внутренних органов и подкожно-жировой клетчатки тела человека посредством совместной иннервации. Любой патологический процесс в организме проецируется на подкожно-жировой клетчатке в виде набуханий, втяжений, неровностей. Метод заключается в лечении заболеваний внутренних органов путем воздействия на подкожно-жировую клетчатку, имеющую совместную иннервацию (фото 4).

Фото 4. Соединительно-тканный массаж

Точечный массаж. Этот вид массажа пришел из Китая. Метод основан на воздействии на органы и их системы через биологически-активные точки (БАТ) тела человека. Эти точки не отличаются от окружающих тканей визуально, но имеют повышенные температуру, чувствительность, поглощение ультрафиолета и выброс гистамина. Воздействуя на биологически-активные точки при помощи точечного массажа, можно регулировать процессы во внутренних органах и в организме в целом.

Периост массаж. Основан на лечении заболеваний через устранение изменений в надкостнице. Относится к рефлекторным видам массажа.

Косметический массаж. Применяется на открытых частях тела – лице, руках, шее. Цель массажа: предотвращение старения кожи, разглаживание морщин, придание коже эластичности и упругости. Является очень эффективной и комфортной процедурой.

Массаж стоп (подотерапия). Метод основан на воздействии на рефлекторные зоны стоп. На стопе человека находится 56 зон, это проекция всех внутренних органов. Воздействуя на стопы, мы тем самым воздействуем на весь организм или на отдельные его части.

Медовый массаж. Выполняется с применением натурального меда или смеси меда и ароматических масел. Ускоряется крово- и лимфоотток. Нормализуются работа внутренних органов и обменные процессы. Происходит выведение шлаков через кожу, так как мед – прекрасный абсорбент.

Индийский (аюрведический) массаж. Аюрведический массаж – это вид индийского массажа с применением ароматических и массажных масел, которые являются неотъемлемой его частью. Аю означает «жизнь», а веда – «знание». Итак, дословно аюрведа – «наука о жизни», или «правильная жизнь». Ее принципы универсальны.

Вакуумный массаж. Вакуумный массаж – вакуумная терапия, одно из терапевтических направлений, заключающееся в локальном рефлекторном воздействии на организм человека разряженным воздухом. Спектр использования вакуумного массажа весьма широк (фото 5).

Фото 5. Вакуумный массаж

Ударно-динамический массаж. Главный принцип работы данного массажа – глубокое вибрационное воздействие на ткани, сосуды, связки, мышцы, а также глубокое прогревание. При этом активируются кровообращение, лимфоотток, движение всей жидкости в организме. Снимается мышечный спазм, восстанавливается иннервация. Этот тип массажа включает в себя воздействия легкого поглаживания и похлопывания поверхности кожи тела.

Тайский массаж. Тайский массаж, вероятно, – один из самых необычных, сложных и вместе с тем простых методов лечения. С помощью различных вытягивающих движений, техники надавливания и других приемов оказывается воздействие на энергетические линии и акупрессурные точки. Благодаря совместному воздействию нежных, плавных движений, глубокой растяжки, ритмичного напряжения и расслабления, а также координации дыхания пациента и массажиста возникает состояние глубочайшего расслабления (фото 6).

Фото 6. Тайский массаж

Использование постоянной биологической обратной связи с организмом пациента при помощи мануального мышечного тестирования позволяет оптимально использовать комплексную массажную терапию в нашем Центре.

ПАЦИЕНТУ

ВОПРОСЫ, КОТОРЫЕ ЗАДАЮТ ПАЦИЕНТЫ

Чем принципиально новым отличается прикладная кинезиология от других направлений?

Васильева Л.Ф.

Тем, что имеет возможность получить биологическую обратную связь с организмом через оценку изменения активности рефлекса со скелетных мышц. Определить причину их изменения, и не только составить алгоритм лечения, который бы восстанавливал функции организма, но и проверить его эффективность до начала его использования, включая все методы традиционной и классической медицины.

Волынкин Н.А.

Прикладная кинезиология – это функциональная неврология. Если классическая неврология исследует рефлексы в покое, то ПК исследует при нагрузке, потому что некоторые проблемы в покое могут не выявляться, а человек ведь находится всегда в движении.

Пилявский С.А.

Прикладная кинезиология – один из методов холестической медицины. Организм человека рассматривается как единое целое во всем многообразии механических, биохимических и психоэмоциональных связей. Предметом изучения ПК являются адаптационные возможности человека.

Почему именно оценка рефлексов – наиболее эффективный способ диагностики пациента?

Васильева Л.Ф.

Потому что состояние рефлексов – показатель состояния одной из важных составляющих организма нервной системы. А так как нервная система является связующим звеном между различными составляющими организма, то оценка рефлексов – это оценки функции различных структур человека.

Пилявский С.А.

Мышечный тест, открытый Джорджем Гудхартом, лежит в основе метода, он позволяет оценить функциональные взаимосвязи между отдельными мышцами и внутренними органами, позвонками, меридианами и т.д. Выявляя тонусно-силовой дисбаланс мышц, мы можем обнаружить причину нарушения функционирования практически любых органов и систем тела.

Почему не достаточно инструментальных методов оценки: рентгеновского снимка, топограммы, электромиограммы?

Васильева Л.Ф.

Потому что любой прибор, созданный человеком, более примитивен, чем сам человек, и поэтому всегда дает искажения. Человека более тонко может оценить только такой же сложный прибор, как он сам, а это другой человек. Поэтому кинезиология не отвергает инструментальные методы исследования, она их использует и дополняет клиническим осмотром.

Неврология успешно использует оценку рефлексов при помощи удара молоточком по сухожилиям. Однако лечение пациенту предлагается одно и то же.

Васильева Л.Ф.

В неврологии ударом молоточком по сухожилиям крупных суставов действительно проверяют изменение рефлекса. Но оценивают рефлекс сразу со всех мышц, которые прикрепляются в месте удара и проверяют рефлекс в покое. А большинство болевых синдромов провоцируется движением, и боли в покое нет. Поэтому при классическом неврологическом осмотре выявляется органическая патология, грубое нарушение: паралич, парез. Для оценки более тонких нарушений необходима оценка рефлекса с каждой отдельной мышцы и в состоянии ее нагрузки.

Зачем такая сложность оценки рефлексов?

Васильева Л.Ф.

Потому что каждая мышца имеет свои рефлекторные связи с внутренними органами, отражает нарушение эндокринных органов, отражает влияние определенных эмоций, имеет отдельную иннервацию и кровоснабжение. И если пациент испытывает мышечную боль, то у кого спрашивать - «Что случилось», как не у самой мышцы?

Волынкин Н.А.

Каждая мышца имеет ассоциативные связи с определенным внутренним органом, энергетическим каналом, позвонком, костью черепа, зубом, зоной на теле и голове, эмоцией и др. Это единая система, и если в ней что-то нарушается, то в первую очередь на это реагирует мышца, в виде снижения рефлекса. Ориентируясь на рефлекс мышцы, можно найти то звено в этой системе, которое нарушено. Когда нарушенное звено этой системы найдено, врач кинезиолог проводит коррекцию, воздействуя методом, адекватным для данного нарушения (при нарушении в энергетическом канале – иглорефлексотерапией, во внутреннем органе – висцеральной терапией, в позвонке – артро-вертебральной терапией, для каждого звена – подбирая корректный метод и выбирая в этом методе техники, наиболее эффективные для данного организма).

Пилявский С.А.

Используя феномен силы-слабости мышц, мы можем обнаружить проблему органа, а также найти необходимые средства для восстановления его нормальной работы. Огромное преимущество метода заключается в том, что мы «спрашиваем» тело, через мышечный ответ, о его проблемах. Также, через мышечный ответ, мы спрашиваем тело, что необходимо сделать для устранения выявленных нарушений.

Метод ПК позволяет использовать весь арсенал методов мануальной терапии, фармакологии, гомеопатии и фитотерапии, психотерапии, исследовать нарушения биохимических процессов, эндокринных и инфекционных нарушений и подбирать средства для их коррекции индивидуально.

Но если у пациента сколиоз, грыжа диска, то причем тут мышцы?

Васильева Л.Ф.

Кости – это пассивная структура в организме и ее оптимальную нагрузку обеспечивают мышцы. Куда мышцы тянут, туда и смещается кость, или в том направлении раскрывается межпозвонковое отверстие, и смещается межпозвонковый диск.

А головные боли? А гипертоническая болезнь? Какое это имеет отношение к мышцам?

Васильева Л.Ф.

Под мышцами проходят сосуды, которые могут быть сжаты, а повышение давления в них – это компенсаторная реакция, чтобы протолкнуть кровь, например к мозгу. Вы когда-нибудь нажимали на шланг ногой, помните, какая струя воды взмывала вверх? В организме то же самое. Кроме того, почка тоже лежит на мышце и может изменять свое положение в зависимости от состояния мышцы, а это может провоцировать раздражение зоны ответственной за выработку веществ, повышающих системное давление.

Вы хотите сказать, что все болезни от мышц?

Васильева Л.Ф.

Нет, мышца, выступает лишь как индикатор нарушения функций организма. Как лампочка загорается при оценке состояния электрической цепи. И специалисту просто необходимо установить, что цепь прервана, и решить, что необходимо сделать, чтобы ее восстановить. Также поступает и врач-кинезиолог. Только система, которую он оценивает, более сложна, и параметров неизмеримо больше.

Зачем пациенту нужно понимать, что с ним делают во время процедуры прикладной кинезиологии?

Волынкин Н.А.

Есть старинная поговорка: «Человек один не всегда может справиться с болезнью, но, объединившись, врач и пациент могут победить любую напасть». Когда пациент понимает, что с ним делают, он всеми силами стремится помочь себе и врачу в их общей борьбе с болезнью. И потом пациент не будет заставлять себя выполнять рекомендации, данные врачом, он будет делать это с радостью, потому что он теперь знает, что этот путь – его путь.

Васильева Л.Ф.

Информация для пациента предполагает решение нескольких задач:

1. Знакомство пациента с ПК. Ведь пациент уже прошел многих врачей, у него сформировался определенный стереотип, как его должны смотреть, лечить. И пока мы не изменили его представления, что бывают другие пути исследования, начинать тестирование бессмысленно.
2. У каждого пациента уже есть представление, что является причиной его болезни, они приучены получать лечение в месте локализации боли. Просто сказать, что существует связь между внутренним органом и мышцей, это мало, нужно продемонстрировать, не только как изменяется рефлекс, при положительной ТЛ или провокации, но и как меняется интенсивность боли, с которой он пришел, при воздействии на разные участки тела пациента.
3. Надо продемонстрировать эффективность проведенного лечения. А для этого нужно показать асимметрию его тела, ограничение объема его движения, пальпаторное ощущение боли, которое меняется после проведенного лечения.

Почему так сложно привлечь пациентов к лечению у специалиста - кинезиолога, и что конкретно необходимо с вашей точки зрения сделать, чтобы этот процесс активизировать?

Лавренов В.М.

Принять прикладную кинезиологию может не каждый врач, и не каждый пациент, потому что нужно быть достаточно чувствительным, чтобы можно было оценить разницу в получаемом рефлексе и гибким умом, чтобы принять холестический подход. Пациент должен быть готов к тому, что он будет активно участвовать в своем исцелении. К сожалению, в нашей стране люди привыкли пассивно воспринимать лечение, «я плачу деньги, ты меня лечи», такой подход в прикладной кинезиологии не допустим. Пациент сам активно принимает участие в своем лечении, сам анализирует, что делается для его здоровья. Поэтому пациента на первом сеансе приходится просто готовить, информировать, что с ним будут делать. Потому что если сразу же проводить тестирование, не объяснив ему, что происходит, то пациент сразу же отторгает все, что с ним делает врач, потому что каждый пациент приходит на прием со своим шаблоном лечения, он привык к тому, что он диктует условия врачу. И когда врач лечит, ориентируясь на восстановление рефлекса, пациент воспринимает это очень тяжело, это выходит за рамки его жизненных стереотипов.

Прикладная кинезиология – метод не совсем простой и, для того чтобы овладеть им, требуется определенное время, не все врачи достаточно терпеливы. Освоив тестирование 3-5 мышц, они начинают эту технику широко использовать в своей медицинской практике, иногда получая из-за технически не точно выполненного теста ошибки. Поэтому появляются и осложнения, и лечение бывает не эффективно. У врача появляется разочарование в прикладной кинезиологии. Поэтому, когда врач собирается заняться ей, он должен основательно продумать, а хватит ли у него сил, времени, средств, чтобы до конца пройти путь.

Львов С.И.

Я всегда стараюсь объяснить пациенту – в чем его проблема и как можно ее решить. Определяю примерные сроки решения проблемы. Мы пациента делаем самодостаточным у него появляется больше сил и, соответственно, средств к существованию, постепенно кинезиолог становится личным врачом пациента и его семьи.

Васильева Л.Ф.

Трудность заключается в том, что у людей, приходящих на лечение, сложился определенный стереотип мышления, как надо их болезнь лечить, сами пациенты порой диктуют врачу условия их лечения. И когда врач начинает делать что-то не стандартное, не укладывающееся в их голове, у пациентов все это вызывает непонимание и недоверие.

На первом приеме уметь объяснить все на языке, понятном для пациента, и уделить больше времени объяснениям и демонстрации нормальных и сниженных рефлексов. Больной должен почувствовать изменение активности миотатических рефлексов, особенно это будет убедительно на крупных мышцах.

Для того чтобы таких проблем не возникало, создать возможность для ваших пациентов получить предварительную печатную информацию о методе прикладной кинезиологии, и о вашем причастии к использованию этого метода. Вы можете печатать свои статьи в журнале «Прикладная кинезиология» и дарить эти журналы своим пациентам. Больше рекламировать это направление через все виды коммуникации.

МЕДИЦИНСКИЙ МАССАЖ В СВЕТЕ ХОЛИСТИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА

А.Ю. Мочалов (фото 1)
Научный центр прикладной кинезиологии и восстановительной медицины, Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Двигательная система, и в частности мышечная система, является одной из самых быстро реагирующих систем организма. Мышцы тела моментально реагируют изменением тонуса на малейшие отклонения в состоянии здоровья человека. Нарушение механизмов самовосстановления организма приводит к длительно существующему мышечному спазму, укорочению фасций и застойным явлениям, что затрудняет не только диагностику, но и реализацию подобранного лечения. Возникает необходимость проведения основного лечения на фоне восстановления тонуса мышц, эластичности фасций и дренажных функций лимфатической системы. Для решения этой задачи можно привлечь квалифицированного массажиста. Именно работа «в четыре руки» врача и массажиста может дать в такой ситуации максимальный эффект для здоровья пациента. Однако, несмотря на то что массаж является одним из древнейших методов терапевтического воздействия, развитие и использование его как медицинской дисциплины на сегодняшний день весьма ограничено и даже затруднено. Этому способствуют как большое количество рекламируемых, зачастую весьма спорных этнических или авторских методик, так и недостаточность критического научного анализа результатов массажного воздействия. Назрела необходимость интеграции накопленного веками как отечественного, так и зарубежного практического опыта массажа и его теоретический анализ в контексте современной медицинской науки. Это даст возможность практикующим врачам более точно назначать, а массажистам более точно выполнять процедуру массажа.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обосновать необходимость использования методик массажного воздействия, осуществляемых параллельно с основным лечением (коррекцией биомеханических, биохимических и эмоциональных проблем) для повышения эффективности и, возможно, сокращения сроков лечения.

Холистический подход в современной медицине – это синтез восточного и европейского учений о здоровье человека, основной концепцией которого является целостность. Вселенная представляет собой единое энергетическое поле. Все, что есть во Вселенной, в том числе и человек, – это различные проявления энергии в различных ее формах. Несмотря на бесконечное разнообразие форм, все во Вселенной взаимосвязано. Организм человека – неотъемлемая часть общего энергетического поля и является целостной самовосстанавливающейся системой. Он постоянно находится под влиянием энергетического поля Вселенной и сам влияет на него. Вселенская энергия, протекая внутри тела человека, образует своеобразную матрицу (энергомеридианную систему), связывающую жизненно важные органы с другими частями тела и с внешним миром. Чтобы быть здоровым, организм человека должен постоянно приспосабливаться к изменениям (как внутри себя, так и вовне) и восстанавливать состояние внутреннего равновесия и гармонии. Причиной нарушения здоровья являются т.н. внутренние и внешние негативные факторы (погодные условия, физические и эмоциональные перегрузки, некачественная пища, инфекции и т.п.). Совокупность действия этих факторов вызывает состояние нездоровья и влечет за собой нарушение внутренней гармонии, но организм, благодаря механизмам самовосстановления, как правило, успешно справляется с подобными проблемами. Включаются процессы терморегуляции, подавления патогенной микрофлоры, вывода токсинов и т.д. Однако когда механизмы самовосстановления нарушены, адаптации не происходит, и возникает болезнь, проявляющаяся в виде симптомов нарушения здоровья и связанная с определенной дисгармонией потоков энергии в теле человека.

Фото 1. Мочалов Андрей Юрьевич

Состояние здоровья можно условно подразделить на три аспекта.

1) Структурный. Нарушения проявляются патологическими изменениями тонуса или строения тканей, приводящими к дисфункции органов и систем.
2) Химический. Нарушения проявляются патологическими изменениями в химических обменных процессах, приводящими к интоксикации организма.
3) Ментальный. Нарушения проявляются дисгармонией в области психоэмоциональной сферы.

Все три аспекта состояния здоровья взаимосвязаны, т.е. нарушение какого-либо одного из них влечет за собой нарушение двух других. Кроме того, все они тесно взаимосвязаны с энергомеридианной системой организма человека.

Особая, можно сказать, ключевая роль в процессах нарушения здоровья принадлежит мышечной системе. Древние практики утверждали, что все, что пребывает внутри нас, неотделимо от того, что наблюдается вовне. Тело (двигательная система) тесно взаимосвязано и является своеобразным объединяющим центром всех аспектов состояния здоровья: структурного, ментального, химического и энергетического. Оно отражает не только наше сиюминутное состояние, но и хранит весь наш опыт с самого рождения и даже раньше. Мышечная система, будучи одной из самых быстро реаги-

рующих систем организма человека, моментально отвечает снижением тонуса определенных мышечных групп на малейшее нарушение в организме. Снижение стреч-рефлекса с одних мышц компенсаторно влечет за собой перегрузку и спазмирование других мышц (как правило, синергистов движения или статики). Длительно существующий (по причине сбоя механизмов самовосстановления) мышечный спазм приводит к формированию новой патобиомеханической цепочки и нарушению состояния здоровья уже на другом уровне и т.д. В результате, когда пациент с мышечной болью попадает к врачу, зачастую бывает даже трудно определить первопричину нарушения состояния здоровья. Все вышесказанное объясняет, почему в древневосточной медицине такое большое значение придавалось гимнастике и массажу. Человек, регулярно занимающийся гимнастикой, а особенно регулярно посещающий массажиста (т.е. поддерживающий мышечный тонус своего тела в норме), как правило, не имеет серьезных претензий к своему здоровью.

Теоретический и практический анализы массажного воздействия как медицинской процедуры невозможны без единой, унифицированной классификации огромного многообразия известных на сегодняшний день школ, техник и стилей массажа. Такая классификация предложена д.м.н. Еремушкиным М.А. В ней выделяются две обобщающие категории, характеризующие массаж как лечебно-профилактический метод по форме и содержанию. Это системы и виды массажа.

Системы массажа характеризуются:

1) временем создания;
2) местом создания;
3) авторским приоритетом создания.

Виды массажа классифицируются:

1) по цели назначения (лечебный или профилактический);
2) по сфере применения (медицинский, спортивный или косметический);
3) по способу воздействия (самомассаж, массаж, парный массаж и т.д.);
4) по средству воздействия:
   4.1. базисные виды (мануальный, педиальный, аппаратный и т.д.);
   4.2. сочетанные виды (с физиотерапией, с психотерапией и т.д.);
5) по области воздействия:
   5.1. по региону воздействия (общий или частный);
   5.2. по зоне или направленности воздействия (точечный, соединительно-тканный, периостальный, миофасциальный, гемолимфодренажный, нейросенсорный и т.д.);
   5.3. специализированные виды (реанимационный, урологический и т.д.).

Из приведенной классификации следует:

1. Каждый вид массажа состоит из множества частных методик, практическое владение которыми свидетельствует об уровне профессиональной подготовки массажиста.
2. Любая этническая школа или авторская методика массажа может быть классифицирована с точки зрения понятия «система массажа», и любая методика, принадлежащая какой-либо школе массажа или автору, может быть классифицирована с точки зрения понятия «вид массажа».

Все это позволяет использовать в медицинской практике любой, даже этнический, вид массажа при условии, конечно, что последовательность приемов и техника их исполнения имеют медицинское обоснование, а общая направленность самой методики соответствует показаниям для конкретного пациента.

Особое внимание хотелось бы уделить такой характеристике массажного воздействия, как направленность. Несмотря на то что основным объектом массажа является двигательная система, тем не менее массаж является физиотерапевтической процедурой широкого спектра действия, т.е. оказывает рефлекторное влияние практически на все системы организма человека. Техника выполнения одного и того же массажного приема может варьировать в достаточно широком диапазоне. Она характеризуется такими параметрами, как глубина, интенсивность, темп, направление движения и т.д. В зависимости от техники выполнения один и тот же массажный прием может оказывать не только дифференцированное действие на отдельные ткани тела человека, но и различное рефлекторное действие на организм в целом. Таким образом, при определенном методическом подходе можно акцентировать действие массажа на каком-либо одном аспекте состояния здоровья: структурном, ментальном, химическом и, возможно, энергетическом. По восточным представлениям, мышечно-сухожильные меридианы – берега, а суставы – шлюзы для потоков энергии. Восстанавливая эластичность мышц и подвижность суставов, массаж способствует гармонизации энергомеридианной системы человека.

Все это предъявляет особые требования к массажисту, работающему в области холистической медицины.

Во-первых, такой специалист должен, помимо классического медицинского массажа, в совершенстве владеть (т.е. технически грамотно выполнять и понимать принципы действия) несколькими методиками акцентированного, направленного воздействия на каждый из трех аспектов состояния здоровья. Это могут быть:

1. техники нормализации мышечно-фасциально-связочного тонуса двигательной системы организма человека;
2. техники телесноориентированной нормализации психоэмоциональной сферы организма человека;
3. техники лимфодренажа и детоксикации организма человека.

Во-вторых, такой специалист должен, помимо общих медицинских знаний, владеть методиками определения приоритетности нарушения аспектов состояния здоровья и индивидуального подбора методики массажа конкретному пациенту. Для этого как нельзя лучше подходит диагностический метод мануального мышечного тестирования, который предлагается в прикладной кинезиологии.

Массаж, направленный на нормализацию мышечного

тонуса, наиболее известен в отечественной медицине. Примером такого массажа является классический массаж русской национальной школы, которому обучают на начальном этапе всех массажистов. Основными приемами такого массажа являются разминания, активизирующие обменные процессы в мышечной ткани и тем самым способствующие нормализации мышечного тонуса. В последнее время все большую популярность приобретает миофасциальный массаж. Он подразумевает более глубокое и целенаправленное воздействие на фасции. К основным приемам в этом случае добавляются приемы мышечно-фасциального растяжения, суставных мобилизаций, пост изометрической релаксации, инактивации триггерных точек и т.д.

Для человека, живущего в современном мегаполисе, психоэмоциональный стресс является едва ли не ведущим фактором поражения здоровья. Тело человека можно рассматривать как определенную систему полюсов: левый — правый, передний — задний, верхний — нижний и т.д. Каждый полюс взаимосвязан с определенным психологическим аспектом нашей жизни и с деятельностью определенного полушария головного мозга. Длительно существующий негативный психоэмоциональный фактор вызывает устойчивое преобладание одних аспектов над другими и запускает компенсаторный механизм формирования патобиомеханических цепочек с образованием т.н. *мышечно-энергетических блоков*. Устранение мышечно-энергетических блоков ведет к нормализации психоэмоционального фона и здоровья в целом. Несомненно, что массаж, направленный на нормализацию мышечного, сухожильного, фасциального и связочного тонуса, допускающий достаточно глубокое (на грани болевого) воздействие, должен благотворно отразиться на состоянии здоровья человека с выраженным нарушением структурного аспекта состояния здоровья. Однако для человека с превалирующим на настоящий момент нарушением ментального аспекта состояния здоровья (например, состояние хронической усталости или депрессии) применение такого массажа может оказаться слишком «грубым» воздействием и повлечь за собой неадекватную реакцию со стороны нейромоторной системы с формированием дополнительных очагов мышечного спазма. Для такого пациента больше подойдет сеанс телесноориентированной коррекции психоэмоционального фона. Специальные техники такого массажа направлены на мягкое устранение мышечно-энергетических блоков и интеграцию полюсов тела.

Отдельного внимания заслуживает тема массажного воздействия при приоритетных нарушениях химического аспекта состояния здоровья человека, к которым могут привести как гормональный дисбаланс и нарушение функций желудочнокишечного тракта, так и хронически протекающая в организме инфекция или инвазия. Сбой химических и обменных процессов приводит к интоксикации организма и нарушению дренажной функции лимфатической системы. В этом случае поможет лимфодренажный массаж. Основными приемами массажного воздействия являются приемы рефлекторной активизации висцеральных органов, ответственных за выделительные функции, приемы помпажа центрального лимфатического коллектора и лимфоузлов и приемы дренажа подкожной жировой ткани. Цель такого массажа – активизация дренажной функции лимфатической системы. Однако следует учитывать, что такой массаж вызовет неизбежное кратковременное повышение уровня интоксикации организма в целом, что может не только привести к ухудшению общего самочувствия пациента, но и «свести на нет» действие основного лечения. Поэтому его следует назначать только после устранения причины, вызвавшей интоксикацию.

ВЫВОДЫ

1. К сожалению, современные представления о единстве всех систем организма и комплексном их вовлечении в патологический процесс до сих пор не нашли должного отражения в теории и практике массажного воздействия. Что зачастую делает массажист, когда у пациента где-то болит? Первое заблуждение: массажист массирует именно то место, где болит, забывая об общем действии массажа на нервную, дренажную, эндокринную и другие системы организма человека. Второе заблуждение: массажист проводит пациенту классический общий массаж, без учета направленности его действия и совершенно упуская из виду общее состояние пациента.

Современный медицинский массаж должен включать в себя (помимо уже широкоиспользуемых в медицинской практике классического, рефлекторно-сегментарного, периостального и т.д.) комбинацию максимально большого количества существующих на сегодняшний день систем и видов массажа с учетом их предварительного, индивидуального подбора в зависимости от потребностей организма конкретного пациента. Критерии оценки и подбора в настоящее время подлежат более глубокой проработке и уточнению, но основными моментами, которые должны быть учтены, являются направленность и регион массажного воздействия, а также длительность процедуры.

Направленность и регион массажного воздействия диктуются приоритетной задачей, которая должна быть реализована посредством массажного воздействия у конкретного пациента. При этом массаж (если нет конкретных противопоказаний) должен быть преимущественно общим, т.к. все регионы тела взаимосвязаны.

Необходимое время массажной процедуры диктуется, с одной стороны, конкретным видом массажа (например, лимфодренажный массаж не может продолжаться менее часа), а с другой – ограничивается физическим состоянием пациента (так, ослабленный пациент, в состоянии хронической интоксикации или глубокого психоэмоционального стресса, зачастую не в силах ни физически, ни морально выдержать длительную процедуру массажа).

2. Общеизвестно, что курс массажа, как правило, включает в себя от 8 до 15 процедур. Продолжать сеансы массажа необходимо даже после устранения симптоматики для закрепления полученного эффекта. При этом каждая массажная процедура в курсе (ее характер, ее направленность) должна назначаться отдельно исходя из приоритетности нарушения одного из аспектов состояния здоровья конкретного пациента в конкретный момент времени.

3. Вопрос допустимости болезненного массажного воздействия до сих пор остается открытым. С одной стороны, массаж, особенно нейрогармонизирующий, должен быть практически безболезненным для пациента. С другой стороны, полностью исключить боль при массаже, например, триггерных точек или Су Джок массаже, или медовом отрывном массаже невозможно. При этом стимуляция болевых импульсов в перечисленных выше примерах активирует антиболевые механизмы, т.е. сама боль обладает терапевтическим эффектом. Кроме того, обследование больного с целью постановки диагноза также может быть болезненным процессом, т.к. провоцируются, к примеру, триггерные точки. В данном случае боль будет являться важным диагностическим признаком.

ПОЗДРАВЛЕНИЯ АХТЯМОВУ И.Ш.

СВЯЗУЮЩАЯ НИТЬ ЗАПАДА И ВОСТОКА

Л.Ф. Васильева

Ахтямов Ильдар Шамилевич, невролог по образованию, сразу после института прошел обучение иглорефлексотерапии на базе Казанского ГИДУВа. И вот уже более 30 лет своей трудовой деятельности он посвятил себя изучению и развитию этого удивительного направления Результаты своих исследований он изложил в кандидатской диссертации «Иглорефлексотерапия невротических расстройств сна», которую защитил в 1981 г. Не останавливаясь на достигнутом, Ильдар Шамилевич продолжил образование. Он в совершенстве изучил мануальную терапию и успешно применял свои знания в практической работе в качестве врача-невропатолога в клинике нервных болезней I ММИ. Но потребность в научно-исследовательской работе не оставляла его. Поэтому когда на одном из циклов обучения Ильдар Шамилевич познакомился с прикладной кинезиологией, то со всей силой страстной натуры он окунулся в новое направление, используя его возможности для развития иглорефлексотерапии. Итогом его работы являются уникальные по своей значимости для традиционной медицины методические рекомендации: «Иглорефлексотерапия с основами прикладной кинезиологии». Но мне сейчас бы хотелось сказать несколько слов об Ильдаре Шамилевиче не как о талантливом ученом или потрясающем учителе (об этом говорят его книги и его ученики). Я бы хотела сказать несколько слов об Ильдаре Шамилевиче, как личности. Когда происходит развитие и становление нового направления, то очень многое, если не практически все, зависит от людей, его продвигающих. Безграничная вера Ильдара Шамилевича в возможности прикладной кинезиологии, его страстное желание ее внедрить в медицинскую деятельность, провести научное обоснование ее возможностей, подвести нейрофизиологическое обоснование эффективности ее использования позволили достаточно успешно решать проблемы с внедрением этого направления у нас в России. Поэтому многим из того, что удалось достигнуть, мы обязаны лично Ильдару Шамилевичу. Сколько раз руки мои опускались от отчаянья, потому что я понимала, что решить проблему не возможно. Но приходил Ильдар Шамилевич, со спокойной улыбкой, куда-то звонил, с кем-то переговаривал, и дело сдвигалось с мертвой точки. Больше всего меня всегда поражал в Ильдаре Шамилевиче его талант дипломата. Вести любые переговоры, когда рядом Ильдар Шамилевич, это был абсолютно беспроигрышный вариант. Он с особым, врожденным, присущем только ему, чутьем, точно знает о том, когда необходимо человека выслушать, когда – промолчать, какую информацию сообщить или, наоборот, сделать вид, что ничего не знаешь. Он с любым человеком может найти общий язык, и расположить его к принятию нужного для Ильдара Шамилевича решения. Да я и сама часто оказывалась под магическим влиянием его личности, удивляясь, как принимаю решение именно то, о котором говорит Ильдар Шамилевич. И сегодня, в этот знаменательный праздник, хочется пожелать ему реализации всех его желаний, здоровья, и творческих успехов на радость его друзьям, коллегам, соратникам и ученикам!

ВРАЧ, ИССЛЕДОВАТЕЛЬ, УЧИТЕЛЬ

П.Г. Пак

Научный центр прикладной кинезиологии и восстановительной медицины, Москва

Ильдару Шамилевичу 60 лет (фото 1). И это для меня повод поделиться впечатлениями о человеке, поразившем меня. С этим удивительным человеком я познакомился в Научном центре прикладной кинезиологии и восстановительной медицины. Одна из прекрасных черт этого человека – стремление к новым знаниям. Его улыбка ребенка и живые глаза, полные энергии, сразу располагали к себе. Но более всего меня поразила его любознательность и готовность поделиться своим опытом. При общении с ним мне показалось, что он может говорить об иглотерапии часами и сутками. Время, проведенное рядом с ним, пролетает незаметно.

Итак, Ильдар Шамилевич – кто он – человек, отдавший всю сознательную жизнь иглорефлексотерапии? Это врач, исследователь, который постоянно в поиске с живым и очень созерцательным умом. Он является одним из пионеров, кто стоял у истоков развития метода чжен-цзю терапии в нашей стране, и благодаря таким людям, как Ильдар Шамилевич, иглотерапия активно используется в практике многими врачами. Особенно меня поразили его глубокие знания физиологии. Кроме того, именно его восточный менталитет

и аналитический склад ума позволили перевести высказывания восточных врачей на язык медиков, аргументируя их как с позиций физиологии, так и патофизиологии.

Я проходил обучение методу чжен-цзю терапии в разных школах, кроме того окончил клиническую ординатуру в ведущей школе в нашей стране на кафедре рефлексотерапии Новокузнецкого ГИДУВ у профессора Ван Вай Чена. Поэтому с уверенностью могу сказать, что никому до Ильдара Шамилевича не удавалось так максимально четко и обоснованно проводить аналогию между высказываниями восточных медиков и патофизиологическими основами формирования различных заболеваний (другими словами, между нервной, гуморально-гормональной и канально-меридианальной системами) и устанавливать причинно-следственные связи между ними. По моему мнению, это неоценимый вклад в развитие чжен-цзю терапии и ее интеграцию в классическую медицину, который, к сожалению, еще не до конца оценен современниками.

Фото 1. Ахтямов Ильдар Шамилевич

Но более всего меня поразила способность Ильдара Шамилевича не только принимать все новое, нестандартное, но и развивать и инегрировать новые знания со своим богатым опытом. Особенно это касается прикладной кинезиологии. Для меня, врача, только приступившего к ее изучению, поразило, как много врачу необходимо знать, чтобы пользоваться кинезиологической диагностикой, как много необходимо поменять в своих представлениях. И при этом я постоянно слышу от Ильдара Шамилевича: «Мой путь иглотерапевта делится на две эпохи: «докинезиологический» и «послекинезиологический». Благодаря его упорству и трудолюбию совместно с проф. Васильевой Л.Ф. на кафедре мануальной терапии РГМУ (где Ильдар Шамилевич много лет проработал в должности доцента) написано несколько методических пособий «Чжен-цзю терапия с позиции прикладной кинезиологии». Они позволяют применять иглотерапию более нацеленно и эффективно с использованием биологической обратной связи с организмом посредством оценки активности рефлекса на растяжение мышц, ассоциированных с меридианами, в то же время не опуская рекомендации восточных врачей.

Мне удалось узнать о его новой научной работе по пульсовой диагностике. И я уверен, что это руководство позволит существенно изменить взгляд на пульсовую диагностику. Не представляю, как один человек мог выполнить такую титаническую работу, как он смог систематизировать, проанализировать огромное количество монографий, статей по пульсовой диагностике, изданных на разных языках. Поражает его энтузиазм и желание поделиться знаниями со своими учениками. Именно благодаря таким людям, как Ильдар Шамилевич, приподнимается покрывало, скрывающее tera inkognita. Это неоценимый вклад в развитие иглотерапии, позволяющий ее рассматривать под другим углом зрения, заставляет думать более «шире» и неоднозначно. Несмотря на такой объем научной работы, он продолжает активно заниматься практической деятельностью в Научном центре восстановительной медицины и прикладной кинезиологии, относясь с искренней неподдельной любовью к каждому страждущему, снова и снова подтверждая свои открытия и углубляя свои знания.

Я рад, что у меня есть возможность работать рядом с таким учителем, как Ильдар Шамилевич, учиться у него оттачивать свое мастерство и иметь возможность быть одним из первых, с кем он в Научном центре восстановительной медицины и прикладной кинезиологии делится бесценной россыпью опыта и знаний, которые могут быть получены только от учителя к ученику.

Хочется пожелать ему здоровья и творческих успехов!

ПОЗДРАВЛЕНИЯ ЗАНЬКО В.А.

МУЖЕСТВО И ВЕЧНЫЙ ПОИСК НЕПРОТОРЕННЫХ ПУТЕЙ

Л.Ф. Васильева

Занько Валерий Александрович – человек удивительной и необычной судьбы. И я рада, что юбилейная дата, к которой подошел Валерий Александрович позволяет со страниц этого журнала рассказать об этом удивительном человеке, враче и друге (фото 1).

С детских лет судьба его не баловала. С ранних лет он научился отвечать не только за себя, но и за других. Поэтому и профессию выбрал непростую – военного врача. Куда только судьба его ни заносила, какие только города и страны он ни повидал. Отточив свой характер, закалив свой дух, способность принимать ответственность на себя и искать наиболее оптимальные пути решения проблем. Не все его устраивало в военной медицине, пытливый ум искал точного инструмента в оценке состояния организма больного, жаждал постоянного решения сложных запутанных задач. Поэтому, когда Валерий Александрович познакомился с ПК, он принял ее сразу как наиболее оптимальный путь развития медицины и уже никогда с него не сворачивал.

Как новатор он подошел к ПК – с поиском наиболее оптимального решения основных проблем – роли ин-

токсикации в формировании различной патологии. Его новаторские разработки детально представлены в книге по паразитологии и в статьях, опубликованных в этом журнале.

Многолетний поиск привел к созданию оригинального алгоритма приема пациента, который позволяет более тонко выявить роль и значение аллергии, воспаления и интоксикации в формировании различной неврологической ортопедической и терапевтической патологии. Этот подход позволил помочь пациентам, для которых он находит совершенно неожиданное решение.

Дорогой Валерий Александрович, еще раз поздравляем с юбилеем и ждем новых открытий и дерзаний на ниве прикладной кинезиологии!

Фото 1.
Занько Валерий Александрович

С БЛАГОДАРНОСТЬЮ К УЧИТЕЛЮ

Н.А. Волынкин

Когда я начал заниматься прикладной кинезиологией, судьба улыбнулась мне, и я попал в Центр Людмилы Федоровны Васильевой. Первым моим практическим учителем в этом центре стал Валерий Александрович Занько. Я попросил разрешения присутствовать на приеме его пациента, и он мне не отказал. Во время приема я был просто потрясен до глубины души той четкостью мысли, профессионализмом, исходящими от этого человека. Все, о чем он говорил и что делал, было настолько простым, вытекающим одно из другого, но одновременно и очень сложным. День за днем, от пациента к пациенту мне открывались все новые и новые таланты моего учителя. Настолько полная и отработанная техника, не имеющая изъянов, завораживала. Долгий путь военного врача, мануального терапевта, пытливый ум, желание дойти до сути вещей дали Валерию Александровичу отработать свою уникальную, но одновременно доступную для освоения, методику обследования и лечения пациентов. На приеме я записывал каждое его действие, он во время лечения комментировал свои действия, а после приема терпеливо отвечал на мои «глупые» вопросы. С каждым днем для меня его методика работы становилась все ближе и понятнее, я начал применять ее на своих пациентах, положительные результаты не заставили себя долго ждать. Не могу не сказать о его высоких моральных качествах, доброте, простоте общения – никогда не откажет в просьбе, всегда ответит на вопросы, поможет разобраться в проблеме. Глубокоуважаемый Валерий Александрович дал мне ту основу, тот фундамент, на котором можно успешно строить свое дальнейшее развитие. Спасибо, Учитель!

Фото 1. Занько Валерий Александрович

ПОЗДРАВЛЕНИЯ КРАШЕНИЛЬНИКОВУ В.Л.

НАДЕЖНОСТЬ МЯГКИХ РУК

Л.Ф. Васильева

О Викторе Леонидовиче Крашенильникове писать и просто, и сложно. Слишком большой путь пройден, и нелегкие испытания встретились ему на этом пути, они изменили и закалили его характер (фото 1).

Виктор Леонидович Крашенильников родился в солнечном городе Баку, но поскольку родился в семье военного, он объездил весь Северный Кавказ. С 1963 по 1975 год жил в г. Грозный. Жизнь среди кавказского народа очень много дала в навыке общения с людьми, нахождения общего языка. Он впитал самые лучшие черты народов гор. Его всегда отличало бережное отношение к женщине, его тосты всегда полны философской глубиной и восточной мудростью, а беседа с пациентом представляла сочетание внимательного терпеливого вслушивания в проблемы пациента и бережное отношение к чувству достоинства другого человека.

После окончания с отличием Медицинского института в Ставрополе по распределению и личному желанию поехал в Новокузнецк, закончил интернатуру по специальности дермато-венерология. Затем с 1982 по 1989 г. работал в поселке городского типа Промышленный, рядом с г. Кемерово,

Фото 1.
Крашенильников Виктор Леонидович

заведующим дерматологическим отделением железнодорожной больницы. Работал главным врачом этой больницы в течение четырех лет. Самые сложные пациенты, самые конфликтные ситуации с администрацией города, самые трудные вопросы обеспечения больницы всем необходимым были на его плечах.

Но горы всегда снились по ночам. Поэтому в 1989 г. переехал в г. Пятигорск. Сразу встал вопрос, чем заниматься? Методы классической дермато-венерологии уже не устраивали Виктора Леонидовича, поэтому он начал проводить научный поиск, а именно – использовать в лечении кожных болезней не только стандартные методы, но и методы альтернативной психотерапии, но этого было недостаточно. Он постоянно находился в поиске новых методов диагностики и лечения.

Поэтому, когда в 1990 г. он услышал, что в Сочи будет проходить цикл по мануальной терапии, организованный кафедрой неврологии Новокузнецкого ГИДУВа – ведущей кафедры в стране, он приложил все усилия, чтобы попасть на него. Это перевернуло его представление о мануальной терапии как о достаточно жестком методе лечения. Его поразили лекции и практические занятия, проводимые О.Г. Коганом, К. Левитом, Л.Ф. Васильевой, И.Р.Шмидт, О.С. Мерзенюком, И.П. Норец. После этого цикла Виктор Леонидович сразу стал успешно применять полученные знания в своей медицинской практике. В тот период ему казалось, что он на вершине знания. Но, когда в Пятигорск в 1997 г. кафедра приехала с выездным 10-дневным циклом по прикладной кинезиологии, он с большой радостью пришел на цикл поучиться еще чему-то новому. Проведенный цикл был для Виктора Леонидовича просто «шоком», он похудел с 54 до 48 размера, так среагировало его тело на такой новый и объемный материал, предложенный кафедрой курсантам.

На семинаре Виктор Леонидович был моделью, на нем показывались техники вертебральной, висцеральной терапии. Сразу же после цикла он стал использовать полученные данные. Затем Виктор Леонидович ежегодно помогал организовывать циклы по прикладной кинезиологии в Пятигорске. В 2001 г. Л.Ф. Васильева провела цикл по примитивным рефлексам, что для Виктора Леонидовича явилось откровением, с тех пор он начал специализироваться в данном направлении. В 2003 г. показал проделанную работу Л.Ф. Васильевой, посмотрев на труд, она предложила переехать в Москву и продолжить работу там. С 2008 г. В.Л Крашенильников работает в Научном центре прикладной кинезиологии и восстановительной медицины, Москва.

СОЛНЕЧНОМУ ЧЕЛОВЕКУ

Н.А. Волынкин

В нашем Центре появился новый доктор, его пригласила работать к нам Людмила Федоровна. Перед этим она несколько месяцев интриговала всех, что скоро в Центре появится очень хороший специалист, со своими оригинальными методиками. Всему Центру было очень интересно узнать, кто же он. Мне выпала честь одному из первых присутствовать на приеме у Виктора Леонидовича (фото 1). Это было просто волшебно! Такое доброе, располагающее к себе отношение, как к близкому родному человеку, к любому из его пациентов, восхищало! Столько доброты и ласки, заботы о любом, даже к очень и очень сложному пациенту! Столько энергии он отдавал каждому! Меня поразил не только подход к пациенту, но и метод обследования, лечения. Это разительно отличалось от того, что я видел на пройденных мною семинарах. Долгий процесс выявления приоритетной проблемы пациента с разных сторон, разными методами и способами. И затем относительно быстрый эффективный путь коррекции, это напоминало долгое прицеливание и один точный выстрел. Я увидел, что его методики диагностики и коррекции, действительно, были оригинальны, а его желание делиться своими знаниями со всеми докторами, которые интересовались его методом работы, было просто поразительным. Мне было очень интересно посмотреть на методы психокоррекции, применяемые им у пациентов. Люди после лечения буквально светятся радостью и солнечным светом, которые они получили от своего доктора. Виктор Леонидович привнес в наш Центр много солнечного света и любви.

Фото 1. Крашенильников Виктор Леонидович

Дорогой Виктор Леонидович! Пусть свет, который вы несете с собой по жизни, разгорается все больше и больше! Пусть люди, окружающие вас, становятся светлее и добрее!

ПОЗДРАВЛЕНИЯ ЛАВРЕНОВУ В.М.

РЫЦАРЬ НАСТОЯЩЕГО ВРЕМЕНИ

Л.Ф. Васильева

Если вы в нашем Центре увидите высокого изящного врача с большими внимательными глазами, спокойными мягкими движениями, деликатной улыбкой – вы не ошибетесь, перед вами Владимир Михайлович Лавренов (фото 1). Классический невропатолог по образованию, логик по типу нервной деятельности, профессиональный знаток восточных боевых искусств, Владимир Михайлович вошел в прикладную кинезиологию мягкими вкрадчивыми движениями, спокойно анализируя и сопоставляя возможности мануального мышечного тестирования для решения неврологических заболеваний.

Фото 1. Лавренов Владимир Михайлович

Умение скрупулезно и тщательно подходить к решению любой задачи помогло ему в короткий срок овладеть основами прикладной кинезиологии и одному из первых успешно сдать экзамен по мышечному тестированию дипломату ИСАК Дж. Шейферу.

В момент организации нашего Центра Владимир Михайлович одним из первых отозвался на мое приглашение работать вместе. В самые тяжелые моменты формирования коллектива, благодаря врожденной чувствительности, такту, он оказался тем цементирующим материалом, который смог из изолированных специалистов-кинезиологов сплотить коллектив. Больные с восторгом рассказывают о его удивительном умении не только слушать, но и слышать пациента, способности сопереживать чужую боль, умении вселить надежду на выздоровление и помочь, реально помочь тяжелым больным. О его исцеляющих руках ходят легенды по Центру.

В Научном центре прикладной кинезиологии и восстановительной медицины Владимир Михайлович занялся изучением одного из наиболее важных аспектов прикладной кинезиологии – кислотно-щелочным балансом, механизмами его поддержания, патогенезом формирования его нарушений и поиском наиболее оптимальных путей коррекции. Говорят, если человек талантлив, то он талантлив во всем. Эти слова о Владимире Михайловиче. За что бы он ни брался, у него все получается удивительно точно, качественно и быстро. Это касается как исследовательской работы, лечебной, так и преподавательской.

Удивительно быстро Владимир Михайлович вошел в состав лучших преподавателей кафедры. Я до сих пор удивляюсь, как быстро он смог овладеть сложным мастерством лекции – беседы, умением чувствовать аудиторию и держать ее в напряженном внимании несколько часов подряд. Неслучайно его семинар выходного дня, посвященный острой боли, собрал наибольшее количество слушателей за этот год. Сейчас Владимир Михайлович в расцвете своих творческих планов и замыслов.

Хочется пожелать ему творческих успехов и удачи во всех начинаниях!

ПОЗДРАВЛЕНИЯ ПИЛЯВСКОМУ С.А.

МЕДНЫЙ ВСАДНИК ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

Л.Ф. Васильева

За свой долгий жизненный путь Сергей Орестович немало прожил и пережил. В медицину он попал в 15 лет, поступив в медицинское училище. Сразу же после его окончания он проходит обучение в Военно-медицинской академии (1976-1982) и, отработав в Вооруженных силах 7 лет, успешно заканчивает клиническую ординатуру по офтальмологии ВМА (1989). За этими сухими автобиографическими строчками кроются волевой характер, основательность в изучении специальности, внутренняя дисциплина и настойчивость в достижении поставленной цели. Но оказалось, что этого мало,

Фото 1. Пилявский Сергей Орестович

полученные знания ограничивали возможности помощи пациенту рамками выбранной специальности, а душе хотелось простора, творчества, расширения своих возможностей помощи страждущему.

И тут судьба Сергея Орестовича делает крутой вираж, он переезжает в Санкт-Петербург на постоянное место жительство, где в 1996 г. заканчивает курсы врачей общей практики. Для любого другого специалиста этого было бы достаточно, только не для Сергея Орестовича. Услышав о потрясающих курсах, где мануальная терапия проводится с основами прикладной кинезиологии, он,

нераздумывая, в 1997 г. едет в Сибирь на 2,5 месяца изучать новое направление.

Именно на этих курсах, 10 лет назад, судьба свела меня с Сергеем Орестовичем в Новокузнецке. Тогда обучение прикладной кинезиологии проходило в виде непрерывного цикла в течение 9 недель, включая все ее разделы: от мануальной, иглорефлексотерапии, до эмоциональных нарушений. Для того чтобы облегчить усвоение материала, врачам предлагалось пройти предцикловую подготовку, иначе они не выдерживали напряженного ритма обучения. Сергей Орестович запомнился тем, что сдал письменной экзамен по предцикловой подготовке одним из первых. Будучи врачом-окулистом, он поразил знанием анатомии, топографии мышечно-скелетной и нервной систем и умением сжато формулировать информацию. Когда курсанты собрались на цикл, то их оказалось более 50, т.е. вдвое больше нормы. При этом многие приехали без предварительного согласия, так как до последних дней не были уверены, что их отпустят с работы на 9 недель или достанут деньги на проживание и питание. Держать дисциплину в таком огромном коллективе 2,5 мес. просто нереально, не говоря уже о том, чтобы достичь высокого качества обучения. Но просто прогнать врачей – тоже рука не поднималась, так как я знала, что в то время мы были единственной в России кафедрой, проводившей подобное обучение, и только раз в году. В защиту своих коллег выступил Сергей Орестович, гарантируя порядок, дисциплину и качество подготовки к занятиям. Сейчас трудно поверить, но за все дни у меня замечаний к врачам не было. Занятия шли с 8.00 до 17.00, включая субботу. И все до одного курсанты строго в 8 утра сидели за партой, причем за все это время не было ни одного опоздания. Сергей Орестович сам всех утром поднимал, вечером укладывал и контролировал подготовку, по-военному строго разговаривая с отстающими. Занятия проводились в зимнее время и для предотвращения возникновения эпидемии гриппа, ежедневно, перед каждой лекцией каждому курсанту вменялось в обязанность выпить 10 г аскорбиновой кислоты и съесть зубчик чеснока, и никто просто не смел отказаться, настолько был высок авторитет старосты. Именно это группа дала большое количество последователей прикладной кинезиологии, таких как Сергей Григорьевич Кушнаренко, Сергей Григорьевич Иванцов, Андрей Куликов. И я думаю, в этом большая заслуга С.О. Пилявского.

Но более всего Сергей Орестович поразил меня после цикла, выразив готовность разделить тяготы развития нового направления в нашей стране.

Обычно врачи с первых же дней обучения, знакомясь с возможностями прикладной кинезиологии, говорят: «А что может мне лично дать это направление? Как я могу использовать его в своих целях? Зачем мне писать статью в журнал, чтобы кто-то узнал о моей идее и бесплатно ее использовал? Зачем мне рассказывать о прикладной кинезиологии в своем городе, в своей стране – чтобы плодить конкурентов?» Таких врачей большинство, их статьи не публикуются в журналах, их юбилеи не отмечаются благодарственными поздравительными публикациями благодарных учеников и коллег, их смерть не вызывает никакого отклика, кроме вздоха облегчения у родственников.

Врачей, которые готовы были взять на себя тяготы по развитию нового направления и разделить трудности решения его внедрения в нашей стране за более чем 20-летний стаж моей педагогической деятельности (а это более чем 2000 врачей), – максимум, 20-30 человек. И они у вас на виду. Найдите время и желание сказать им спасибо за то, что они несут нелегкий груз на своих плечах, помогите им, чем можете.

Одним из таких подвижников оказался Сергей Орестович. Я с большой щедростью взвалила на него самый сложный раздел прикладной кинезиологии в то время – продолжение нашего обучения у иностранных коллег.

До сих пор помню, как непросто было для Сергея Орестовича Пилявского организовать первый иностранный семинар, но он прошел испытание с честью. Благодаря его усилиям наши специалисты смогли познакомиться с целой плеядой лучших профессионалов-кинезиологов. Он организовывал семинары Шелдона Дила в 1998, 1999, 2000, 2004 гг., Кристофера Смита в 2002, 2003, 2007, 2008 гг., Джона Даймонда в 2005, 2006, 2007 гг., Девида Лива в 2007 г., Бориса Голембо в 2007 г. Впервые в России, только благодаря его личной инициативе, в 2006 г. переведены и изданы работы Джона Даймонда с соблюдением авторских прав.

Продолжая повышать свой профессиональный уровень, Сергей Орестович заканчивает Русскую высшую школу остеопатической медицины (1998-2001), интегрируя знания остепатии и прикладной кинезиологии. А сейчас он успешно заканчивает работу над кандидатской диссертацией.

Работать в медицине, используя знания кинезиологии, сложно, но еще сложнее научить кинезиологии специалистов. К сожалению, это непросто. Кроме кафедры мануальной терапии РГМУ, в тот момент постоянного обучения нигде не проводилось. Нет специалистов – нет развития направления. И опять Сергей Орестович оказался рядом. Он организует в 2007 г. двухгодичную школу прикладной кинезиологии при кафедре традиционной медицины Медицинской академии им. Сеченова.

Не менее важна и общественная деятельность Сергея Орестовича. Будучи вице-президентом МАПК, он в 2007 г. организовал одну из лучших ежегодных конференций по мануальной терапии, обеспечив бесплатными видеоматериалами всех, кто не смог на нее прибыть.

Сергей Орестович – это наша Северная Звезда прикладной кинезиологии, и я уверена, что с годами ее свет будет светить ярче и плодотворнее на благо нашей прикладной кинезиологии.

КОЛЛЕГА, СОРАТНИК, УЧИТЕЛЬ

И.Н. Миронова
Санкт-Петербург

Я познакомилась с Сергеем Орестовичем Пилявским во время семинара по остеопатии, состоявшемся в 1998 году, где Сергей Орестович проходил обучение. Во время обучения он постоянно повторял: «Вот эту задачу более успешно можно решить при помощи прикладной кинезиологии, а вот это будет хорошо интегрировать вместе с ней». Меня заинтересовало, что же это за такой метод, который расширяет возможности остеопатии и делает ее более успешной. И Сергей Орестович поразил меня своей открытостью, он тут же показал мне мануальное мышечное тестирование, методы терапевтической локализации и провокации.

Сергей Орестович пригласил меня на международный семинар по прикладной кинезиологии Дила Шелдона, организатором которого он являлся. На том семинаре я мало что поняла, только было ясно – перед нами уникальное новое направление в медицине, расширяющее возможности врачебного искусства. Семинар проходил в очень дружественной, теплой атмосфере, а созидателем этой атмосферы, человеком, вокруг которого все сплачивались и объединялись, координатором решения всех проблем был именно Сергей Орестович.

Мне очень захотелось овладеть прикладной кинезиологией, но как? Тогда Сергей Орестович меня убедил, что мне срочно нужно ехать в Сибирь – только там я смогу овладеть в полном объеме необходимой информаций. Ехать учиться в Сибирь из Санкт-Петербурга, когда здесь, дома есть остеопатическая школа, да еще сразу после Нового года, оставив своих близких почти на 3 месяца, – мероприятие, не очень меня воодушевлявшее. И тогда Сергей Орестович поразил меня в очередной раз. Он сказал: «Чтобы стать хорошим специалистом, необходимо качественное образование, а его можно получить только из рук мастера. Не упускай свой шанс, он может не повториться». И я поняла, что в моей жизни появился наставник и учитель.

Так, благодаря ему, его контактам, видением перспектив, организационным талантам я получила возможность пройти обучение в Новокузнецком ГИДУВа в январе-марте 1999 г., на кафедре традиционной медицины под руководством профессора Васильевой Л.Ф. По моему мнению, эта система обучения, предложенная Людмилой Федоровной, является самым мощным, энергетически заряженным, интересным, нон-стопным (так как учились с 9 утра до глубокой ночи) методом обучения, существующим в России. Это время вспоминается как очень светлое, радостное. Несмотря на мороз 35°, загрузку учебой, удаление от семьи.

После возвращения из Новокузнецка мы вместе (я как ортопед и мануальный терапевт, а Сергей Орестович и мой муж как мануальные терапевты) работали в детской поликлинике. Сколько мы проводили ознакомительных и учебных занятий по прикладной кинезиологии! Всегда мы понимали друг друга с полуслова, как в практике, так и в теоретической деятельности. В самые сложные моменты моей практической деятельности Сергей Орестович был всегда рядом.

Когда Сергей Орестович организовал кафедру традиционной медицины при Медицинской академии, на базе которой организовал двухлетнюю школу по прикладной кинезиологии, я с радостью приняла участие в ее работе. И все это без навязчивости, без длительных бесед, т.е. у нас сложились такие отношения, когда веришь наставнику без оглядки. За два года существования школа успешно работает и наращивает свои обороты.

Сергей Орестович! Дай, Бог, вам здоровья, долгих дней активной жизни, творчества, любви, благодарных пациентов, уважительных коллег и бесконечности в раскрытии многочисленных наставнических, учительских, практических талантов!

ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ

ДЖОЗЕФ ГУДХАРТ – ЧЕЛОВЕК-ЭПОХА

Л.Ф. Васильева

Доктору George Joseph Goodheart в этом году должно было исполниться 90 лет. Он не дожил до этого праздника 5 месяцев и 12 дней, покинув этот мир 5 марта 2008 г. Каждый раз, когда уходит из жизни человек такой величины, чувствуешь свое сиротство и начинаешь себя укорять, а все ли ты сделал для того, чтобы побыть рядом с этим человеком, познать богатство его мира, все ли ты сделал возможное, чтобы как-то облегчить его нелегкий путь, помочь нести его нелегкую ношу. Может, ты для того и родился, чтобы выполнить именно эту миссию, помочь яркому таланту, человеку с божьей искрой в сердце светить как можно дольше и дальше, освещая путь окружающим, неся просвещение в сердца и умы людей. Как жаль, что эти мысли посещают нас не тогда, когда человек жив, а когда его уже нет рядом.

В память об этом великом человеке мне хотелось бы собрать мельчайшие подробности его жизни, рассказать о нем не только как об основоположнике прикладной кинезиологии, но и просто как о человеке (что хоть какое-то время

он был рядом с вами). О том духовном наследии, которое он оставил после себя, о его любимых выражениях, поговорках, привычках, о его близких, кто был все эти годы рядом с ним. О том, как ему помогали и как мешали в реализации его страстной мечты – основать такую фундаментальную науку, как прикладная кинезиология.

Автобиография

George Joseph родился 18 августа 1918 г. в семье доктора хиропрактики дипломированного специалиста Школы Паломника и Alva Gregory Chiropractic DD в Оклахоме.

Его назвали в честь отца Джордж, поэтому уже с рождения его звали Джордж-младший. Рос Джордж очень любознательным ребенком-почемучкой, сводя с ума родителей своей пытливостью и потрясающей энергичностью. Чтобы как-то реализовать огромный запас его энергии, родители рано отдали его в спортивную школу. Обладая врожденной моторной одаренностью, он очень быстро достиг больших успехов в спорте, особенно в теннисе, став финалистом очень известной в то время команды Davis Cup, футболе, лыжных гонках.

В 1939 г. Джордж закончил Национальный колледж хиропрактики в университете Детройта (фото 1) и присоединился к своему отцу, доктору George Goodheart старшему, практикующему в центре Детройта. К сожалению, его спортивная и студенческая карьера была прервана началом Второй мировой войны. В 1940 г. он поступает на военную службу Воздушных сил Соединенных Штатов. Опять-таки обладая прекрасным здоровьем, хорошей самодисциплиной, спортивной подготовкой, он достигает больших высот в военной практике (фото 2).

После войны Джордж около 30 лет работает в офисе отца, оттачивая мастерство и пытаясь усовершенствовать методы диагностики структурных нарушений. Возможность быть рядом с отцом в начале карьеры позволила быстро подняться по ступеням хиропрактического искусства. Но когда были освоены бесчисленные приемы хиропрактической диагностики и терапии, встал вопрос: «что делать дальше?». Однажды, изучая методы мануального мышечного тестирования по Кендал, Джордж обратил внимание на изменение реакции мышечной ткани, возникшее при случайном расположении руки пациента над определенной зоной. Он проверял это феномен несколько раз, изменение рефлекторной реакции мышцы оставалось прежней. Но более всего его поразило то, что при смещении тканей в определенном направлении сниженная рефлекторная реакция мышцы исчезала.

В 1964 г. в возрасте 46 лет Джордж переезжает в офис в Пуанте Grosse и вместе с группой единомышленников начинает изучать поразительные способности мышечной ткани изменять рефлекторную реакцию на те или иные воздействия. Именно этот период стал началом развития прикладной кинезиологии (фото 3,4).

В 1975 г. основан Международный колледж прикладной кинезиологии (ICAK), чтобы обеспечить инструкцию относительно исследования Goodheart's заинтересованным профессионалам здравоохранения, и в дополнение к главе ICAK-США, у организации есть главы, представляющие Ав-

Фото 1.
1939 г. Дипломированный специалист Национального колледжа хиропрактики. Доктор хиропрактики второго поколения

Фото 2.
Самый молодой курсант авиашколы

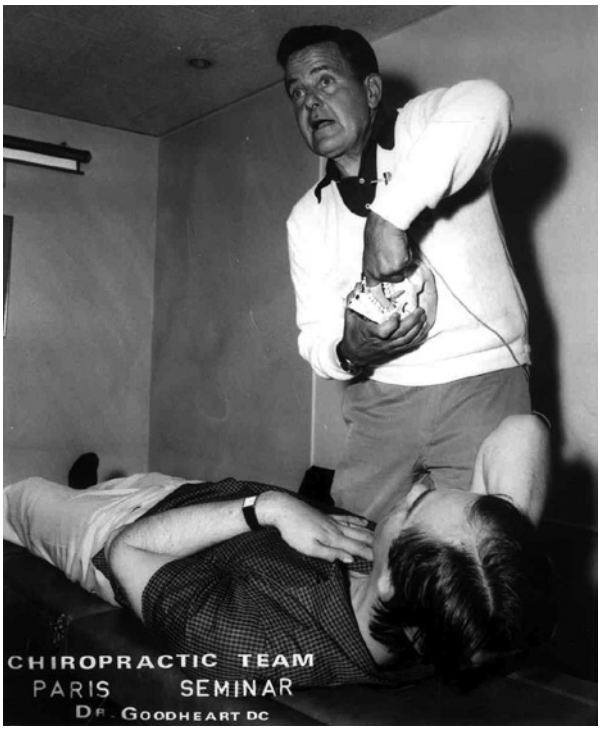


Фото 3.
1964 г. Основатель школы прикладной кинезиологии

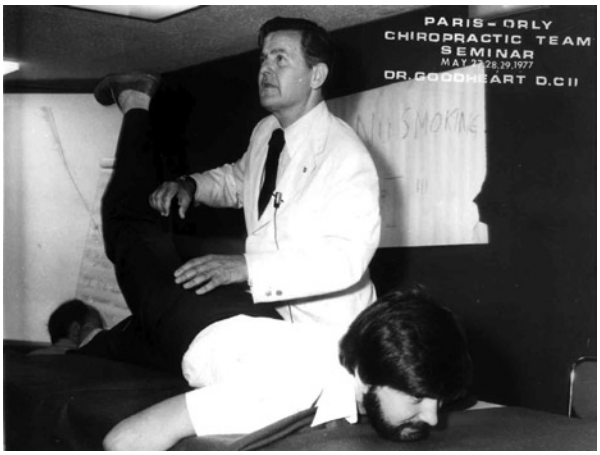


Фото 4.
Пропагандист мануального мышечного тестирования

стралию, Канаду, и Европу, Россию (фото 5). В настоящее время ICAK представлен 600 участниками в США и более чем 3000 во всем мире. Гудхарт являлся председателем Комитета по исследованию по ICAK в течение 32 лет. Свои исследования Гудхарт публиковал в журнале Chiropractic Economics:

1964 –"The use of the manual muscle test (MMT) for neuromusculoskeletal diagnosis";

1964 – "Quick ... Simple ... Valid ... Urinary Testing Methods;

1966 – "Neurolymphatic research and its effects on muscular function";

1967 –"Neurovascular research";

1968 – Он подчеркнул важность пищевого дополнения вначале и помог ввести понятия orthomolecular медицины аудитории хиропрактики;

1969 – Джордж вводил иглоукалывание в прикладную кинезиологию и делал много оригинальных наблюдений, связывающих иглоукалывание с хиропрактикой;

1969 –"Cranial diagnostic methods using MMT";

1970 –"Meridian therapy and chiropractic relationships";

1972 – "Vertebral challenge methods";

1974 – "Therapy localization methods";

1976 – "Temporomandibular joint corrections"; and much more.

За 40-летний период издано 35 учебников на пяти языках о ПК. И еще 8 учебников с главами, посвященными прикладной кинезиологии.

Остались описания очевидцев того времени, когда ПК только зарождалась и развивалась маленькой группой единомышленников, возглавляемых Гудхартом (фото 6).

Мне хотелось бы обобщить мнения разных людей о своем учителе и изложить их в определенной последовательности.

Внешний вид. В то время он выглядел так: высокий, широкоплечий, с блестящими темными волосами, ясными синими глазами и бесконечным загаром, с лучистой улыбкой, быстрыми энергичными движениями. Он любил темно-синий цвет в одежде, длинные плащи, халаты были всегда расстегнуты, а карманы всегда набиты всякой всячиной.

Привычки. Он постоянно курил трубку и пил зеленый чай.

Характер. Он отличался большой щедростью. Для него было весьма естественно получить оплату за свою работу в форме овощей или молитв от тех, кто был не способен заплатить. Он был глубоко верующим человеком и помогал бескорыстно духовенству. Он был чрезвычайно любопытен, имел хорошую память, имел просто энциклопедические знания не только по медицине, но и по истории, литературе, искусству, музыке.

Все, что он делал, – он делал с такой искренностью и страстью, вкладывая столько энергии, что у него получалось практически все, к чему он прикасался. Редко повышал голос, был очень терпелив с близкими и коллегами, обладал острым чувством юмора и всегда позитивным восприятием жизни. Обладал удивительной способностью восхищаться талантами других людей и гордиться их способностями. Профессионализм в любом деле приводил его в неописуемый восторг.

Фото 5. Директор Международного колледжа прикладной кинезиологии, США

Он излучал такую положительную энергию, что многие врачи и пациенты чувствовали себя лучше, находясь в одной комнате с ним.

У него было состояние постоянной влюбленности.

Даже на закате своей жизни Гудхарт оставался джентльменом и с трепетом и уважением относился к женщинам. У него были невероятная выдержка и самообладание. Один из его коллег рассказывает: «Однажды под Рождество я забежал к нему на нескольких минут. Он сидел на кушетке, согнувшись от боли, сказав мне, что уже 2 дня может только лежать или сидеть в вынужденном положении. На следующий день его посетила группа женщин-коллег, увидев их, он немедленно встал и приветствовал каждую индивидуально. Несмотря на то что стоять было трудно, сидеть, когда женщина стоит, было выше их сил».

В нем были невероятная дисциплина и замечательная уверенность в желании излечить пациента.

Отношение к вере. Он был глубоко верующим человеком. Каждое утро, начиная работу, он произносил молитву. Вот ее содержание: «Дорогой Бог, Вы Великий Врач, дай доброту нашим сердцам, понимание нашим умам, силу и навык нашим рукам, для того чтобы мы могли помочь нашему страдающему собрату, используя возможности нашей профессии. Мы просим вашего разрешения».

Фото 6. Директор Национальной хиропрактической страховой компании

Его любовь к спорту. С детства страстный любитель всех подвижных игр, у него был любимый спорт – теннис, в который он играл и любил наблюдать за игрой. Он играл в бесконтактный футбол и хоккей с шайбой на заднем дворе.

Его высказывания:

- Вам не должны все, кто появляется на вашем пути, но они достойны того, чтобы вы любили их.
- Вы получаете то, что вы даете.
- Прежде чем начинать лечение, необходимо попросить помощь всевышнего, от которого и исходит исцеляющая энергия.
- Если вы ожидаете от жизни лучшее, то именно это и случится.
- Лечите пациента, у которого есть болезнь, но не болезнь, у которой есть пациент.

- Наводя мосты между профессиями, не жгите их.
- Затруднительное положение, в которое вы попадаете при использовании мышечного тестирования, – это путь для вашего совершенствования.
- Не жалейте денег и времени на то, что пробуждает ваше вдохновение.
- Ищите пользу во всем, с чем приходится иметь дело.
- Если что-то вызывает ваше сомнение, то спросите: «почему».
- Бог посылает вам пациентов, чтобы вы потерпели неудачу для того, чтобы могли изучить кое-что малознакомое и помочь другим.

Его профессиональные качества. Все, кто знал его, отмечали удивительную душевную щедрость, которую он проявлял к каждому пациенту, при первом же знакомстве тепло их приветствуя, как старых друзей, и после процедуры всегда сам лично провожал до двери, убеждаясь, что пациент все понял и принял. Такой подход приводил к тому, что постепенно он становился для многих домашним врачом. Он помогал людям всех слоев общества, от бедного священнослужителя до известного артиста балета Михаила Барышникова.

Доктор Гудхарп обладал особого рода интуицией – слушать тело пациента и понимать его проблемы. Большое значение придавал визуальной диагностике и любил распознавать по неправильной походке незнакомца, идущего по улице, его проблемы со здоровьем.

Его награды. В апреле 1988 г. от членов Американского Конгресса награжден Президентской Медалью Свободы, что является самой высокой гражданской наградой, даруемой президентом от имени нации.

В апреле 2001 г. в журнале «Time» была опубликована статья «Новая Порода Целителей», в которой он был представлен человеком с «волшебными пальцами», новатором нетрадиционной медицины (фото 7,8).

В 2001 г. Гудхарт был помещен в список 100 главных новаторов времени.

Его идеи:

- Прикладная кинезиология создана как система, позволяющая обратиться к каждому пациенту как к человеку.
- Мышцы, сокращаясь, перемещают кости, но не кости перемещают мышцы.
- Структура имеет большое влияние на функцию.
- Человек – это одномоментная функция треугольника химических, эмоциональных и структурных факторов. Акцент в нетрадиционной медицине обычно делается на химию (пища, травы, и т.д.) или эмоции (методы лечения тела ума, и т.д.), но редко на структуру. Механические методы лечения, такие как хиропрактика, массаж и т.д,. приняты для жалоб на скелетно-мышечные нарушения, но не для других заболеваний. 28-летний опыт практики восстановления здоровья при помощи кинезиологии и механического воздействия руками оказывает часто сильное действие на патогенез многих заболеваний, включая хронический синдром усталости, синдром раздраженной кишки, мигрень, грипп, текущие дыхательные инфекции, язвенный колит (фото 9).

Его семья. В жизни ему пришлось понести немало потерь. Рано умерла его жена Catherine, оставив троих детей. Потом умер любимый и единственный сын Mark, а также сестра Shirley Metras. Последние годы он прожил с женой Joann (Dutts), дочерями Карролл Velie (Dennis), Гранд-Рапидса и Elizabeth Goodheart; внуками Ted Velie, Brian Goodheart.

Я лично была мало знакома с доктором Гудхартом, всего лишь несколько дней, в тот период, когда он участвовал в нашей очередной конференции МАПК и проводил семинар в Москве. Первое, что запомнилось, яркие живые глаза пронизывающие каждого, кто с ним знакомился, и в глазах был вопрос: Кто ты? Ты с нами? Что ты сможешь привнести в прикладную кинезиологию? Второе, что поразило, – это эмоциональная насыщенность всего, что он делал: читал ли лекцию; пел ли песни; обсуждал ли доклады. Например, подходя к особо важным аспектам своего доклада, он останавливался и громко произносил: «Слушайте, слушайте и не говорите, что вы не слышали!!!» Простота в общении.

Фото 7.
Первый доктор хиропрактики, назначенный в Олимпийский спортивный медицинский комитет США, 1980 г.

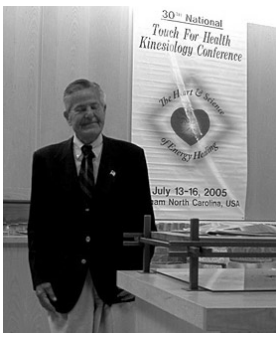


Фото 8.
1987 г. Награжден медалью им. Леонардо да Винчи Институтом достижений потенциала человека

Фото 9.
1988 г. Награждение от членов Американского Конгресса медалью Свободы

Фото 10.
Одна из последних фотографий на фоне своей яхты

Например, в ответ на мои раскланивания и обращение к нему: «доктор Гудхарт» он прервал меня и сказал: «Это все ни к чему, зовите меня просто Джордж». Назвать так основоположника прикладной кинезиологии просто язык не поворачивался, тогда он остановился и попросил вновь: «Повторите или я просто не буду вас слушать». Умение любить, заботиться о любимой женщине и гордиться ее талантами. Даже в короткие перерывы во время лекции он находил время подойти к ней и сказать несколько слов с любовью. А в первый день конференции он всех познакомил со своей женой и восхищенно, подробно рассказывал о ее талантах и способностях. Обладал очень тонким чувством юмора и умел долго и заразительно смеяться» (фото 10).

Если в вашей жизни встречаются великие люди, это самое важное событие, которое могло случиться в вашей жизни. Никакая книга, видеофильм не дадут вам такого многообразия и щедрости души, как личное общение с таким человеком. Не упускайте возможность быть рядом хоть небольшой промежуток, и этот человек щедро поделится с вами богатством своей души, что, может быть, изменит и вас, и вашу судьбу.

Возможно, о нас вспомнят только потому, что мы жили рядом с великими людьми, как доктор Гудхарт. Горечь невосполнимой потери общения с удивительными людьми ничем нельзя восполнить.

Великая память такому удивительному явлению природы, каким был Джорж Гудхарт!

МОИ ВОСПОМИНАНИЯ О ГУДХАРТЕ

Т.Н. Чернышева

Впервые я увидела Гудхарта в апреле 1998 г. в Нью-Йорке, где проводилась международная конференция по нутрициологии и ортомолекулярной медицине. На сцену вышел невысокого роста коренастый человек, с открытым лицом и широкой улыбкой. Это не был доклад. Это было общение с залом! «Почему человек плохо засыпает?» «Что ему мешает в этом?» И он показал на добровольцах, у которых были проблемы со сном, что это связано с нарушением обмена кальция и цинка. Провел несколько мышечных тестов. Зал буквально замер. В перерыве я подошла к Джорджу и представилась. Он обрадовался и сказал мне, что я первая русская женщина, с которой он знакомится. Во время войны он летал в эскадрильи. Как-то пришлось сесть на русском аэродроме, на севере. Познакомился с русскими летчиками. Остались самые лучшие воспоминания об этом. Это был очень теплый прием, грелись водкой и много общались. Но там были только мужчины.

Фото 1.
Я вручаю Гудхарту книгу о Москве

В дальнейшем мы встречались практически ежегодно на конференциях ICAK. На фотографии запечатлен момент, когда я вручаю Гудхарту книгу о Москве (фото 1). Он проявил к ней живой интерес. В 2000 г., когда он впервые приехал в Москву, он сказал мне, что Москва еще красивее, чем на

Фото 2.
Встреча в США, посвященная 85-летию Джорджа

фотографиях из этой книги. Мы провожали Гудхарта и его жену Джоан с прогулки на теплоходе в гостиницу. Джордж делился своими впечатлениями о русских людях и удивительной красоте русских женщин. На всех международных встречах он непременно подходил ко мне и приветствовал.

Очень запомнилась встреча в США, посвященная 85-летию Джорджа (фото 2). Был прекрасно организованный праздник с фильмом о его жизни. Зачитывалось поздравление от Президента Клинтона. Представители каждой страны – участники ICAK дарили ему подарки со знаками благодарности. Мы – представители России разыграли небольшой спектакль. Пригласили на сцену сначала Джорджа и посвятили его в русские парни, надев на него красную косоворотку и подвязав ее кушаком. В руки дали 1-л бутылку водки «Русский размер». Джордж стал отбивать чечетку, выделывая самые настоящие русские танцевальные па. Мы присвоили ему звание «рубаха-парень». Затем пригласили на сцену его жену Джоан, нарядили ее в русский сарафан. А в руки дали огромный деревянный половник. Объяснили ей, что в старину русские женщины усмиряли таким половником разгулявшихся мужей. Восторгу не было границ! Потом все участники подходили к нам и благодарили за самое лучшее поздравление.

Последний раз я встречалась с ним в Торонто в 2006 г. Как всегда, его доклад поражал своей оригинальностью и показательностью. Он пригласил на сцену самого сильного мужчину и тестировал группу малоберцовых мышц при определенном наклоне головы. Мышцы становились ослабленными. По данным Гудхарта, это наблюдается практически у всех людей и связано с травмой C0-C1 при родах. В перерыве мы сели рядом и беседовали о перспективах прикладной кинезиологии. Он мне тогда впервые сказал, что приветствует все наши научные исследования по ПК.

Мы все с нетерпением ждали с ним встречи в прошлом году в Детройте. В программе было указано два его полуторачасовых доклада. Но, к сожалению, случилось непоправимое. За несколько дней до конгресса у Джорджа развился тяжелый ишемический инсульт. Он оказался в госпитале. Мы все желали ему скорейшего выздоровления, а Олег Сухоруков (президент Латвийской ассоциации ПК) не отходил от него ни на час (фото 3). Каждый день Джон Даймонд сообщал участникам конгресса о состоянии его здоровья. Гудхарт шел на поправку, и мы надеялись на лучшее. Полагали, что, возможно, увидим его вновь на следующей встрече в Лос-Анджелесе.

Фото 3.
Олег Сухоруков (президент Латвийской ассоциации ПК)

Три месяца не дожил Джордж до своего 89-летия. Известие о его кончине пришло по Интернету. Там же была размещена опубликованная в газете статья об уходе из жизни выдающегося ученого – врача и прекрасного человека. Все страны – участники ICAK, в том числе и Россия, отправили свои соболезнования близким, родным и коллегам Джорджа Гудхарта.

И вот 6 июня 2008 г. В Лос-Анджелесе очередная конференция ICAK USA впервые была открыта без основателя ПК Джорджа Гудхарта. Было много выступлений его друзей и коллег, посвященных его памяти. В фойе была развернута большая выставка альбомов с фотографиями Гудхарта. Был объявлен сбор средств для создания мемориала.

Джордж Гудхарт сыграл очень важную роль в становлении и развитии ПК. Его работы до сих пор являются жемчужинами практической медицины. Светлую память о нем мы сохраним навсегда!

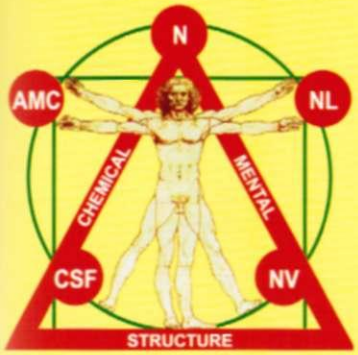
Директор издательства Алмаев Н.Т.
Зам. главного редактора Сквознова Т.М.

Корректоры Семионова О.С.
Илюшкина И.Ф.

Дизайн и верстка «Press-Art»

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

Свидетельство о регистрации средства массовой информации Минпечати РФ ПИ № 77-12749 от 31 мая 2002 г.
Лицензия на издательскую деятельность Минпечати РФ ИД № 05368 от 12 июля 2001 г.
Тираж 1000 экз. Отпечатано в ООО “Пресс-Арт”. Заказ № 764. Цена свободная.



ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ

РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Директор – доктор медицинских наук А.Р. Вирабова

Научный руководитель – проф. Л.Ф. Васильева

Главный врач И.Д. Зотов

Директор – доктор медицинских наук А.Р. Вирабова.

Научный руководитель – проф. Л.Ф. Васильева, заведующая кафедрой мануальной терапии РГМУ, руководитель лаборатории мануальной терапии при Федеральном клинико-экспериментальном центре традиционных методов диагностики и терапии Министерства здравоохранения РФ, президент – основатель ассоциации Прикладной кинезиологии в России.

Главный врач – И.Д. Зотов, специалист высшей категории по травматологии и ортопедии, мануальный терапевт, рефлексотерапевт, дипломированный специалист по прикладной кинезиологии со стажем работы 12 лет, ассистент кафедры мануальной терапии РГМУ, старший научный сотрудник лаборатории мануальной терапии при Федеральном клинико-экспериментальном центре традиционных методов диагностики и терапии Министерства здравоохранения РФ.

Штат – 26 врачей, имеющих высшие категории по различным специальностям (невролог, педиатр, хирург, мануальный терапевт, рефлексотерапевт, остеопат, лечебная физкультура, восстановительная медицина), получивших образование по прикладной кинезиологии на кафедре мануальной терапии РГМУ и на международных семинарах.

Основные виды деятельности:

- ***лечебная*** (острые и хронические болевые рефлекторный и компрессионные синдромы, грыжи диска, хронические заболевания внутренних органов, функциональные и органические сколиозы, последствия черепно-мозговых и родовых травм);
- ***диагностическая*** – оценка асимметрии статики и неоптимальности динамики при помощи компьютерного топографа, регистрация снижения амплитуды и нарушения времени включения мышц в выполняемое движение при помощи электромиографа, анализ наличия и степени выраженности вегетативного дисбаланса при помощи кардиоинтервалографии;
- ***консультативная*** – уточнение диагноза, составление алгоритма лечения для пациентов с неврологической, ортопедической патологией детей и взрослых;
- ***научная*** – объективизация, систематизация и развитие новых направлений прикладной кинезиологии;
- ***педагогическая*** – обучение врачей-курсантов на рабочем месте, клинические разборы, обучающие семинары;
- ***издательская*** – публикация переводных книг и результатов собственных исследований по прикладной кинезиологии.

Центр кинезиологии
Адрес: Москва, проспект Андропова, 40
м. Коломенское
Тел.: 8.901.534.90.44
Тел./факс: 8.499.725.12.04
Сайт: kinesio.ru

5 ЛЕТ СО ДНЯ ОРГАНИЗАЦИИ КАФЕДРЫ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ФАКУЛЬТЕТА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ РОССИЙСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

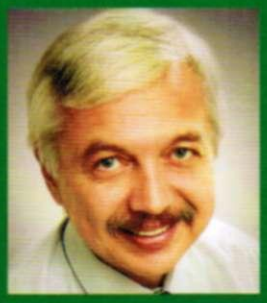
сотрудники

Зав. кафедрой мануальной терапии д.м.н., проф. Васильева Л.Ф.

Доцент к.м.н. Львов С.И.

Ассистент Зотов И.Д.

Ассистент Шуляк А.Е.



Ассистент Крашенильников В.Л.

Ассистент Шишмаков Ю.В.

Ассистент Сероштан Е.П.

Ассистент Лавренов В.М.

Лаборант Шлыкова Т.А.

Основное направление работы кафедры – развитие прикладной кинезиологии в рамках мануальной терапии.
Система обучения – прерывистые очно-заочные циклы, систематизированные в 18 циклов (3 года обучения).
Документы для поступления: сертификат невролога, мануального терапевта (травматолога, ортопеда, врача лечебной физкультуры).
Система российской сертификации – 618 часов очного обучения (18 циклов), сдача экзамена на сертификат кинезиолога (теоретическая и практическая части).
Система международной сертификации – 100 часов обучения у дипломатов ICAK (экзамен на клиническую компетентность).
Система российской сертификации преподавателя прикладной кинезиологии – 36 часов очного обучения для подготовки преподавателя, сертификат кинезиолога, диплом клинической компетентности.
Система международной сертификации преподавателя прикладной кинезиологии – получение звание дипломата ICAK – 300 часов обучения у дипломатов ICAK, экзамен на клиническую компетентность, письменный ответ на 3000 вопросов, сдача экзамена на практические навыки.

Адрес: Москва, м. Новые Черёмушки,
ул. Цюрупы 30/60, поликлинника 10
Тел.: 8.495.3313548, 8.916.2270053
Тел./факс: 8.495.1298538
e-mail: vasiljeva_lf@mtu-net.ru,
info-mapk@rdtc.ru, rakkot11@mail.ru
www.kinesioog.ru