ПРИКЛАДНАЯКИНЕЗИОЛОГИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Nº 1 (1) 2002



МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ НЕМЕЦКО-РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ И ФИЗИОТЕРАПИИ

С ЧЕГО ВСЕ НАЧИНАЛОСЬ?



Перед Вам и фотографи я участнико в одног о и з первы х семинаро в п о прикладно й кинезиологии, состоявшийс я в пригород е Санкт-Петербурга, в 1992 г., ровн о 10 лет назад.

Перед Вам и те, кто стоял у истоко в прикладно й кинезиологи и в России. Их интузиазм, вера в ново е направлени е в наук е позволил и прикладно й кинезиологи и шествоват ь п о Российско й земле.

Среди , боле е чем , 50-т и участнико в семинар а присутствую т 1 5 преподавателе й вузо в (8 профессоров , 2 доцента) и з разны х городов : Новокузнецка , Казани, Москвы , Минска , Санкт-Петербурга, Киева, Запорожья , Харькова , Екатеринбуга .

В центре снимк а наш и преподаватели Christophe r Smit h , Joseph Shafer .

За эти год ы был о написан о более 200 статей, 4 монографии , 20 учебны х пособи й по прикладно й кинезиологии . Защищен о 8 кандидатски х и 3 докторски х диссертации . С их результатам и м ы обязательн о познакоми м Вас н а страница х нашег о журнала .

ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНА Л

Содержание №1 2002

Передовые статьи

Кузнецова О.В 13 Оценка достоверности мануального мышечного тестирования как диагностической процедуры (состояние вопроса), Апухтин а Т.П., Коренбаум В.И., Чернышева Т.Н 14 Нейрофизиологическое обоснование функциональной слабости мышц, Васильева Л.Ф. ... 19 Инструментальная диагностика вариантов мышечного сокращения при помощи 25

Использование прикладной кинезиологии в разных направлениях Неврология

Влияние п. vagus на функциональные дисфункции сфинктерного аппарата человека (нижнего пищеводного сфинктера, илеоцекального клапана), Варенков Д.Е., <u>Михайлов А.М.</u>, <u>Чеченин А.Г., Лерман В.Б.</u> 27

27

Мануальная терапия

Эффективност ь применения краниосакральной терапии при компрессионных синдрома х 30

Ортопедия

Боль в области плечевого пояса, Стефаниди А.В., Балабанова Н.В., Москвитин А.В 32 **Химический баланс** Диагностика и лечение трематодных инвазий у взрослых Бондаренко И.Г., <u>Пилявский СО.</u>, <u>Назаренко Л.И.</u> 37

37

Эмоциональные нарушения

Особенности эмоционального дисбаланса у пациентов с дисфункцией тазовой <u>диафрагмы</u>, <u>Георгиев Г.П.</u>38 Короткие пути акупунктуры, Sheldon S. Deal 40 **Меридианный дисбаланс**

Использование прикладной кинезиологии для выбора «чудесного меридиана», Кузнецова О.В. 43

43

Рефлексотерапия пареза кишечника у больных после операции на органах брюшно й полости, Александров Э.А., Кузнецова О.В 46

Страничка члена ассоциации прикладной кинезиологии

История прикладной кинезиологии в России, Васильева Л.Ф 48 <u>Устав</u> 50

50

Страничка врача курсанта

Страничка врача курсанта 51

Страничка практического врача - прикладного кинезиолога

Гигиена поз и движений, Васильева Л.Ф 53 53

Страничка пациента

Страничка пациента 57

Приглашение на VIII конгресс по прикладной кинезиологии 60 Вниманию авторов! 62 Информация о подписке 63

ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИ Й ЖУРНА Л

Учредитель и издатель:
Общероссийски й общественный фон д
«Социальное развитие России»

Главный редактор

Л.Ф.Васильева Доктор мед.наук, профессор, зав. курсом неврологии и традиционной медицины при кафедре неврологии ФУВ РГМУ, президент ассоциации прикладной кинезиологии (далее ПК)

Зам. главного редактора

- **И.Р. Шмид т** Доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой неврологии ГИДУВа, почетный президент филиала ассоциации ПК, г. Новокузнецк
- **Я.Н. Бобк о** Доктор мед. наук, профессор кафедры реабилитации педиатрической академии, президент филиала ассоциации ПК, г. Санкт-Петербург
- А.И. Беляев Доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой реабилитации ВМИ, г. Владивосток
 - **А.Г. Чеченин** Доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой неврологии, мануальной терапии и иглорефлексотерапии, г. Новокузнецк
- Т.Н. Чернышов а Канд. мед. наук, директор частнопрактикующего центра Манус г. Владивосток

А. **М. Михайлов** Канд. мед. наук, доцент кафедры зав. кафедрой неврологии, манбуальной терапии и иглорефлексотерапии, президент филиала ассоциации ПК, г. Новокузнецк

Ответственны й секретарь

Г.Д. Вяреземская Врач частно-практикующего цетра, г. Москва

Редакционны й совет

- **Е.Д. Тимофеева** Доктор мед. наук, профессор, директор частнопрактикующего центра, президент филиала ассоциации ПК, г. Екатеринбург
- **С П . Субботин** Главный врач хозрасчетного санатория «Ува», президент филиала ассоциации ПК, Удмуртия
 - **О.Е. Дуванская** Директор частнопрактикующего центра, президент Байкальского филиала ассоциации ПК, г. Ангарск
- **А.И. Коршуно в** Директор частнопрактикующего центра, президент филиала ассоциации ПК, г. Красноярск
 - **Г.М. Крамер** Врач частнопрактикующего центра, президент филиала ассоциации ПК, г. Новосибирск
- А.И. Федоро в Врач частнопрактикующего центра, президент филиала ассоциации ПК, г. Томск
- А.В. Ульихин Президент филиала ассоциации ПК, г. Пятигорск

Инностранны е коллеги

Smit h C.R.A. The Manse Health Centre, England

Deal S. International Board of Examiners Representative ICAK, USA

Goodhear t G.I. Research director of the ICAK, USA

Издательский дом «Pea» Москв а **Дорогие коллеги!**

Позвольте поздравить Вас с выходом журнала «Прикладная кинезиология», организованного межрегиональной ассоциацией прикладной кинезиологии и немецко-росийским обществом реабилитации и физиотерапии.

Цель, которую поставила перед собой редколлегия журнала, объединяющая прикладных кинезиологов, стоящих у истоков данного направления (от преподавателей вузов до частнопрактикующих врачей), достаточно сложная. А именно - в простой и доступной форме информировать читателей о достаточно сложном направлении медицины - прикладной кинезиологии, и рассказать не только о том, что она из себя представляет и чем отличается от кинезотерапии, об её истории и научных достижениях, но и о том, чем сейчас живёт прикладная кинезиология.

Прикладная кинезиология - направление медицины, изучающее функциональные взаимосвязи организма, условно разделенные на структурную, химическую и эмоциональную составляющие. Почему условно, потому что в практике часто трудно их отделить одно от другого. Но самое важное, что любое из этих составляющих отражается на изменении тонуса конкретных скелетных мышц. Умея диагностировать это нарушение (тонуса мышцы, а не силы сокращения мышцы), можно узнать причину его возникновения. А как подобрать правильное лечение? Нет ничего проще! Необходимо провести пробное воздействие (механическое, химическое, эмоциональное) и проанализировать восстановился тонус мышцы или нет. То лечение, которое восстанавливает тонус мышц, и необходимо пациенту. Поэтому данное направление названо прикладная (приложенное к любому из методов традиционной диагностики и лечения) кинезиология (исследование тонуса мышцы).

На страничке курсанта.

Вы получите следующую информацию: в каком вузе пройти обучение, какие циклы планируются в этом году, какая литература (книги, журналы, видеоматериалы, СД-диски) выпущена по данному направлению.

На страничке практического врача.

Вы узнаете, как правильно использовать методы прикладной кинезиологии в диагностике и терапии функциональных нарушений организма, как правильно подготовить пациента к процедуре и как защитить собственный организм от механических и эмоциональных перегрузок. Будут предложены клинические разборы больных и описаны курьезные случаи из практики. Здесь же будут представлены разделы из книг, посвященные различной тематике.

На страничке члена ассоциации.

Вам будет предложена информация о становлении прикладной кинезиологии в России, о людях, которые стояли в

её истоках, о том, зачем и как можно вступить в ассоциацию - ведь с Вашим вступлением наша семья будет крепче. Каждый из номеров будет посвящен конкретному филиалу ассоциации, расскажет о врачах, работающих в этом районе, будет предложена реклама центров прикладной кинезиологии.

На страничке пациента.

Изложена информация о прикладной кинезиологии, с которой Вы можете познакомить приходящего к Вам больного, что избавит Вас от подробного изложения теоретических основ данного направления, и займет время больного, ожидающего очереди. А если пациент увидит Вашу фамилию в журнале, то он будет очень горд за своего врача.

Завершит наш журнал информация о конференциях, съездах, условиях подписки и подачи материала. И не забывайте, дорогие друзья, человек может видеть (диагностировать) только то, что знает. И незнание законов функциональных взаимосвязей между структурными, химическими и эмоциональными нарушениями не освобождает врача от ответственности за их нарушение.

ГЛАВНЫ Й РЕДАКТОР ЖУРНАЛА:

Васильева Людмила Федоровна

Доктор мед. наук, профессор, президент Межрегиональной ассоциации прикладной кинезиологии

ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

И.Р. Шмидт,

Новокузнецкий ГИДУ В, кафедра неврологи и

основы

(ЛЕКЦИЯ, ЧАСТЬ ПЕРВАЯ)

Прикладная кинезиоло гия-это новы й мультидис - циплинарный здоро подход К вью. функ основывающийся на ционально м исследовани пациента, включающем анализ позы, ходьбы, объема движений, статическую динамическую пальпацию, С использованием стандартизированных методик диагностики в оценке состояния пациента [16].

Предметом прикладной (ПK3) кинезиологии явпяет ся любой дисбаланс системе организма, который может быть следствием функциональных расстройств, но может отражать и органические структурные нарушения и заболевания. Этот дисбаланс проявляется своеоб разной мышечной слабостью (но не парезом), в связи с чем мануальное мышечное тестиро вание - основной диагностичес кий и контролирующий метод. Эта мышечная слабость отража ет дезорганизацию нейромы шечного обеспечения и регуля ции системы движения. В свете этого прикладная кинезиология рассматривается как функцио нальная неврология. Следстви ем нейрорегуляторного дисба ланса, в первую очередь, оказы вается биомеханически й дисбаланс в виде дуральной торзии, нарушения акта ходьбы, изменения

взаиморасположе ния элементов позвоночного двигательного сегмента в обла сти межпозвонкового отверстия и т.д. [13-21].

Цели и задачи прикладной кинезиологии

Прикладная кинезиология устанавливает или прогнозиру ет функциональные синдромы и проводит их анализ, оценивая физиологические функции па циента. В период лечения и ре абилитации она неинвазивными методами мониторирует про цесс выздоровления. Приклад ной кинезиолог может также дать профессиональный про гноз и осуществлять профори ентацию пациента.

Особое внимание уделяется анализу позы и других реакций тела пациента. Основной афо ризм прикладной кинезиологии, отражающи й ее главную "Она (ПКЗ) позволяет телу пациента "рассказать" нам, что нужно делать. Язык тела никогда не обманет - оно инст румент нашей диагностики и

терапии. Важно и то, что паци ент активно участвует в про цессе лечения и восстановления своего здоровья."

История прикладной ки

незиологии связана С именем американского хиропрактика George Good heart (Детройт, штат Мичиган), который на основании эмпирических наблюдений и их осмысления выдвинул и развил концепции оригинального под хода к работе врача. Эти кон цепции и сформировались в виде раздела медицины, полу чившего название «Прикладная кинезиология». Первые наблю дения Г. Гудхарта, положившие начало ПКЗ, относятся к 1950 году. Началом же оформления прикладной кинезиологии счи тается 1964 год, когда была опубликована книга о мышеч ном тестировании с особеннос тями, принятыми в ПКЗ. В пос

ледующие годы были изучены ассоциаци и определенны х мышц с нейроваскулярными, нейролимфатическими рефлек сами, основные краниальные движения в ПКЗ, основы акупун ктуры в ПКЗ, обнаружен фено мен терапевтической локализа ции, проведен анализ патологии и коррекции краниомандибу лярного сустава, описаны PRY and PLUS техники, спондило генная рефлекторная техника, первичный краниосакральный механизм. В 1991 - 1993 годах совершенствуются техники воз действия на позвоночник, а так же особенно плодотворно изу чаются

химическая и психичес кая составляющи е триад ы здоровья, их дисбаланс и кор рекция [13 - 17, 20, 21]. В 1975 год у организова н The International College of Applied Kinesiology (ICAK).

Прикладную кинезиологию не следует смешивать с кине зиологией и кинезитерапией. Кинезиология -

это наука о дви жении, включающая биомехани ку, анатомические и физиологи ческие основы движения, осо бенности нервно-мышечной передачи, принципы основных видов мышечной деятельности [1,3,4].

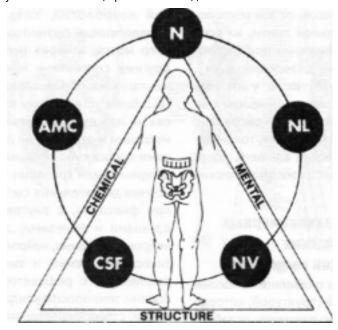
Кинезитерапия - лечение по средством движения с исполь

зованием механизмов регуляции движений, активного и сознатель ного участия больного и других аспектов обеспечения двигатель ной активности [4]. Все три дис циплины объединяет движение, но каждая из них имеет свои цели и задачи, методы исследования и области применения.

Рис. 1. Триада здоровья и пять факторов межпозвонкового отверстия

Основы прикладной кинезиологии

- 1. Целостный подход к че ловеку и составляющим его здо ровья.
- 2. Первичность мышечной слабости и мышечной гипотонии как универсальной реакции на любую патологию или дисба ланс в организме.
- 3. Наличие закономерных специфических ассоциаций каж дой мышцы с теми или иными структурами, химическими веще ствами и процессами, нейроме диаторами и видами психичес кой деятельности.
- 4. Феномен внезапного раз вития преходящей мышечной слабости всех ранее сильных мышц в определенных условиях. 5. Специфические методы и



алгоритм диагностики.

- 6. Синдромы дисбаланса, дезорганизации, дисфункции - объект воздействия ПКЗ.
- 7. Специфические методы и алгоритм коррекции, основан ный на результатах специфичес кой диагностики, с обязатель ным контролем на каждом эта пе лечения в виде повторения диагностических приемов, выя вивших данный вид дисфункции.

Далее будут последователь но изложены характеристики приведенных основных положе ний

прикладной кинезиологии.

неразрывной СВЯЗИ с природой, присуще многим философским школам. В частности в восточ ной философии человек пред ставляется как частица вселен ной, но отражающая все общие законы вселенной, и поэтому его рассматривают как микровсе ленную или микрокосмос, свя занный с землей и небом (мак рокосмосом), причем его здоро вье и болезни зависят от обмена космической, земной и организ менной энергии, циркулирующей в канально-меридианальной си стеме, обеспечивающей целост ность человека.

Рассмотрение

единого

целого,

человека

находящегося

Соответственно концепции биотического единства Энгель гардта человек обменивается со средой тремя потоками: мате рии, информации и энергии, чем также обеспечивается целост ность человеческого организма. И, наконец, еще в 1910 году D.D. Palmer [12] выдвинул кон цепцию о "триаде здоровья" (Triad of Health). Соответствен но этой концепции организм может быть представлен в виде равностороннего треугольника (рис. 1), стороны которого пред ставляют структурную, химичес кую и психическую составляю щие. Значимость каждой из них в сохранении гомеостаза и адаптационных реакциях орга низма

Целостный подход

равновелика. Если в сис теме взаимодействия этих трех составляющих имеется нор мальный баланс, то человек здо ров, но, если кости, от зон стопных и кисте вых хотя бы в одной из составляющих

патология или дисфункция, воз никает дисбаланс во всей сис теме, что требует диагностики и коррекции Необходимо также учитывать всех трех составля ющих. Каждой составляющей триады здоровья занимаются разные специалисты: структур ной - остеопаты, хиропрактики, мануальные терапевты, физиоте рапевты, массажисты и др., хи мической диетологи, аллопаты, травники, гомеопаты и др., пси хической психиатры, психоте рапевты, психологи, священники, астрологи и др. Важно, что воз действие на каждую составля ющую может обусловить тера певтический эффект на две дру гие.

Представление о триаде здоровья позволяет понять при чину нозологической и патоге нетической неспецифичности многих симптомов, встречаю щихся у больных с патологией любой организменной системы. Для понимания такой неспеци фичности G. Goodheart и его коллеги изучили взаимоотноше ния

мышц агонистов и антаго нистов, отдельными позвон ками при их

рефлексов, от зон темпоро имеется любая сфеноидальной линии, из всей системы движения при "невро логической дезорганизации". висцеральные и химические вли яния (питательный дисбаланс или дефицит питания, токсичес кие химические влияния, абер рантные висцеросоматические влияния).

Наличие закономерных специфических ассоциаций мышц

Мышцы оказались наиболее реактивной структурой, которая стереотипно реагирует ослабле нием и гипотонией на дисбаланс в какой-либо части системы.

Таблица 1

Они, как известно из классичес к ой неврологии, связаны с определенным сегментом спин ного мозга, а через него - с другими сегментами и надсег ментарными образованиями. В ПКЗ были установлены взаимо связи между определенными мышцами и

рефлексы от мест нача ла и сублюксации, с от дельными или прикрепления мышцы к группами позво ночных двигательных сегментов при фиксации, с внутренними органами и железами, зонами нейроваскулярных, нейролимфа тических, стопных и кистевых рефлексов, с рефлекторными зонами темпоросфеноидальной линии, стресс-рецепторами, аку пунктурными меридианами, де фицитом или избыточностью различных химических веществ, т.н. неврологическим зубом Рис. 2.

> таблице 1 представлены ассоциации наиболее значимых мышц С уровнем сублюксации, фиксации, внутренним органом акупунктурным каналом.

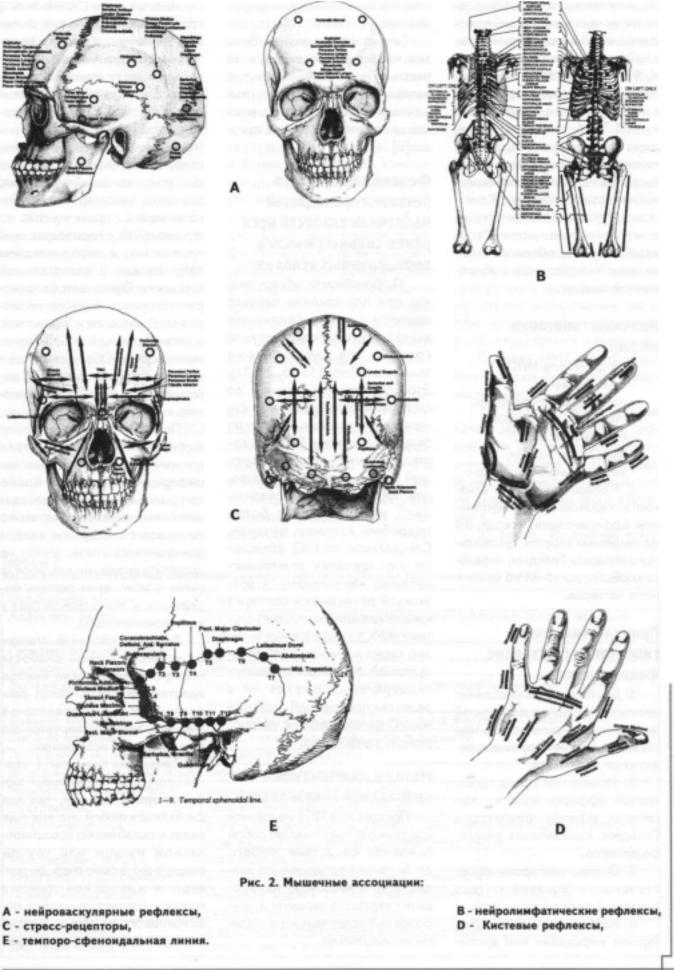
Первичность мышечной слабости как универсальной реакции на любой дисбаланс в организме

В норме парные мышцы ту ловища (справа и слева), а так же агонисты и антагонисты на ходятся в балансиро состоянии ванног напряжения, что обеспечивается как моно-, так и

Ассоциации между наиболее значимыми мышцами, сублюксацией, фиксацией, внутренним органом и акупунктурным каналом

Мышца	Сублюксация	Фиксация	Внутренний орган	Канал КМС
Subscapulsris	Th-II	Грудина	Сердце	C (5)
Deltoideus	Th-III	C-VII-Th-I	Легкие	P (D
Popliteus	Th-IV	C-III-VI	Желчный пузырь	VB (11)
Pectoralis major, pars clavicularis	Th-V	-	Желудок	E(3)
Latissimus dorsi	Th-VI	-	Поджелудочная железа	RP (4)
Trapezius medius	Th-VII	-	Селезенка	RP (4)
Pectoralis major, pars sternalis	Th-VIII		Печень	F (12)
Sartorius, gracilis	Th-IX	-	Надпочечник	MC (9)
Quadriceps femoris	Th-X	-	Тонкий кишечник	IG (6)
Iliopsoas	Th-XI, XII	C-O-I	Почки	R (8)
Hamstring	L-l	-	Толстый кишечник	Gi (2)

Quadratus lumborum	L-II	-	Аппендикс	Gi (2)
Gluteus maximus	I_—III	C-I-III	Репродуктивные органы	MC (9)
Tensor fasciae lata	L-IV	-	Толстый кишечник	Gi (2)
Piriformis	L-V	-	Репродуктивные органы	MC (9)
Teres major	-	Th-II-XI	-	VC
Trapezius inferior	-	Th-XII-L-I	-	RP (4)
Extensoris capitis et cervicis	-	L-I-S-1	-	E(3)
Extensoris cervicis unilateral		Крестцово подвздошное сочленение		E(3)



полисегментарными рефлектор ными механизмами, определяю фацилли щими ингибицию тацию разных групп мышц [1,3, 4, 9]. В основе 90 % всех про блем нарушение координации между

ингибицией и фацилли тацией, то есть одна из мышц пары (или группа синергистов) гипотонична и ослаблена (инги биция), а ее антагонист - гипер тоничен (фациллитация). Клини чески это

проявляется прежде всего изменением позы ("язык тела"), а также объективно вы являемой слабостью ингибиро ванной мышцы.

Причины гипотонии

мышцы

- 1. 5 факторов МПО:
- сублюксация,
 - изменения нейролимфа тических рефлексов,
- сосудистый стаз,
- дуральная торзия,
- меридианный дисбаланс. 2. Проприоцептивные влия ния: искажение проприоцептив ной афферентации, исходящей из мышечных веретен, сухожиль ного аппарата Гольджи, нервно го корешка, реактивного мышеч ного паттерна.

Причины мышечной гипертонии (состояние фацилитации)

- 1. Длительное расслабление агониста приводит к длительной контрактуре антагониста, а так же мышц соответствующего ре активного паттерна.
- 2. Искажение проприоцеп тивной афферентации из мы шечных веретен, рецепторов Гольджи, краниальных стресс рецепторов.
- 3. Острые или хронические стрессовые влияния (stres s response) любого характера.
- 4. Избыточность в акупунк турном меридиане или дисба ланс во всей канально-мериди анальной системе.

Гипертонична может быть вся мышца или отдельные ее участки, известные как болез ненные миофасциальные (мы шечные) уплотнения или мио фасциальные триггерные пунк ты [5].

Феномен внезапного развития преходящей мышечной слабости всех ранее сильных мышц в определенных условиях

G. Goodhearth обнаружил, что при приложении пальцев пациента к месту локализации актуального патологического процесса все ранее сильные мышцы слабеют [13-15, 20, 21]. Этот феномен не получил до сего времени нейрофизиологи ческого объяснения, однако он был использован в ПКЗ как ди агностический и контролирую щий прием, получивший назва "терапевтической локализа ции",

который будет более подробно изложен позднее. Специалисты по ПКЗ объясня ют этот феномен электромаг нитными изменениями и воз можной реализацией его через канально-меридианальную сис тему (КМС). Представляет инте рес также изучение роли рети кулярной формации и сомато висцеральных рефлексов в развитии преходящей слабости мышц, напоминающей своеоб разную панастению.

Методы диагностики в прикладной кинезиологии

Поскольку в ПКЗ мышечная дисфункция представляет собой основное следствие любог о дисбаланса в организме, то ана лиз позы и мышечное тестиро вание являются первыми и наи более информативными метода ми исследования.

Анализ позы ("язык тела") проводится визуально в стати ке и динамике, а также в поло жении, в котором пациент испы тывает максимальный диском форт. Визуально оцениваются цвет и текстура кожи, структур ные особенност и строени я (врожденные или приобретен ные), симметричные костные выступы, мышцы, сухожилия, элементы капсулярносвязочно го аппарата справа и слева во фронтальной и горизонтальной плоскостях, в переднезаднем направлении в сагиттальной плоскости. Оценивается взаимо расположение отделов позво ночника, головы и конечностей, а также брюшная стенка, поло жение пупка. Обращается вни мание на паттерн дыхания, ко торый может быть патологичес ким.

При осмотре пациента во фронтальной плоскости врач должен использовать свое пе риферическое зрение. Кроме того, необходимо при проведе нии осмотра находиться около пациента со стороны своего доминантного глаза, чтобы не допустить визуальных ошибок (в связи с этим врач должен оп ределить и знать, какой глаз у него доминантный).

Любое отклонение статики от нормы - сигнал слабости мышцы;

задача врача быстро идентифицировать, какая рас слабленная мышца вовлечена в процесс, затем тестируется эта мышца и ее ассоциации.

Изменения позы B03 ΜΟΓΥΤ никнуть при поражении лю бой стороны триады, так как дисбаланс в любой системе при ведет ослаблению ванной ассоцииро мышцы или группы мышц, а это, в свою очередь, при ведет к изменениям тонуса в мышцах соответствующего ло комоторного паттерна, а затем и в других отделах двигательной системы. Эти изменения прогнозируемы, так как анализ позы позволит установить пер вично измененную мышцу, а ана лиз ассоциаций мышцы - при чину, обусловившую ее ослаб ление.

В таблице 2 приведены ха рактерные постуральные мы шечные девиации при расслаб лении основных мышц тела и конечностей.

Мануальное мышечное тестирование (ММТ) - основ ной метод прикладной кинези ологии. Главной задачей ММТ является оценка функциональ ной способности мышцы, прояв ляющейся ее способностью развивать силу, адекватную прилагаемому сопротивлению, способностью к адаптации при наращивании сопротивления и движении. Нарушение этих спо собностей оценивается в ПКЗ как ослабление или слабость мышцы. При исследовании не обходимо учитывать, что у раз ных людей и в норме количе ственная характеристика силы разная в зависимости от пола,

Таблица 2

возраста, предшествующей тре нированности.

Важно также понимать, что ослабление мышцы при дис балансе в организме не иден тично парезу, обусловленному нарушением проводимости в пределах периферического или центрального двигательного нейрона. Речь идет об измене нии функциональной способно сти мышцы, воспринимаемой исследователем как ослабле ние. Среди механизмов

этого феномена наибольшее значение придается электромагнитным энергетическим процессам в организме, которые в норме предопределяют балансирован ное состояние активности энер гии в канально-меридианальной системе.

Для лучшего понимания пра вил ММТ и феномена мышеч ной слабости вследствие дис баланса в одной из систем орга низма (структурной, химической или психической) полезно на помнить основные постулаты

механики относительно силы. Сила - основное понятие меха ники. Она проявляется при вза имодействии тел, в результате которого может быть эффект сжатия или растяжения. Сила может действовать на расстоя нии - например, гравитация, маг нит. Сила животных и человека связана с мышечной работой по перемещению какого-либо тела. Сила характеризуется величи ной, линией действия, направле нием и точкой приложения. Эти характеристики силы у челове ка обеспечивают

движение или позу. Их необходимо учитывать как при определении силы и направления воздействия при мышечном тестировании, так и при проведении коррекци и ряда структурных нарушений.

Проводя ММТ, следует по мнить также и основные зако ны механики:

- 1) Закон инерции: всякое тело сохраняет состояние по коя или равномерного прямо линейного движений до тех пор, пока воздействие других тел не выведет его из этого состо яния.
 - 2) Закон ускорения: уско

Карактерные постуральные мышечные	е девиации при расслаблении основных мышц тела и конечностей	
Ослабленные мышцы	Характерные девиации	
Аддукторы бедра	варус коленного сустава на стороне расслабленной мышцы, поднятие таза на противоположной стороне	
Передняя большеберцовая	пронация лодыжек	
Икроножная	гиперэкстензия коленного сустава	
Экстензоры бедра	передний наклон таза, поясничный гиперлордоз, переднее смещение подвздошной кости	
Большая ягодичная	поднятие таза, поясничный гиперлордоз, внутренняя ротация ноги	
Средняя ягодичная	бедро, плечо и затылочная кость приподняты	
Латеральные экстензоры б		
Медиальные экстензоры бедра	наружная ротация стопы	
Четырехглавая мышца бедра	гиперэкстензия коленного сустава	
Подколенная	гиперэкстензия коленного сустава	
Поясничная мышца	стопа ротирована внутрь, элевация таза, поясничный отдел ротирован в сторону, противоположную расслабленной мышце	
Малоберцовые мышцы	супинация лодыжек	
Квадратная мышца поясницы	элевация 12-го ребра, выступание крыла таза	
Прямая мышца живота	смещение грудной клетки вперед, поясничный гиперлордоз, удаление таза от реберной дуги	
Экстензоры шеи	переднее смещение головы, затылок приподнят	
Двуглавая мышца плеча	гиперэкстензия локтя	

рение любого тела прямо про порционально неуравновешен ным силам, действующим на него, и обратно пропорционально его массе.

3) Закон действия - проти водействия: взаимодействие двух тел порождает силы, рав ные по

величине, но противопо ложные по направлению (поэто му при исследовании важно со размерять свою силу с исходной силой пациента.

Величина мышечной силы определяется числом (зависит от нервного импульса) и мас сой (зависит от развития мыш цы - ее поперечника и трофи ки) сокращающихся мышечных фибрилл. На силу мышцы ока зывает регулирующее влияние мозжечок и ретикулярная фор мация ствола, нисходящие вли яния которой облегчают дея тельность

мышцы и реализацию ее силы.

Для оценки мышечной силы использовались и используют ся различные приборы и инст рументы. Однако ММТ остает ся наиболее информативным методом, так как любой прибор может оценить лишь суммарную величину силы, а рука исследо вателя способна различить тип сокращения (концентрическое, эксцентрическое, изометричес кое), уловить последователь ность включения мышечных волокон по мере изменения прилагаемой силы, установить содружественные реакции и другие особенности функциони рования мышцы, которые неуло вимы для аппарата.

Мануальное мышечное тес тирование, проведенное в опре деленных условиях, позволяет не только установить наличие слабости мышцы, но и причину ее возникновения.

Техника ММТ для опре деления силы мышцы (вернее, ее функциональной способнос ти) включает ряд требований, соблюдение которых обеспечи вает точность оценки состояния мышцы. Прежде всего, это вы бор правильного положения пациента и тестирующей руки врача. Исходное положение па циента (ИПП) должно быть та ким, чтобы тестируемая мыш ца находилась в наиболее бла гоприятны х условия х для сокращения максимального чис ла ее двигательных единиц при исключении участия синергис тов. Это достигается определен ным положением тестируемой мышцы со сближением мест прикрепления при фиксации проксимального места прикреп ления мышцы.

Тестирующая кисть врача, которая осуществляет контакт с дистальной частью тела, дол жна максимально избегать дру гих контактов с телом пациента, чтобы не вызвать дополнитель ной терапевтической локализа ции, что может сказаться на ре зультатах исследования. Место контакта не должно быть болез ненным. Ладонь или пальцы врача должны располагаться плашмя, а не обхватывать конеч ность.

Выполнение самого теста преследует две цели.

1. Оценка способности мыш цы адекватно использовать ОП тимальное количество мышеч ных волокон для сопротивления прилагаемой силе. Для этого пациент инструктируется на скольк о возможн о сильн о напрячь мышцу (толкать) про тив сопротивления врача в на правлении т.н. тестового движе ния в течение 1-2 сек. Усилие врача должно быть адекватным индивидуальным возможностям пациента соответственно его полу, возрасту и физическому развитию (тестирование не дол ж но превращаться в силовую борьбу между врачом и паци ентом.

2. Оценка способности мышцы. для исследователь увеличивает свое усилие на 5-10% от исходного оценивает включение тестиру емой мышцы и степень ее адап тации к новому усилию иссле дователя. Увеличение усилия должно продолжаться не более одной секунды. Если адаптация не наступает, мышца неожидан но становится неспособной к сопротивлению, "уступает" уси лию исследователя, и конеч ность или двигательный сегмент как бы "надламывается" (в классическом мануальном мы шечном тестировании этот фе номен называют "превозмога ние" и "преломление"). Этот момент регистрируется элект ромиографически: при увеличе нии сопротивления электричес кий заряд прерывается. Силь ная мышца, выполняя заданную при ММТ функцию, развивает концентрическое сокращение, способствующее еще больше му сближению мест прикреп ления, тогда как слабая мышца осуществляет эксцентрическое сокращение, удлиняющее мышцу.

Однако следует помнить, что при приложении слишком большой силы наступает силь ное сокращение, которое при водит к защитному расслабле нию, что может быть принято за слабость тестируемой мышцы, но на самом деле является ре зультатом дефектного исследо вания.

Адаптационная реакция мо жет

быть индивидуально замед лена, поэтому не следует спе шить с оценкой. Если мышца не адаптируется к увеличению при лагаемой силы врача, она оце нивается как слабая (ослаблен ная). Залогом точной диагнос тик и являетс я постоянна я

тренировка врача и сравнение особенностей работы мышц у разных людей.

Одним из признаков слабо сти у некоторых людей может быть звуковой феномен в виде щелчка в месте прикрепления мышцы.

ую борьбу
Во избежание ошибо к в оценке результатов тестирова ния и отнесения мышцы к раз ряду адаптационной ослабленны х следует иметь в виду, ы, для чего что слабая мышца обычно не ичивает свое болезненна, что в тесте должна

участвовать толь ко тестируемая мышца, не дол ж но быть болезненным место приложения силы врача. Важ но, чтобы во время тестирова ния пациент не держал руку на теле, необходимо следить так же за поведением мышцы во время разных фаз дыхания.

Если мышца слабая, то ее функцию при нагрузке, и в част ности при тестировании, будут выполнять синергисты данной мышцы. Поэтому следует рас полагать тестируемый сегмент так, чтобы синергисты были мак симально выключены, чем и обусловлены особенности ИПП при тестировании разных мышц. В случаях, когда синергисты выполняют в повседневной жиз ни роль ослабленной ассоции рованной мышцы, они перетру живаются, и в них развивает ся болезненное напряжение и триггерные пункты. Включение синергистов и их болезненность при выполнении теста может быть косвенным признаком слабости тестируемой мышны.

Существует указание, что болезненная мышца непригод на для использования в каче стве индикатора. Однако у лю дей с метаболическими или ины ми диффузными мышечными болями может просто не най тись безболезненной мышцы, что не должно быть основани ем для отказа в применении методов прикладной кинезиоло гии, тем более что

диагностиро вать химический дисбаланс дру гими методами сложнее или просто невозможно.

При наличии болезненности мышцы врач проводит исследо вание для установления причи ны болезненности, анализируя характеристики самой мышцы (аэробные и анаэробные функ ции, реакция на раздражение мышечных веретен и рецепто ров Гольджи, терапевтическая локализация с зон нейролимфа тических рефлексов и др., о чем речь впереди). Кроме того, ис пользуются специальные при емы для снятия гиперреактив ности мышцы, эти способы бу дут описаны позднее.

При исследовании ассоци ированной мышцы следует не ограничиваться обычным поло жением тела, а проводить иссле дование в условиях дискомфор тной позы (постурального стрес са), в позе ходьбы, в разных фазах дыхания, так как слабость может выявиться лишь в одном из этих положений. Важно при этом установить и ту позу или условия, в которых слабая мышца становится сильной, что важно для проведения кор рекции.

Если тестируемая мышца, в том числе при выборе индика торной мышцы, оказывается сильной, то это может быть сви детельством ее нормального функционирования (нормото ничная мышца), но может быть признаком ее гиперреак тивности, что приведет к ис кажению результатов исследо вания терапевтической локали зации (ТЛ), провокации и других методов, основанных на оценке реакции индикаторной мышцы.

Для установления функцио нального статуса мышцы, т.е. отнесения ее к нормотоничной или гиперреактивной (гипер тоничной),

проводится ряд воз действии, под влиянием кото рых нормотоничная мышца сла беет, а гиперреактивная остает ся сильной. стресс-рецепторов, в на точке акупунктуры и т.п. При методы воздей ствия энергетически е процессы: ТЛ на седативной точке канала на стороне те стируемой мышцы (нормотонич ная мышца остается слабой, пока

осуществляется ТЛ); сти муляция канала против его хода постукивание от конца канала к его началу. Это дол жно ингибировать нормальную мышцу примерно на 10 сек. Методы воздействия на саму мышцу: "техника мышечных ве ретен"; провокация магнитом-(северный) полюс сильного, по ляризованного по оси магнита (2000 - 5000 гаусс), располага ется по центру брюшка мышцы и др. Нормальная мышца под влиянием всех этих воздействий слабеет, а гиперреактивная ос тается сильной. При этом необ ходимо использовать не менее двух из указанных методов. Существуют более универ сальные и использоваться посредник (в быстрые методы ди агностики гиперреактивности мышц: 1) Стимуляция (ТЛ) точ ки К-27 (R-27). 2) Использова ние розового спектра Бекера Миллера (pink Baker-Miller), ко торы й либ о представле н гомеопатическим препаратом в ампуле, либо используется спе циально окрашенная розовая прозрачная целлулоидная пла стинка. Нормотоничная мышца при этом остается сильной, а ги

(ТЛ) один из важней IIINX феноменов, используемых в ПКЗ для диагностики, контро ля специфической провокации, эффективности лечения. Этот феномен был случайно обнару жен Goodheart. Он заключает ся в возникновении слабости во всех ранее сильных (нормаль ных) мышцах, восстановлении силы в ослабленной ассоцииро ванной мышце при расположе нии пальца (или кисти) пациен та на коже "больной" части тела. Терапевтическая локали зация может проводиться в об ласти остистых отростков, кре стца, шва на черепе, над внутрен ним органом, в Х нейроваскулярных, зона тических. нейролимфа

проведении ТЛ необхо димо точно

расположить паль цы пациента на

нуж но, прижимает их к телу паци

исследуемой области, для чего врач

сам кла дет пальцы пациента и, если

перреактивная слабеет.

ента. Если пациент не может достать рукой нужное место, можно воспользоваться любым проводником (ложкой, металли ческой линейкой), но изолиру ющий материал для этой цели не пригоден. Роль изолятора может сыграть и слишком су хая кожа и некоторые виды одежды. Когда тестируется ма ленький ребенок, его руку к ме сту исследования прижимает мать или другой человек, а врач тестирует мышцы этого помощ ника. И в других случаях, когда пациент почему-либо не может сам провести ТЛ или выпол нить задания, связанные с мы шечным тестированием, может частности, при необходимости диагностики у животных). ТЛ может проводить и врач своей рукой. Пациент также может ис пользовать для проведения ТЛ любую часть своего тела, на пример, язык, при диагностике неврологического зуба.

Важно проведение ТЛ в разных позах и в разных усло виях — в позе ходьбы, ротации туловища, в дискомфортной для пациента позе, в разные фазы дыхания и т.д.

ТЛ является, по всей ви Терапевтическая лока лизация димости, феноменом электро магнитным, работающим на пе ременной частоте.

> ΤЛ указывает на наличие проблемы и место дисфункции в случае, когда индикаторная мышца во время ТЛ слабеет, но указывает на характер и ос троту проблемы. Если во время ТЛ с какой-либо рефлекторной зоны или во время одной из фаз дыхания, или в других опреде ленных условиях, восстанавли вается сила ассоциированной мышцы, то это указывает на место, а иногда и метод лечения.

Там, где ТЛ нельзя провести непосредственно, проводится провокация специфическим раз дражителем. Например, это мо жет быть постукивание по тем поросфеноидальной линии для раздражения (включения) сен сорных отделов мозга, ТЛ с точ ки VG-20 для провокации гипо таламуса и др.

Продолжение следует.

Список литературы

- 1. Гранит Р. Основы регуля ции движений. Пер. с англ. М.: Мир, 1973
- 2. Коган О.Г., Шмидт И.Р., Толстокорое А.А. и др. Теоре тические основы реабилитации при остеохондрозе позвоночни ка. Новосибирск: Наука. 1983.
- 3. Робэнеску Н. Нейромо торное перевоспитание. Пер. с румынск. Бухарест, 1972.
- 4. Руководство по кинезоте рапии. Ред. Л. Бонев и др. София: Медицина и физкульту ра, 1978.
- 5. Тревелл Дж.Г., Симоне Д.Г. Миофасциальные боли. Т. 1,2. М.: Медицина, 1989.

б.Шмидт И.Р. Остеохонд роз позвоночника. Этиология и профилактика. - Новосибирск: Наука, 1992.

7. Brodal A. Neurological

- Anatomy in Relation to clinical Medicine, 3r d ed. Oxfor d University Press. Oxford, 1981.
- 8. Freeman M.A.R., Wyke B.D. The innervation of the knee joint. An anatomical and histological study in the cat. J. anat. (Lond.). 101 (1967) 505.
- 9. Greenma n Ph.E. (ed): Concept and Mechanisms of Neuromuscular Funktion. - Berlin: Springer - Verlag, 1984.
- 10. Jones L.M. Spontaneos release by positioning / / Doctor of Ostheopathy. 4 (1964) 109.
- 11. Jones L.M. Strain and Counterstrain / / The American Academ y of Osteopathy . Colorado Springs, 1981.
- 12. Palmer D.D. The Science, A r t and Philosoph y o f Chiropractic , 1910.- Цит. no D.S. Walter.
- 13. Shafer J., Smith Ch. Applied Kinesiology Seminars Europe. Introductio n to the Stomatognati c System. Novokuznetsk, 1991.

- 14. Shafer J., Smith Ch. Applied Kinesiology Seminars Europe. Module 2.- Sochi, 1993.
 - 15. Shafe r J . Applie d Kinesiology. Module 1,3,7.- 1994.16. Shafe r J . Applie d Kinesiology.- Module 1,3,7.- 1994
- 17. Shafer J. Прикладная ки незиология. Диагностика и кор рекция дисфункций структурной составляющей. Пер. с англ.- Дания, 1995.
- 18. Smit h Ch.R.A. The Physiological Effect of Using Baker Miller to Detect Muscle Hyperreactivity / / 1 st Annual Conference Moscow. 8 TH and 9 T H April, 1995.-P. 94-96.
- 19. Sutherland W.G. The Cranial Baul. Цит. no D.S. Walter (20).
- 20. Walter D.S. Applied Kinesiology. V.2.- Colorado: SDS, 1983.
- 2 1. Walter D.S. Applied Kinesiology. Synopsis.- Colorado: SDS, 1988.

О.В.Кузнецова

Институ т

усовершенствовани я врачей, г. Новокузнецк

на боль с позиций прикладной

Холистический взгляд кинезиологии

Резюме

Достижения фармакологии позволили облегчать страдания с легкостью, опасной для врача и пациента. Истинные причины боли не ликвидируются, люди ничему не учатся у «сторожево го пса нашего здоровья» и ста новятся все более зависимыми от возрастающих доз синтети ческих препаратов. Попытки ле чения хронических болей каким то одним методом обычно при водят к временному улучшению, это касается как медикаментоз ного, так и немедикаментозного лечения (мануальной терапии, акупунктуры, психотерапии), при меняемых изолированно.

Философия прикладной ки незиологии предполагает цело стную оценку любого процесса с точки зрения трех составных частей «триады здоровья» (G.Goodheart, 1960-1964 гг.):

1. Структура — взаимораспо ложение и взаимодействие по звонков, суставов, мышц, костей и мембран черепа, внутренних органов.

- 2. Химия поступление пол ноценных питательных веществ и выведение токсинов.
- 3. Эмоции положительное отношение к жизни.

Боль может быть следстви ем нарушения в любой из этих составляющих, но неизбежно в патологический процесс вовлека ются и другие. Не учитывать эти взаимосвязанные нарушения — значит однобоко подходить к процессу лечения и получать не стойкие результаты.

Мануальное мышечное тести рование, принятое в прикладной кинезиологии, позволяет не только выявить нарушения в различных сторонах триады здоровья с помощью специаль

ных приемов, изменяющих мы шечную силу, но, используя био маркеры, определить медиаторы боли (ослабляющие мышцу) и подобрать вещества, способные уменьшить боль (увеличиваю щие мышечную силу).

Под нашим наблюдением находилось 19 больных в воз расте от 32 до 60 лет с хрони ческими болями (3 - невралгия тройничного

нерва, 3 - постгер петическая невралгия, 5 - голов ные боли напряжения, 4 - миг рень, 2 - полинейропатии с сенсорно-альгическими прояв лениями, 2 - артроз коленных суставов). Все больные обрати лись после длительного (от 2 до 12 лет) медикаментозного ле чения, разуверившись в возмож ностях официальной медицины.

Немедикаментозная терапия у 8 больных проводилась как дополнение к медикаментозной (при невралгиях, диабетической полинейропатии), в остальных случаях — как самостоятельное лечение.

Прикосновение пальцев па циента к патологической болез ненной зоне приводило к ослаб лению сильной индикаторной мышцы (так называемый фено мен терапевтической локализа ции). Обратная связь с организ мом осуществлялась с учетом воздействий, усиливающих эту мышцу.

При выявлении структурных нарушений (фиксации костей черепа, позвонков, суставов) в

лечении принимали участие ма нуальные терапевты, владеющие краниосакральной и вертеб ральной терапией. Коррекция краниосакральных нарушений проведена двум больным с не вралгией тройничного нерва и одному больному с мигренью, при головных болях напряже ния использовано мануальное расслабление перикраниальных мышц приемами массажа шиат су, устранение локальных мы шечных гипертонусов, обучение больных приемам расслабле ния. При артрозах — мобилиза ция коленных суставов, головки малоберцовой кости, постизо метрическая релаксация мышц. Тестирование химии боли про водилось с помощью гомеопа тического диагностического на бор а английско й фирм ы "Metabolics" и показало зави симость от давности заболева ния и длительности приема не стероидных противовоспали тельны х препаратов . У 3 больных с абузусными голов ными болями, принимавшими анальгетики часто по 4-6 таб леток в сутки, выявлено ослаб ление мышц на насыщенные жирные кислоты (биомаркеры стеарин, свиное сало), что сви детельствовало о повышенном содержании лейкотриенов В₄. Этим пациентам назначалась диета с ограничением животных жиров и включением ненасы щенных жирных кислот омега 3 и 6 (рыбий жир, льняное и оливковое масло, масло вечер ней

примулы производства фир мы "Solaray"), витамин E, селен, чесночные таблетки, медицинс кая желчь. В случаях обнару жения других медиаторов боли (простагландины E_2 , гистамин, кинины, серотонин) индивиду ально подбирались средства, вызывавшие усиление индика торной мышцы (витамины, цинк, магний, калий).

При реакции на свободные радикалы — антиоксиданты, ре зонансные гомеопатические препараты бактерий, вирусов, грибков, простейших, гельминтов, а также аутонозоды (кровь, пот) и травы.

Акупунктурная диагностика осуществлялась с помощью те рапевтической локализации точек китайской пульсовой ди агностики, сигнальных точек аку пунктурных каналов, точек-клю чей «чудесных» меридианов, а также по оценке силы ассоции рованных с энергетическими каналами мышц (D.Walter, 1988). Состояние энергии в каналах — по влиянию вибротактильной стимуляции тонизирующих и седативных точек на мышечную силу. 11 больных получали аку пунктуру, в остальных случаях пациенты и их родственники обучались точечному и линей ному самомассажу для прове

дения его дома.

Непременны м условие м лечения было обнаружение эмоциональных нарушений: тре воги, страха, депрессии — и кор рекция их методами психотера пии, подбором трав, цветочных эссенций, гомеопатических пре паратов, ароматов, релаксацион ной музыки, цвета и т.д. Улуч шение от лечения разной сте пени наблюдалось практически у всех больных.

Таким образом, наш опыт показывает, что целостный под ход к лечению боли позволяет добиться улучшения при исполь зовании безлекарственных ме тодов. Естественно, при тяжелых органических заболеваниях не возможно обойтись без меди каментов, но их количество и продолжительность использова ния могут быть уменьшены, если сочетать их с естественными методами лечения.

Список литературы

- 1. Гаваа Лувсан. Лечение иглоукалыванием послеопера ционного болевого синдрома и некоторых функциональных расстройств. Автореф. дисс. канд.мед.наук. М.,1976.-20с.
- 2. Жамков Г.В. Роль лазеро пунктуры в комплексной тера пии паралитичеких состоя- ний желудочно-кишечного тракта при перитоните. \\ В кн.: Акту альные проблемы современной клинической хирургии. Чебокса ры, 1983.-С.80-84.

Т.Н. Чернышева* , В.И. Коренбаум** , Т.П. Апухтина *

- * Учебно-практический центр функциональной медицины "Манус" ,
- ** Тихоокеански й океанологически й институ т ДВО РАН

ОЦЕНКА ДОСТОВЕРНОСТИ МАНУАЛЬНОГО

Резюме

Проблема достоверности результатов мануального мы шечного тестирования (ММТ) - основного диагностического ин струмента прикладной кинезио

логии (ПК), в силу субъективно сти процедуры и неясности фи зической природы феномена, стоит достаточно остро. Это осознается как специалистами, практикующими ПК, так и их оп понентами от доказательной ме дицины.

ТЕСТИРОВАНИЯ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПРОЦЕДУРЫ (СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА)

МЫШЕЧНОГО

Цель предлагаемого сооб щения - анализ проблематики и состояния дел по данному вопросу.

В качестве источников ис пользованы статьи, опубликован ные в зарубежных рецензируе мых журналах (поиск по базе данных

PubMed), материалы Международной Коллегии При кладной Кинезиологии (ICAK), рецензируемые отечественные публикации, разработки авторов обзора.

Известные попытки оценки достоверности ММТ могут быть классифицированы по следую щим 4 направлениям:

- Исследование операцион ных характеристик метода ММТ. 1.1. Повторяемость.
- 1.2. Воспроизводимость. 1.3. Сопоставление с рефе ренсными методами.
- 2. Объективизация ММТ. 2.1. Измерение механичес ких параметров.
- 2.2. Измерение электрофи зиологических параметров. 3. Попытки рационального объяснения физических и фи зиологических механизмов, ле жащих в основе ММТ.
- 4. Косвенное подтверждение результатов ММТ через оценку эффективности лечения.

В части повторяемости ММТ [30]) (совпадение результатов одина квал ковых тестов, проводимых од ним мена экзаменатором на одних и тех же испытуемых) имеются сто р

достаточно представительные результаты.

Так, Rybec and Swenson, 1980 [29], при двукратном обследо вании мускулов Latissimus dorsi 73 здоровых добровольцев вы явили повторяемость 0,84.

Florence, et al., 1992 [14], об следовали 102 мальчика с бо лезнью Дюшена. Исследуемые участвовали в многоцентровом двойном слепом эксперименте с участием 4 экзаменаторов. Тестировалось всего 18 групп мускулов. Надежность индиви дуальных оценок ММТ (взве шенная каппа Когена) варьиро валась от 0,8 до 0,99.

Brandsma, et al., 1995 [12], на основе обследования мускулов руки у 28 пациентов выявили повторяемость в пределах от 0,72 до 0,93.

Воhannon, 1997 [11], обсле довав 37 пациентов, показал, что повторяемость оценок ММТ при воздействии на 3 мышцы верх них и 3 мышцы нижних конеч ностей

(альфа Кронбаха) со ставляет от 0,59 до 0,88.

Pothmann et al., 2001 [28], обследовав 315 детей и подро стков в течение 2 лет, обнару жили значительную повторяе мость субъективных оценок ММТ (каппа 0,62).

Таким образом, повторяе мость ММТ, по согласующимся данным различных авторов, ока зывается достаточной высокой.

В части воспроизводимости (совпадение результатов тести рования одних и тех же испы туемых различными экзамена торами) имеются противоречи вые данные.

Jacobs, 1981 [18], обследовав мускулы deltoid у 100 здоровых субъектов, установил, что воспро изводимость ММТ составляет 0,82.

В статье Kenney, et al., 1988 [20], на основе обследования 11 человек тремя экзаменаторами делается вывод об отсутствии какой-либо воспроизводимости MMT. Правда. В редакционном комментарии ІСАК (Rosen, 1993 ставится сомнение ПОД квалификация двоих из 3 экза менаторо В и адекватност методологии тестирования (вме сто рекомендуемого ПК изоли рованного мускула, исследова лась одновременная реакция целой группы связанных муску лов).

Нааѕ, et al., 1993 [16], в двой ном слепом эксперименте над 68 здоровыми добровольцами не обнаружили воспроизводи мости результатов ММТ в ответ на механическую стимуляцию остистых отростков грудных позвонков.

Уже упомянутые Brandsma, et al., 1995 [12], на основе об следования мускулов руки у 28 пациентов сообщают, что вос производимость варьировалась в пределах от 0,71 до 0,96.

Merlini, et al., 1995 [25], пока зали высокую воспроизводи мость (0,85 - 0,95) тестирова ния мышц, прикрепляющихся к

коленному суставу, у детей в возрасте 6-8 лет (12 мальчиков).

Lawson and Calderon, 1997
[21], на основе слепого обсле дования двух групп (32 и 53 человека) 3 экзаменаторами, с

более чем 10-летним стажем

каждый, установили значитель ное согласие между экзамена торами по мускулам piriformis (каппа 0,7 - 0,9), менее значи тельное - по мускулам pectoralis (каппа 0,42 - 0,63), и отсутствие согласи я - по мускула м hamstring и fascia lata (каппа менее 0,4).

Как мы видим, большинство наиболее последних грамотно поставленных исследований свидетельствует 0 приемлемой воспроизводимости ММТ. Одна ко, многие авторы обращают внимание на то, что она в зна чительной степени зависима от достижения координации меж ду экзаменатором и испытуе мым, а также квалификации эк заменатора.

Наиболее важными парамет любого диагностического рами метода являются чувствитель ность (вероятность правильно го обнаружения больных) спе цифичность (вероятность пра вильног о обнаружени я здоровых) в сравнении с рефе ренсными методами так назы ваемого «золотого стандарта» (Власов В.В., 1988 [3]). Однако исследований, посвященных оценке этих параметров для ММТ, совсем немного.

Jacobs, et al., 1984 [19], в двой ном слепом обследовании 65 субъектов на предмет дисфун кции щитовидной железы выя вили достоверную взаимосвязь результатов ММТ с лаборатор ными анализами (коэффициент корреляции 0,32).

Уже упоминавшиеся Kenney, et al., 1988 [20], не обнаружили никакой корреляции между дан ными ММТ

(подъязычные про бы) и лабораторно установлен ной дефицитностью по 4 нут риентам (тиамин, цинк, витамин A, аскорбиновая кислота).

Schmitt and Leisman, 1998 [31], сравнили данные ММТ (подъязычные пробы) и радио адсорбентных анализов на им мунные комплексы IgE, IgG при обследовании 19 человек с ал лергиями и показали, что чув ствительность ММТ достигает 90,5%.

Пожалуй, наиболее интерес ны исследования операционных

характеристик метода ММТ при воздействии гомеопатическими нозодами (перспективная мето дика, широко распространенная в Европе и России). Здесь пока имеется единственная серьезная работа Pothmann et al., 2001 [28], авторы которой, сопоставив дан-

ные ММТ по пищевой непере носимости (315 детей и подро стков) с результатами общепри нятых лабораторных тестов

RAST и IgG (Cytolisa), выявили чувствительность 73,6 при специфичности 45,2%. Низкая специфичность не позволяет рекомендовать MMT для точной диагностики пищевой неперено симости. Тем не менее, благо даря значительной чувствитель ности ММТ может быть полез н ым инструменто м для предварительного скрининга. Заметим, что для сходной с ММТ по биофизической природе ме тодики электропунктурного ве гетативного резонансного тес та [9] при воздействии гомео патическими нозодами также выявлена низкая специфичность (34%), что, видимо, характерно для этих тонких диагностичес ких процедур.

Что касается достоверности методики ММТ через суррогата, то здесь вообще полностью от сутствуют какие-либо система тизированные оценки.

Для объективизации ММТ предпринимались попытки ис пользования различных физи ческих принципов.

Наиболее естественным ка залось измерение произвольной изометрической мышечной силы, однако рядом исследователей (Rybeck, et al., 1980 [29]; Grossi, 1981 [15]; Kenny, et al. 1988 [20]) показано отсутствие корреля ции этого параметра с данны ми ММТ.

Более адекватной оказалась электронная динамометрия , предполагающая размещение датчика механических парамет ров между рукой экзаменатора и конечностью пациента. Так, Marino, et al., 1982 [24], сопоставили данные ММТ аб дукторов и флексоров бедра у 128 пациентов(ортопедическая патология) с результатами элек тронной динамометрии Было

выполнено по три билатераль ных измерения силы отведения и сгибания бедра. Средние зна чения силы совпали с ощуще нием силы/слабости мышцы экзаменаторами (р<0,001). Bohannon, 1986 [10], исследо вал силу коленного разгибате ля 50 пациентов с использова нием ММТ и динамометрии. Оценки ММТ и динамометрии были существенно коррелиро ванны (р<0,001). В то же вре мя между процентными оценка ми ММТ и динамометрии име лась существенная разница (р<0,001). Эти результаты, по мнению автора, позволяют сде лать вывод, что обе процедуры измеряют одну и ту же пере менную - силу, однако ММТ мо ж ет переоценивать пределы "нормальности" пациента. Hsieh, et аl., 1990 [17], иссле довали достоверность электрон ной динамометрии. Три экзаме натора осуществляли тестиро вание в двух вариантах: при инициировании усилия со сто роны врача и при инициирова нии усилия со стороны пациен та. Тестировалось по 3 группы мышц у 30 взрослых доброволь цев. Показаны высокие повто ряемость и воспроизводимость (0,95 - 0,97) при инициировании усилия со стороны пациента. Carruso and Leisman, 1999 [26], предложили измерять силу и смещение во времени и вы числять жесткост ь мышцы . Жесткость мышц, которые опре делялись в качестве сильных опытными экзаменаторами до стоверно отличалась от жестко сти мышц. классифицированных как слабые. Оказалось, однако, что правильно идентифициро вать сильные и слабые мышцы могут только экзаменаторы с не менее чем 5-летним опытом ра боты.

В своей следующей работе Carruso and Leisman, 2000 [13], предложили регистрировать крутизну наклона переднего фронта импульса силы. Им уда лось показать, что значительно больший наклон характерен для слабого мускула (при сравнении с субъективными данными эк заменаторов), а малый наклон - для сильного мускула. Разрабо танный пороговый критерий дает

совпадение в 98 % случаев по сравнению с субъективными оценками экзаменаторов, имею щих более чем 5 летний стаж, но всего лишь в 64 % случаев — для менее опытных экзамена торов.

На основании результатов работы [33], авторами обзора предложено в качестве крите рия силы/слабости мышцы ре гистрировать амплитуду низко частотной составляющей (ниже 2 Гц) спектра динамического усилия между рукой экзамена тора и конечностью пациента. Результаты пилотного экспери мента с участием 8 пациентов, тестировавшихся по терапевти ческим локализациям одним опытным экзаменатором пока зали согласие с субъективной оценкой в 74 % случаев (каппа 0,47).

С целью объективизации ММТ исследовались и вариан ты использования электрофи зиологических параметров.

Так, Perot, et al., 1991 [27], сравнили ММТ с электромиог рафией (ЭМГ) трицепса экзаме натора и обнаружили достовер ную разницу между электричес кой активностью его мышцы при субъективных оценках силы и слабости.

Leisman, et al., 1995 [23], об наружили существенное согла сие между электромиограмма ми пациентов и данными ММТ.

Авторами обзора для объек тивизации ММТ применен ЭМГ метод [5], особенностью кото-

рого является пороговая обра ботка отношения амплитуды и длительности апликационных электромиограмм тестируемой мышцы пациента. Сравнение электромиографических показа телей воздействия на пациентов гомеопатическими нозодами (ключево й набо р фирм ы Metabolics) и субъективных оце нок, выполненных независимо высококвалифицированным эк заменатором, по результатам 152 диагностических и 100 ре ференсных тестов (двойная сле пая процедура) выявило совпа дение в 87,5 % случаев, что свидетельствует как о перспек тивности метода для объекти

визации, так и о наличии объек тивных биофизических законо мерностей, лежащих в основе реакции организма на гомеопа тические нозоды [1].

Васильева Л.Ф. и др., 1999, выявили возможность объекти визации ММТ с помощью век торной ЭМГ

Vasil'eva et al., 2001 [33], по казали, что аппликационная ЭМГ тестируемой мышцы позволяет выделить 3 фазы долговремен ного усилия сопротивления, предположительно связанные с различными механизмами регу ляции. Наиболее близкой к субъективны м ощущения м силы/слабости мышцы опыт ным экзаменатором оказалась оценка амплитуд электрической активности мышц в 3-й фазе сокращения (согласие 81,3%).

Предлагалось также измере ние амплитуды соматосенсор ных вызванных потенциалов (Leisman, et al., 1989 [22]) и даже кондуктометрия мышц ортого нальными системами электро дов (Шауб, 1998 [8]). Однако дальнейшего развития эти ме тоды не получили.

Работы, посвященные раци ональному объяснению биофи зических и физиологических механизмов феномена ММТ, крайне малочисленны.

Leisman, et al., 1989 [22], об наружили изменение амплитуды вызванных потенциалов на кон тралатеральном медианном не рве тестируемой конечности в зависимости от результата ММТ. Шауб, 1998 [8], оценил пре дельные дистанции реакции организма на гомеопатические нозоды и предположил, что пос ледние ведут себя как пассив ные резонаторы.

Schmitt and Yanuck, 1998 [32], предположили, что слабость мускула вызывается либо нару шением периферического нерва или нейромышечной передачи, либо дополнительным ингиби рованием или неадекватной фасцилятацией спинального мотонейрона.

Значительный интерес вызывает объяснение феноме на воздействия гомеопатических

нозодов на силу мышечного сокращения при ММТ. Автора ми обзора предложена биофи зическая модель [6] воздей ствия нозодов на мембраны клеток посредством механизма антиген-антитело. Сделано предположение, что сила/сла бость мышцы связана с изме нением проведения нервных им пульсов в мембранах аксонов. Предварительный электрофизи ологический эксперимент мето дом вызванных моторных потен циалов частично подтверждает такую возможность.

Коренбаум В.И. и др., 2001 [7], в рамках верификации фе номена гомеопатических нозо дов тремя независимыми сле пыми рандомизированными эк спериментами на биологической модели выявили наличие стати стически достоверной разницы в воздействиях гомеопатическо го нозода биогумусного удоб рения и плацебо на развитие рассады томатов. Были также

обнаружены различия в инфра красных спектрах поглощения некоторых нозодов (Metabolics) по сравнению с плацебо. Серьезных, удовлетворяю щих требованиям доказатель ной медицины [4], исследований по динамике излечения пациен тов обнаружить не удалось. Остается отметить, что, если вы шеперечисленные варианты проверки достоверности ММТ действительно встречают объек тивные трудности, связанные со сложностью комплектования нозологических и контрольной групп, невозможностью приме нения плацебо, проблемой вли яния наблюдателя, то отсутствие работ, связанных с косвенным доказательством достоверности ММТ через эффективность из лечения пациентов, вызывает удивление. Поскольку матери алы этого рода имеются, хотя бы на уровне "клинических слу чаев", у большинства врачей, практикующих ПК, представля ется необходимым обратиться к коллегам с просьбой о нео тложной подготовке таких пуб ликаций.

Из представленного матери ала следует:

1. Если прикладная кинези ология претендует на признание со стороны официальной меди цины, то необходимы дополни тельные исследования досто верности мануального мышеч ного тестирования практически по всем из указанных направ лений. С призывом о неотлож ном проведении такого рода исследований, причем в полном соотвествии с требованиями доказательной медицины [4], мы обращаемся ко всем заинтере сованным лицам и надеемся, что подобные работы будут в даль нейшем широко представлены на страницах журнала «При кладная кинезиология». 2. Нельзя абсолютизировать

диагностические находки ману ального мышечного тестирова ния, они должны рассматривать ся лишь в контексте расшире ния обычны х клинически х подходов (это, кстати, постоян но подчеркивается и в офици альных документах ICAK). А значит, во избежание дискреди тации метода, мануальное мы шечное тестирование должно применяться только специально обученными и хорошо трениро ванными врачами.

Список литературы

- 1. Апухтина Т.П., Коренба ум В.И., Чернышева Т.Н. Объек тивизация метода мышечного тестирования, используемого в прикладной кинезиологии / / Вестник новых мед. технологий. 1998, №3-4, С. 100-102.
- 2. Васильева Л.Ф. Функцио нальные блоки суставов позво ночника и конечностей (ману альная диагностика и терапия с основами прикладной кинезио логии). Новокузнецк. Новокуз нецкий институт усовершенство вания врачей, 1999. 159с.
- 3. Власов В.В. Эффектив ность диагностических исследо ваний. М.: Медицина, 1988. 256с.
- 4. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. М.: «Медиа Сфера», 2001. 392с.

- 5. Патент РФ 2171623. Способ объективизации мышеч ного тестирования / Черныше ва Т.Н., Коренбаум В.И., Апухти на Т.П. Заявл. 10.08.1998. Опубл. 10.08.2001.
- 6. Коренбаум В.И., Черныше ва Т.Н., Апухтина Т.П. К вопро су о биофизических механизмах воздействия гомеопатических нозодов на силу мышечного сокращения / / Материалы Все российской межвузовской науч но-технической конференции "Фундаментальные и приклад ные вопросы физики и матема тики". Владивосток. ТОВВМИ им. СО. Макарова, 1999. С.88-90.
- 7. Коренбаум В.И., Черны шева Т.Н., Апухтина Т.П., Мас лов СВ., Советникова Л.Н., Де менок, В.Н., Шин СН . Верифи кация феномена электронного гомеопатического копирования Материалы Всероссийской меж вузовской научно-технической конференции. Владивосток ТОВВМИ им. СО . Макарова. 2001. T.1. Фундаментальные прикладные вопросы физики И математики. С.27-31.
- 8. Шауб Ю.Б. Актуальные медицинские исследования но выми физическими методами. Владивосток. Дальнаука, 1998. 189c.
- 9. Электропунктурный веге тативный резонансный тест: Методические рекомендации / Василенко А.М., Готовский Ю.В., Мейзеров Е.Е. и др. Науч.-практ. центр традиц. мед. и гомеопа тии M3 РФ. 2000. - 28с.
- 10. R.W. Bohannon Manual muscle tes t score and dynamometer test scores of knee extension strength / / Arch . Phys . Med . Rehabil. 1986. V.67(6). P.390-392.
- 11. Bohannon R.W. Internal consistency of manual muscle testing scores. Percept. Mot. Skills. 1997. V.85(2). P.736-738.
- 12. Brandsma J.V. et al. Manual muscle strength testing: intraobserver and interobserver reliabilities for the intrinsi c muscles of the hand. J. Hand Ther. 1995. V.8(3). P.185-190.
- 13. Caruso W, Leisman G. A force/displacement analysis of muscle Gleim G.W., Rosenthal P., Nicholas

- testing / / Percept Mot Skill s 200 0 S.J. The Oct; V.91(2), P.683-92.
- reliability of manual muscle test (Medical research counci I scale) grade s in Duchenne's Granata muscular dystrophy. Phys. Ther. 1992. strength V.72(2). P.115-122.
- 15. Grossi J.A. Effects of applied Ther. 1995 . V.22(2). P. 73-76. kinesiology technique on quadricep s femori s muscle isometric strenth / / Expanding 1981. Phys. Ther. P.1011-1016.
- D., Ross G. The reliability of muscle Revieu. 1999 . V.8(1). P. 21-32. testing response to a provocative vertebral challenge / J. Mani pulative F. Physiol. Ther. 1993. V.5(3). P.95-100.
- Hsieh C.Y., Phillips R.B. Reliability of manual muscle testing wit h a computerized dynamometer / / J . Manipulative Physiol. Ther. 1990. V.13(2). P.72-82.
- 18. Jacobs G.E. Applie experimental kinesiology an by evaluatio doubl e blin n methodology / / J Manipulative Physiol. Ther. 1981 V.4(3). P.141-145.
- 19. Jacobs G.E., Franks T.L., dysfunction: applied kinesiology compared to clinical observations and laborator y test s / / J. Mani pulative Physiol. Ther. 1984. V.7(2). P.99-104.
- 20. Kenney J.J., Clemens R., Forsythe K.D. Applied kinesiology unreliable for assessing nutrient status. J. Am. Diet. Assoc. 1988. V.88(6), P.698-704,
- 2 1 . Lawson A., Calderon L. Interexaminer agreement fo r applied kinesiology manual muscle testing / / Percept. Mot. Skills. 1997. V.84(2). P.539-546.
- 22. Leisman G., Shambaugh P., Ferentz A.H. Somatosensory evoked potential changes during muscle testing. Int. J. Neurosci. 1989. V.45(1-2). P.143-151.
- 23. Leisman G. Zenhausern R., Ferent z A., et al. Electromiographic effect s of fatigue and task repetition on the validity of esatimates of strong weak muscles in applied muscle-testin kinesiolog pocedures / / Percept. Mot. Skills. 1995, V.80, P. 963-977,
- 24. Marino M., Nicholas J.A.,

- efficac y of manual assessment of muscle strength using 14. Florence J.M., et al. Intrarater a new device // Am. J. Sports Med. 1982. V.10(6). P. 360-364.
 - 25. Merlini L, Dell'Accio C. Reliability of dynamic knee muscle testing in children / / J . Orthop. Sports Phys .
- 26. Motyka T.M., Yanuck S.F. the neurologica V.61(7). examinatio n usingfunctiona neurologic assesment: 16. Haas M. Peterson D., Hoyer methodological considerations AK
 - 27. Perot C, Meldener R., Goubel Objective measurement proprioceptiv technique consequence s on muscula r maximal voluntary contractation during manual muscle testing. Agressologie. 1991. V.32(10) Spec. P. 471-474.
 - . Pothman n R, von 2 8 Frankenber g S, Hoick e C, Weingarte n H, Ludtk e R. Evaluation of applied kinesiology in nutritiona I intolerance of d 1 1 Forsc childhoo Komplementarme d Klas s Naturheilk d 2001 . V.8(6), P. 336-44.
- 29. Rybec C.H., Swenson R. The Gilman P.G. Diagnostic of thyroid effect of oral administration of refined sugar on muscle strength / / J . Manipulative Physiol. Ther. 1980. V.3(3). P. 155-161.
 - 30. Rosen M.S., Williams L The research statu s o f Applie d Kinesiology. Part 2. An annotated bibliograph y o f Applie d Kinesiology research. ICAK USA. 1993. P.5.
 - 3 1. Schmitt W.H., Leisman G. Correlation of applied kinesiology muscle testing findings with serum immunoglobulin levels for food allergies / / Int. J. Neirosci. 1998. V.96(3-4). P.237-244.
 - 32. Schmitt W.H., Yanuck S.F. Expanding the neurologica examinatio usingf unctiona n neurologic assesment: part П neurological basis of applied kinesiology / / Int. J. Neirosci. 1999. V.97(1-2). P.77-106.
 - 3 Vasilyev Chernysheva T.N., Korenbaum V.I., Apukhtina T.P. About pecularities of effect of muscle functional weakness / / ICAK Proceedings. Atlanta, USA. 2001, P. 63-66.

Васильева Л.Ф.

Российски й государств е н н ы й медицински й университет, кафедр а неврологи и и нейрохирургии, г. Москв а

ЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СЛАБОСТИ МЫШЦ

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧ

Болевые мышечные синдро мы вертеброгенного, висцеро генного, артрогенного, миофас циального генеза - наиболее

распространенные симптомо комплексы различных по пато генезу и клиническим прояв лениям заболеваний.

Наиболее дискутабельным патобиомехани является вклад ческих мышечноизменений (укорочение летной системы расслабление мышц, ИΧ реги онарный постуральный дисба ланс) в формирование болевых мышечных синдромов. До сих пор их рассматривают как чис то механическое нарушение опорнодвигательного аппарата, без учета взаимовлияний со сто роны нервной системы.

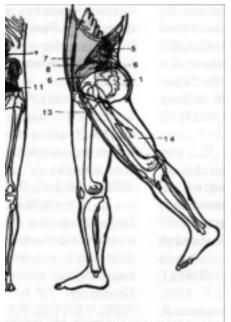
В последние годы появились работы V. Janda 1992[1], утвер ждающие, что наличие нейро логической дезорганизации сегментарных и супрасегментар ных структур изменяет патоге нетическое значение вышепри веденных нарушений биомеха ники для формировани я клинических проявлений боле вых мышечных синдромов. При этом, возникшая нейрологичес кая дезорганизация, нарушая

паттерны активации мышеч ных групп (агонистов, синергис тов, нейтрализаторов, фиксато ров, антагонистов), формируя

атипичные моторные паттерны, оказывает влияние на патогенез болевых мышечных синдромов и требует нейромоторного переобучения.

Однако отсутствие клиничес ких, инструментальных, нейрофи зиологических дифференциаль но-диагностических критериев

расслабленных мышц, наличие противоречивых данных их вза имосвязи с атипичным мотор ным паттерном, влияние на ней-



гимальное выполнение моторного кстензия бедра нисты и синергисты аторы и нейтрализаторы,

рогенные механизмы формиро вания болевых мышечных син дромов приводит к тому, что противопоказания к использо ванию мануальной терапии рас ширяются, а частота болевых мышечных синдромов - растет.

Задачей нашего исследо вания являлось изучение ней рогенных механизмов влияния расслабления на патогенез и клинику болевых мышечных синдромов различного гене за.

Под нашим наблюдением находилос ь 330 пациентов (21-60 лет) с болевыми мышеч ными синдромами вертебраль ного и висцерального генеза, у которых вертебральный син дром и висцеральное заболева ние на период исследования не имели клинической актуально сти. Среди них наиболее часто диагностировались миосклеро

томные синдромы (цервикобра

хиалгия - 57,8%, люмбоишиал гия - 32,3%, межлопаточный бо левой синдром - 20,0%, синдром боковой и передней грудной стенки - 19,9%),

периартрозы (плечелопаточный - 20,8%, тазобедрен ный - 16,2%), вис церальные синдро мы (проекционная кардиалгия - 24,6%. Степень выражен ности клинических проявлений диаг ностировалась пре имущественно 3-й (70,8%) и 2-й (24,1%), лишь у 5,1% - 4-й.

При объектив ном неврологичес ком исследовании особо е внимание уделялось оценке мышечно й силы . Использовалс я метод, предложен ный J.Goodheart [9],

основанный на качественном анализе измерения силы мы шечного сокращения на разных этапах ее формирования. Для этого сравнивалась сила изо метрического сокращения мыш цы в начальный момент и через 3 сек. В норме через данный промежуток времени сила изо метрического сокращения паци ента возрастала, независимо от исходной силы прилагаемого сопротивления. При возникно вении функциональной слабос ти в мышце, сила изометричес кого сокращения в начальный момент сокращения оставалась прежней, а через 3 сек. снижа лась. Таким образом, не про сто уменьшалась сила мышцы, а возникал другой вариант поддержания изометрического сокращения, который в норме не должен проявляться. Для ана лиза

проводимого феномена нами (Васильева Л., Kolometz J., Shachinger A., 1995) в реабили тационной клинике Венского университета проведено иссле дование силы изометрическо го сокращения (и составляющих е го фаз) гиповозбудимой мышцы - агониста и нормаль ных мышц у 23 больных с бо левыми мышечными синдрома ми на специально разработан ном динамометре, соединенным с компьютером.

Поверхностная электромиог рафия проводилась по стандар тным методикам (Janda V. 1987-1997) для сравнительного ана лиза электромиографической активности мышечных групп ати пичного

моторного паттерна, времени их включения и вык лючения из движения. Для сопоставления биоэлектричес кой активности между мышцей, включающейся с опережением, и мышцей-агонистом и/или си нергистом, использовалась раз работанная нами (Васильева Л.Ф., Дюпин В.А, Coiometz J., 1990) векторная оценка элект ромиограмм

[7]. При этом оги бающие электромиограмм рас полагались по оси X и оси Y, а результатирующая - по оси Z. Преобладание активности оце нивалось по направлению сме щения результатирующей кри вой от оси Z к оси X или У. Клинико-инструментальное исследование неоптимальности

динамической составляющей двигательного стереотипа на блюдаемых пациентов с боле выми мышечными синдромами, провоцирующимися преимуще ственно движениями в тазобед ренном суставе в направлении экстензии и плечевом суставе в направлении абдукции, позволи ло выявить в вышеприведенных регионах функциональное нару шение двигательного акта в виде:

a) нарушения последова тельности включения мышечных запаздывающим вклю ппудп С чением агониста и опережаю щим включением других мышеч ных групп: синергистов, нейт рализаторов, фиксаторов или

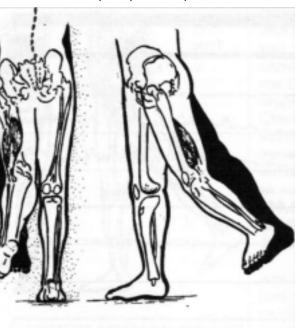


антагонистов - 100%; ма движения в тазобедренном кращении через 3 сек. сила б) ограничения объема дви-(плечевом) суставе (38,4%), мышцы увеличивалась на 10- жения - 74,8%; чаще регистрировалось полное 15% от исходной величины,

в) появления дополнитель- его отсутствие (61,6%), при этом при формировании функцио ных движений в соседних реги- у пациентов с нарушенной эк- нальной слабости у 48 % сила онах позвоночника и конечное- стензией бедра вместо движе- мышцы оставалась неизмен тей-77,6%. ния в тазобедренном суставе ной, а у 52% - она снижалась

г) нарушения однонаправ- возникала экстензия в грудопо- на 8-10% от исходного уров ленности выполняемого движе- ясничном переходе или пояс- ня, при этом в конце сокра ния-100% (рис. 1, 2, 3, 4). Так, ничном регионе (96%), у паци- щения у 81,2 % появлялся при опережающем включении ентов с нарушенной абдукцией крупноамплитудный тремор, синергистов выявлялось отсут- плеча вместо движения в пле- О подобной дифференци ствие двигательных синкинезий чевом суставе появлялась лате- ации изометрического сокра между движением рук и ног с рофлексия в шейно-грудном щения говорится еще в рабо одноименной стороны (86%), переходе и грудном отделе по- тах Н.И. Бернштейна (1929), где при этом вместе с экстензией звоночника (78%). он сообщал о наличии 2-х бедра (абдукцией плеча) воз- Таким образом, нарушение фаз изометрического сокра никала флексия коленног о последовательности включения щения: фазической (регуляция (локтевого) сустава в сочетании мышечных групп в выполняемое на уровне супрасегментарных с приведением или отведени- движение сопровождалось на- структур) и тонической (регу ем конечности (78%). При опе- рушением объема и однонап- ляция на уровне таламопалли режающем включении нейтра- равленности движения, появле- дарной системы) - составляю лизаторов и фиксаторов таз нием дополнительных синкине- щих мышечного сокращения, и (плечевой пояс) не был фикси- зий в соседни х

региона х описывал возникновение в рован (46%), что приводило к позвоночника и конечностей, мышце во время изометричес формированию дополнитель- дифференцированное в зависи- кого сокращения крупноамп ных движений в соседних ре- мости от вида опережающе- литудного паллидарного тре гионах позвоночника - (84%). го включения мышц. мора [2]. У пациентов с опережающим Результаты компьютерной Сопоставление собствен включением антагонистов выяв- динамометрии показали, что в ных клинико-инструменталь лено резкое уменьшение объе- норме при изометрическом со- ных исследований с литератур-



Визуальные критерии снижения активности ой ягодичной мышцы и опережающего включения вой мышцы

ными данными свидетельствует, что получаемое снижение силы во 2-й фазе изометрического сокращения свидетельствует о функциональном изменении тонуса исследуемой мышцы. Это позволило обосновать кон цепцию об особенностях фор мирования функциональной слабости, отличающих ее от па ретической слабости. При фун кциональной слабости сохра нялась 1-я фаза изометричес кого сокращения (фазическая составляющая) и снижалась 2-я фаза (тоническая составля ющая).

тверждались эксперименталь ными исследованиями. проводи мыми нами совместн о с В.П. Михайловым (1995), устано вившими, что при анализе выз ванных потенциалов у больных с функциональной мышечной слабостью регистрируется ак тивность на уровне ствола моз га, которая в 78 % снижается при использовании пациентом медиаторов типа ацетилхолина. При этом в мышцах - агонис тах нарушенных движений в

данные

под

Полученные

100% выяв лено нали чие функци

онально й слабости. Таки м образом,на личие зон гипераффе рентации, возникаю щих при бо левы х мы шечных син дромах различно й этиологии, формируе т на уровн е сегментарно го аппарата спинног о

мозга развитие компенсатор ных процессов в виде сниже ния тонуса мышш агонистов движений, провоцирующих бо левые синдромы. Однако изме нения тонуса мышц несомнен но сказываются и на их возбу димости. При этом один и тот же атипичный моторный паттерн сопровождается различными реакциями CO стороны других мышечных групп в виде возник новения опережающег о их включения, что проявляется и в различии динамической пере грузки ближайших и отдален ных регионов, обеспечивая по лиморфизм локализации боле вых мышечных синдромов. Это подтверждает неоднородность механизмов формирования ати пичных моторных паттернов и требует более детального ней рофизиологического изучения состояния мышцы агониста, ги повозбудимость которой сопро вождается столь разнородными динамическими перегрузками других мышц.

Кл и н и ко-электромиографи ческие исследования функцио нальной активности мышцы — агониста относительно других мышечных групп нарушенного движения (синергисты, нейтра лизаторы, фиксаторы, антагони сты), сопоставление их с пока зателями

нормы и сравнение между собой позволили выявить следующие критерии:

- а) нарушение последова тельности включения мышц в движение в виде одновремен ного включения агониста и од ной из мышц других мышечных групп (31,6%), запоздалого включения агониста относитель но одной мышцы групп (48,2%), запоздалого включения агони ста относительно нескольких мышц (9,0%), невключения аго ниста в совершаемые движения (10,2%);
- б) нарушение последова тельности выключения агонис та, раннее его выключение из движения в последнюю четверть двигательного акта (36,6%), в последнюю треть двигательно го акта (41,2%);
- в) изменение биоэлектричес кой активности: агониста - рав номерное снижение (60,4%),ee первоначальное снижение с пос ледующей тенденцией vве (39,6%);личению мышцы, вклю чающейся раньше агониста равномерное увеличение ности (28,6%), увеличение актив ности в начале движения с последующей тенденцией к сни жению (71,4%), что свидетель ствует об изменении типа их контрактильности (изменение концентрического типа контрак тильности агониста на изомет рический или эксцентрический, а мышцы, включающейся рань ше агониста- с изометрическо го или эксцентрического - на концентрический).

Таким образом, развитие функциональной слабости мыш цы - агониста не только сопро вождается изменением своего паттерна активации (гиповозбу-

димость, изменение типа кон трактильности), но и нарушает паттерн активации других мы шечных групп (гипервозбуди мость, концентрический тип со кращения), особенно тех, кото рые включаются в

движение раньше агониста.

анализ векторных электро миограмм у здоровых субъек тов и пациентов с различными заболеваниями позволил выя вить следующие критерии коор динационных взаимоотношений

Проведенный сравнитель ный

мышц (рис.1):

- нормальное взаимоотно шение между агонистами, синер гистами и другими группами мышц исследуемого моторного паттерна.

При данном варианте во всех случаях координацион ная электромиограмма выявля ла опережающее включение в движение и преобладающую активность мышц - агонистов и синергистов относительно дру гих мышц (рис. 5.1);

- преобладание гипоактивно сти агониста (вследствие тоно генного влияния сегментарных супрасегментарных структур) и компенсаторной гиперактив ности другой мышечной груп пы (рис. 5.2). В данном случае регистрировалась опережаю щее включение и преобладаю щая активность гиперактивной мышцы лишь относительно аго ниста, а при взаимоотношении с синергистом координационная электромиограмма оставалась нормальной - 74%;

- преобладание гиперактив ности мышечных групп (как ре акция на очаг ноцицептивной афферентации). При данном варианте диагностировалось опережающее включение и пре обладающая активность гипе рактивной мышцы как относи тельно агониста, так и синерги стов (рис. 5.3) - 26%.

Таким образом, полученные данные

позволяют подтвер дить, что в основе нарушения паттернов активации с форми рованием гиповозбудимого аго ниста и гипервозбудимости дру гих мышечных групп преобла дающе е значени е имеет гиповозбудимость агониста с последующим формированием компенсаторной гиперактивно сти других мышечных групп.

Сопоставление результатов клинико-электромиографичес кой диагностики у наблюдае мых больных позволило прий ти к следующему заключению: в 62,6 % болевые мышечные синдромы были диагностирова ны в области расположения ги перактивных укороченных мышц, включающихся в движение с опережением, что свидетельству ет об их динамической пере грузке; в 71,4% - в соседних и

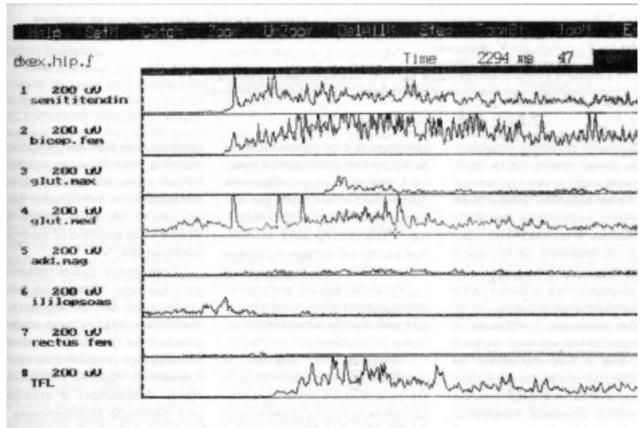


Рис. 4. Интерферренционная ЭМГ характеризующая сниженную активность агониста — большой ягодичной мышцы и опережающее включение экстензоров бедра

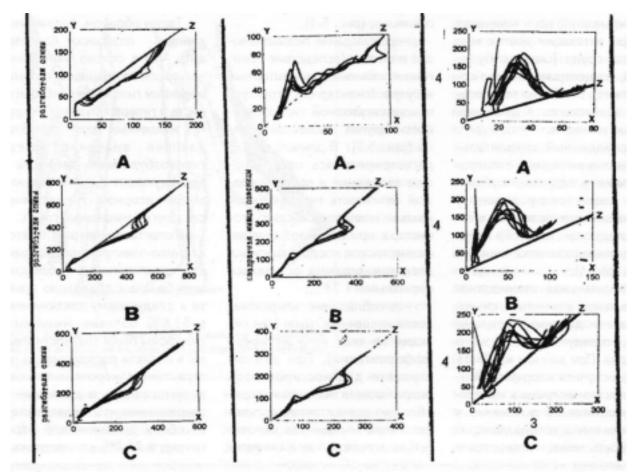


Рис. 5. Векторные электромиограммы координационных взаимоотношений между мышечными группами атипичного моторного паттерна

А) ось Х - агонист, ось У - фиксатор;

В.С) ось X - синергист, ось У - фиксатор

1.1 - в норме; 1.2 - при преобладающем значении гиповозбудимого агониста;

1.1 - в норме; 1.2 - при преобладающем значении гиповозбудимого агониста;
 1.3 - при преобладающем значении гипервозбудимости укороченного фиксатора

отдаленных регионах позвоноч ника относительно места лока лизации нарушенного движения.

Таким образом, превращение данного нарушения паттерна активации в автономный про цесс, основанный на принципе ауторегуляции и не зависящий от эфферентных влияний цент ральной нервной системы, посте пенно приводит к истощению резервных механизмов нервной системы и формированию на уровне различных компенсатор но динамически перегруженных регионов болевых мышечных синдромов.

Таким образом, разработан ные электромиографические критерии биоэлектрической ак гиповозбудимой мыш тивности цы-агониста И гипервозбудимых мышечных групп других (синер гисты, антагонисты и др.) позво ляют диагностировать атипич ный моторный паттерн и степень выраженности его атипичности. Установленные векторно электромиографические крите рии атипичного моторного пат терна

позволяют:

- а) определить значимость гиповозбудимого агониста и компенсаторное развитие гипе рактивности других групп мышц;
- б) провести их экспресс диагностику;
- в) разработать дифферен цированные методы неиром торного переобучения пациен т двигательным навыкам с и пользованием визуальной би логически обратной связи по полученным векторным электро миограммам.

Длительное существование запоздалого включения рас слабленной мышцы-агониста в выполняемое движение сопро вождаетс я декомпенсацией статически и динамически пере груженных других мышечных групп ближайших и отдален ных регионов позвоночника и конечностей, что приводит к развитию в них болевых про явлений.

Список литературы

Janda V. Differential diagnosis
 muscle tone of inhibitory

techniques. In back pain, an International Review, London: Kluwer, 1990, p.196.

- 2. Бернштейн Н.А. Очерки по физиологии движения и физиоло гической активности. Биомедгиз: М., 1966, с. 422.
- оферен 3. Васильева Л.Ф. Особеннос ти неиромоформирования миофасциально го циен таболевого синдрома при расслаб с ислении большой ягодичной мышцы. й био// Мануальная медицина 1993., с. 24-28.
 - 4. Васильева Л.Ф., Михайлов В.П. Электромиографическое обоснова ние функциональной мышечной слабости. // 1-й Международный конгресс по прикладной кинезио логии. М., 1995, с. 9-25.
 - 5.Vasilyeva L.,Lewit K. Diagnosis of muscular dysfunction by inspection. // in Rehabilitation of the spine Williams and Willkins,1995, p. 113-142.
 - 6. Vasilyeva L., Michajlov V. lectromyographic substantion of muscle weakness.// International College of Applied Kinesiology

Europe, collected papers . - London. 1995, p. 104-117.

7. Васильева Л.Ф. Способ элек тромиографической диагностики нарушений координации мышечных усилий. 1996, с. 15, AC. 96111363,

приоритет от 05. 06. 96 (соавт. Дюпин В. А.).

8. Васильева Л.Ф. Векторная электромиография тонусно-силово го дисбаланса мышц.// 2-й Меж

дународный конгресс по приклад ной кинезиологии. М., 1996, с. 16.

9. Walter D.S. Applied Kinesiology. Synopsis. Colorado: SDS, 1988

диагностика вариантов мышечного сокращения при помощи роллера

Марини н А.Н.,

Директо р медицинског о центра, г. Челябинс к

Инструментальная

Актуальность

Многопетняя дискуссия ПΩ оценке физического состояния пациента, его мышечного корсе та, состояния отдельно взятой мышцы, функциональной силы или слабости каждой из мышц привела к тому, что каждый врач, массажист, инструктор ЛФК и т.д. оценивает состояние мыш цы на основании имеющегося у него опыта пальпаторно, визу ально и делает выводы, в каком состоянии находится мышца. Врач, обладающий навыка ми прикладной кинезиологии, может объективно при помощи мышечног о тестировани я оценить дополнительно функ циональную слабость мышцы, её гипертоничность, фасилятацию и оценить целесообразность ле чебного воздействия на мышцу. Однако мышечное тестирование позволяет оцеить состояние мышцы в целом. В то время как известно. что разные участки мышцы сокращаются в разной

интенсивности, в зависимости от удаленности от нервных окон чаний, расположенных в толще мышцы.

Для решения поставленной задачи наиболее информатив ным методом сейчас является электронейромиография. Одна ко инвазивность игольчатой электромиографии не позволя ет частое ее использование при контрольном исследовании.

Цель нашего исследования -

Экспресс—диагностика сте пени сократимости мышцы при помощи оригинального миости мулятора «роллер».

Исследование проведено у 100

пациентов с функциональ ным сколиозом мышечного ге неза разной степени выражен ности. Производилась электро стимуляция различных участков

мышц электросигналом разной частоты и амплитуды. На осно вании анализа протяженности и

степени сокращения ee разных участков мышцы выделено 4 группы состояния мышцы. При их диагностике каждое состо мышцы обозначалось на диагностических картах цветом. Карта о состоянии мышечного корсета демонстри руется пациенту. На основании карты, может назначать печение любой специалист ортпед, мануальный терапевт, невропа толог, физиотерапевт, инструктор ЛФК, поскольку специалист име ет представление о состоянии каждой мышцы на его теле. Далее пациентам проводилось лечение, необходимое для вос становления мышечного сокра щения (механическое, химичес кое и др.) и вновь производи лась диагностик а реакци и мышцы на миостимуляцию.

Полученные результаты Для

мышцы 4-го типа мы шечного сокращения была ха рактерна реакция только 0-30%

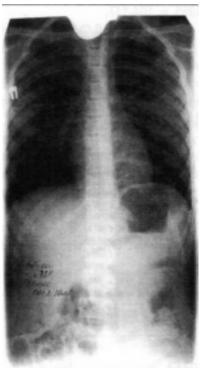


Рис. 1. Рентгенограмма пациента с функциональным сколиозом (до лечения)

мышечных волокон. Нет мышеч ного сокращения - отсутствует анатомическое движение. В от вет на миостимуляцию - ощу щений на коже нет или ярко вы раженная болезненность - при отсутствии мышечных сокраще ний. По 4-му типу сокращают ся: атрофированные, имеющие большое количество триггерных зон, участков миелогенозов, име ющие кальцинаты, а также мыш цы у пациента, находящиеся в эмоциональном стрессе. При 4-м типе нежелательны тренажёры, недифференциро ванный массаж, физические на грузки, аэробика, мануальная те рапия. Они приводят к изна шиванию суставов и связочного аппарата, хрящей, закрепляют па тологический двигательный сте реотип.

Для мышцы 3-го типа мы шечного сокращения была ха рактерн а реакци я тольк о 30—50% мышечных волокон, в ответ на стимуляцию вместо со кращения мышцы появляются жжение на коже (болезненность отсутствует), включение в выпол няемое движение. По этому типу сокращаются фасцилятирован ные мышцы и мышцы, имеющие

триггерные зоны. При 2-м типе сокращения мышца реагировала сокращени я ми не в полно м объеме (50-80%) мышечных волокон, с запозданием включалась в вы полняемое движение. Этим ти пом сокращения реагируют мышцы, имеющие триггерные зоны, участки миелогенозов и фасцилятированные мышцы, ги пертрофированные. При III и II типе: метод лечения выбирает ся на основании состояния мышц, что позволяет назначать именно показанные процедуры (физиотерапия, ЛФК, мануальная терапия и т.д.) и привести мыш цу к ее физиологической нор ме, и только после этого назна чать адекватную физическую нагрузку (тренажеры,

плавание, бег и т.д.). Для мышцы 1-го типа физи ологического мышечного сокра щения было характерно, что мышца гипотонична, но отвеча ет сокращения м в полном объеме мы шечных волокон и включается в выпол няемое движение . Они на схемах марки ровалис ь зеленым цветом. При введении мышц в первый тип сокращения, коррек тируется патологичес кое состояние при сколиозах, антальги

ческих позах, артро

зах. Восстанавливает ся мышечный баланс, симметрия опорно двигательного аппа рата, двигательный стереотип, физиологи ческие изгибы позво ночника. Восстанавли вается симметрия по звоночно—двигатель ного сегмента справа и слева.

Использовани е данного метода осо бенно эффективно у пациентов со сколи озм (рис. 1, 2), где не обходимо целенаправленно на значать дифференцированную терапию на каждую из поражен ных мышц.

Выводы

Использование предложен ного метода диагностики позво лит назначать физиотерапию, мануальную терапию, полезные для человека физические уп ражнения и виды гимнастики для формирования правильно го двигательного стереотипа, дифференцированный массаж при сколиозах, в том числе и анталгических позах, грыжах диска, дисплозиях тазобедрен ного сустава и т.д. при различ ных патологиях опорно—двига тельного аппарата.

Метод позволяет крайне индивидуально подобрать меру воздействия на все мышцы па циента и сразу, после проведен ных процедур, оценить качество лечения.

Список литературы

1. Гранит Р. Ос новы регуляции дви жений. Пер. с англ.-

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

кафедра мануальной терапии , рефлексотерапи и и неврологи и ГИДУВ, г. Новокузнецк

Влияние п.vagus на функциональные дисфункции сфинктерного

М.: Мир, 1973.
2. Робэнеску Н.
Нейромоторное пе ревоспитание. Пер. с румынск. - Бухарест, 1972.

3. Руководство по кинезотерапии. Ред. Л. Бонев и др.-София: Медицина и физкультура, 1978.
4. Тревелл Дж.Г.,

4. Тревелл Дж.Г., Симоне Д.Г. Мио фасциальные боли. -Т.1, 2. - М.: Медици на, 1989.

5. Greenman Ph.E.
(ed): Concept and
Mechanism s of
Neuromuscula r
Funktion. - Berlin:
Springe r - Verlag,
1984.

Walte r D.S.
 Applied Kinesiology.
 Synopsis.- Colorado:
 SDS, 1988.



Рис.2. Рентгенограмма пациента с функцио-

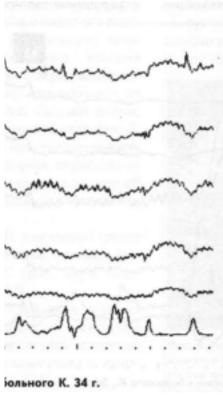
аппарата человека (нижнего пищеводного

сфинктера, илеоцекального клапана)

Актуальность

Опубликована обширная ЛИ тература по выявлению и лече нию гастроэзофагеального реф люкса (ГЭР), обусловленного дисфункцией нижнего пищевод ного сфинктера (НПС). При этом мало уделяется внимания тому, что клинически ГЭР в 18,6% случаев протекает с явлениями синдрома раздраженной тол стой кишки (1), диспепсически ми расстройствами 36,2% (4), болью в правой подвздошной области. По данным литерату ры, дисфункция НПС наиболее часто (52%) встречается при на

личии скользящей грыжи пище водного отверстия диафрагмы (ГПОД) (5). Очевидно, что дис функция фиксационного аппа рата диафрагмы, как и самой диафрагмы, влияет на формиро вание дисфункции НПС и тол стой кишки (в частности на иле оцекальный клапан (ИЦК). Две ветви вагуса, проходя через пищеводные отверстия диафрагмы, образуют многочис ленные анастомозы с передним и задним пищеводными сплете ниями. Вагус обеспечивает аф ферентную и эфферентную ин нервацию органов пищеварения



от пищевода и до нижней трети толстой кишки. Ветви вагуса об разуют многочисленные анасто мозы с паравертебральными симпатическими ганглиями, так что «многие из них являются смешанными нервами» (3). Симпатическая иннервация пищевода осуществляется ІҮ-ҮІ сегментами грудного отдела. Афферентные импульсы не пе редаются в симпатический ствол, предпочтительно проходя в спинной мозг через задний ко решок вместе с другими чув ствительными нервами.

> ИЦК - сфинктерный тип кла пана между под

> > вздошной и толстой кишкой, располагает ся на уровне перехо да слепой кишки в восходящую. Пара симпатическая ин нервация представ лена ветвями вагуса, связанных с гангли ем слепой кишки, верхним мезантери альным сплетением и ганглием и нервом илеоколикум. Сим

патическая иннерва ция обеспечивается спинальным уровнем Т^-L, в составе п. Splanchicus и верх некишечного сплете ния и ганглия.

Скользяща я ГПОД в последую-

щем вызывает нарушение соот ношения симпатической и пара симпатической нервных систем, особенно при прохождении пи щеводного отверстия. Эти из менения афферентной и эффе рентной активности могут рас пространяться по стволу вагуса выше (ГПОД часто сопровожда ется псевдокоронарной симпто матикой). Исходя из этого син дром, связующий ГПОД и ИЦК, должен быть рассмотрен как часть большого комплекса про блем, связанных с диафрагмой, вагусом, позвоночником. Таким

образом, общност ь иннервации по волокнам вагу са, возможность его раздраже ния дисфункцией пищеводного отверстия диафрагмы и послу жило поводом наших исследо ваний.

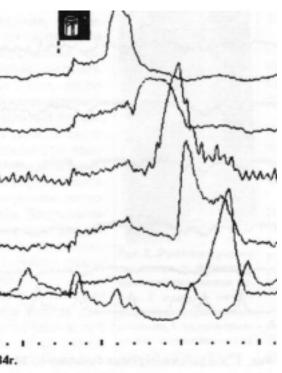
Материал и методы

Обследовано 42 пациента с диагнозом: язвенная болезнь желудка, хроническое-рецидиви рующее течение, стадии обо стрения. Недостаточность НПС 1-2 ст. Рефлюкс-эзофагит. Из них 15 (36%) с сопутствующим заболеванием — синдром раз дражённо й толсто й кишк и (СРТК); 13 (31%) страдали хр. запорами; 14 (33%) не отмеча ли наличие сопутствующих за болеваний. Основную группу со ставили 19 чел., контрольную группу - 23 чел. Отбор групп производился методом случай ной выборки (Р <0,05). Всем пациентам проводи лись стандартные и оригиналь ные методы обследования: ФГДС, компьютерная спирогра фия, мануальное мышечное те

стирование (ММТ) с использо ванием терапевтической локали зации (ТЛ) зон внутренних органов на коже пациентов. Кроме этого 12 пациентам ос новной и контрольной групп проводилась эзофагометрия до и после лечения для определе ния моторики н/з пищевода на базе гастроэнтерологического отделения ГУ ДКБ, Новоси бирск.

Гипотеза

Гипотеза состоит в том, что ГПОД в последующем вызыва ет нарушение соотношения сим



патической и парасимпатичес кой нервных систем, особенно при прохождении пищеводного отверстия. В создавшейся про блеме наблюдается четкая тен денция к развитию порочного круга.

Это часто прослеживается у пациентов, имеющих нарушения дыхания, использующих только грудной тип дыхания без учас тия диафрагмы (пародоксаль ное дыхание) (7), ограничивая ее активность. Это приводит к то раколюмбальной фиксации за счет сдавлен ия ножек диафраг мы.

Диафрагма, как и другие мышцы, не получающие нагруз ки, становится гипотоничной, при водя к слабости мышц пищевод ного отверстия. Это часто про слеживаетс я как результат эмоциональных стрессов.

активности приводит к уси лени ю - в 100 % случаев (рис. 1). На ФГДС выработк и соляно й кислоты выявлена не достаточность НПС 1-2 желудком, изменению обмена ст. с явлениями эзофагита в 100% белков и кислотно-ще лочного случаев (рис. 3).

равновесия (КЩР). Это может

ливая процес сы гниения и привод я к аутоинтокси кации, распро страняющейся и конечно же. ИЦК.

> Изменения в ИЦК приво дят к наруше ниям тонус а подлежаще й правой пояс нично-под вздошно й мышци, нару шая преиму-



Рис. 3. Функциональная недостаточность нижнего пищеводного сфинктера

щественно крово- и лимфоток в этой зоне, вызывая дисбаланс в меридиане почек (9). Извест на повторяемость ассоциации реактивности правой пояснично подвздошной мышцы и диаф рагмы (7).

Результаты

При ММТ выявлено наличие положительной ТЛ над зонами желудка и ИЦК в 100% случа ев в обеих группах. Снижение моторики н/з пишевода на эзо фагоманограммах у б обследо Усиление парасимпатичес кой ванных пациентов основной групп ы

При исследовании привести к усилению секреции пьютерном спирографе выяв лено гастрина и энтерогас трона, в конеч _{снижение} ЖЕЛ на 20-35% у 85 % ном счете уси всех пациентов. При пальпации ШОП выявлено на личие ФБ в ПДС С0-1, С3-4. Оценка и тестирование ИЦК нарушений проводится по стан дартной методике, принятой в прикладной кинезиологии. До лечения помимо на все органы, призна ков грыжи пищеводного отвер

стия диафрагмы выявлены вы

раженные нарушения моторики пищевода, практически отсут ствуют перистальтические со кращения после глотков. На основании исследований. подтверждающих диагноз: кон трольной группе проводилось классическое терапевтическое лечение, основной группе про водились воздействия на ди афрагму путем глубокой паль пации, дыхательная гимнастика с нагрузкой (8), воздействие на стресс-точки начало янь кана лов на лице, висцеральная ма нуальная терапия (ВМТ), направ ленная на снятие висцероспаз ма кардиальног о отдел а желудка, восстановление мото рики НПС (6), но не проводи лись

После третьего сеанса (ше стой день лечения) проводились контрольные исследования в обеих группах, в том числе эзо фагоманограмма.

воздействия на толстый ки шечник и

ИЦК.

В основно й группе при эзофагоманограмме в 89 % вы явлено восстановление мотори ки пищевода (рис. 2), в конт рольной — 9% случаев.

Нижний пищеводный сфин ктер регистрирует нижняя кри давление и тонус его соот ветствуют нормальному тече нию . Остальны е кривы е соответствуют перистальтичес ким волнам, возникающим во время глотка. Подъем волны, продолжительность сокращений, скорость и последовательность распространения перистальти ческих волн свидетельствует об эффективной перистальтике

пищевода.

На ФГДС в основной группе в 93 % выявлено полное зак рытие НПС (рис. 4), в конт рольной - 5%.

десятый день лечения клиник а ЯБ Ж в основно й группе купировалась полностью y 96 % пациентов, в конт рольной — у 67%

При компьютерной рафии в основной группе выяв лено увеличение ЖЕЛ у 93 % пациентов на 23%.

При мануальном, мышечном тестировании в основной груп пе в 100% ТЛ над зоной ИЦК стала отрицательной (клиничес кие проявления дисфункции толстого кишечника на момент исследований прошли полнос тью), в контрольной группе по ложительная ТЛ наблюдалась в 98 % случаев.

Таким образом, дисфункция диафрагмы и скользящая гры жа пищеводного отверстия ди афрагмы (ГПОД) значительно влияют на всю систему пищева рения, вызывая его дисфункцию.

На основании клинических эк спериментов, проведенных автором, доказано, что при наличии ГПОД и дисфункции илеоцекального кла пана часто бывает достаточно кор

рекции ГПОД, восстанавливающей функцию блуждающего нерва, ко торая, в свою очередь приводит, к нормализации функции ИЦК.

Список литературы

1. Анищенко В.В. Эндовиде 1993, С. 416-419. охирургическое лечение гастро Новосибирск, 2000 г. Дисс. Неотложная

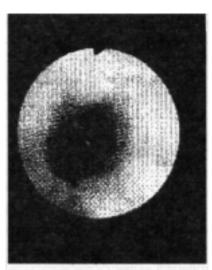


Рис. 4. Полное смыкание створок нижнего пищеводного сфинктера (после третьего сеанса висцеральной мануальной терапии)

На соискание к.м.н.

2. Байтингер В.Ф. Нижний пищеводный (кардиальный) сфинктер, его строение и функ ция в норме и при функциональ ной непроходимости кардии/ /

Сфинктеры пищеварительного тракта . Томск : Сибирски й медицинский университет, 1994, С.

- 3. Борзяк Э.И. и соавт. Ана томия человека — М. <Медици на>,
- 4. Крылов А.А., Земляной А.Г., эзофагальног о рефлюкса. Михайлович В.А., Иванов А.И. гастроэнтерология: руководство для врачей. СПб., 1997.
 - 5. Кубышкин В.А., Корняк Б.С. Гастроэзофагальная рефлюкс ная болезнь/ / М. < Спрос>, 1999, С. 189.
 - 6. Михайлов А.М. Висце ральная мануальная терапия (клиника, диагностика, лечение). Новокузнецк, 1998, 109с.
 - 7. Goodheart, Applied Kinesiology, 1974, Workshop Procedur e Manual. Detroit, privately published, 1978.
 - 8.Travel I G., Simon s Myofascial Pain and Dysfunction. The Trigge r Poin t Manual. Volumel. Upper Half of Body. Second Edition. David G. Simons, M.D. Janet G. Travell, M.D. Lois S. Simons, P.T. 1999, p. 171-174, 242-243.
 - 9. Walter H. Schmitt, Jr.; D.C., DIBAK, DABCN; "The Liver, Adrenals Joints and Sulfate" The American Chiropractor — March/ April 1995.

ПРИМЕНЕНИЯ **КРАНИОСАКРАЛЬНО** Й ТЕРАПИИ ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ СИНДРОМАХ ПОЯСНИЧНЫХ

КОРЕШКОВ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Чечен и н А. Г., Чеченина И.П.

Институ т усовершенствовани я воачей, г. Новокузнецк

Эффективность консерва тивного лечения компрессион ных корешковых синдромов зачастую характеризуется как низкими темпами субъективно го и ортопедо-неврологическо го улучшения, так и высоким риском отсутствия положитель ной динамики или развития вы раженных остаточных явлений. Оперативное лечение не дает 100% положительного резуль тата.

Одной ИЗ главных причин возникновения клинического симптомокомплекса компрессии корешка является дискодураль

ный конфликт, поддерживаемый асептическим воспалительным процессом и вызывающий огра ничение подвижности костно связочно-мышечных элементов позвоночного двигательного сегмента, а также дурального мешка. Как следствие, происхо дит усиление отека тканей и со

ответственно компрессии сосу дисто-нервного пучка. Мануаль ная терапия, адресованна я нарушениям биомеханики, обла дает огромным арсеналом тех ник воздействия. Наиболее патогенетически обоснованным представляется расслабление и восстановление подвижности твердой мозговой оболочки (ТМО) в зоне конфликта. Для этого используются различные дуральные техники краниосак ральной терапии (V. Frymann,

J.P. Barral et al.).

изучение эффективности приме подтверждаемого нения дуральных техник ману альной характерной, терапии при устойчивых κ интенсивной, боли и не дующие методы исследования: бождения пациент отмечал как мануального тестирования и сеанса в большинстве статистический. Обследовано 17 человек (8 мужчин и 9 женщин) в возрасте от 33 до 68 лет с временем от начала заболева ния от 3 дней до 11 месяцев и 3-4 степенью выраженности клинических было проявлений. Диаг-

н оз компресси и корешко в Ц или S, основывался на ха рактерных молестиоанамнести ческих, клинических и инстру ментальных данных. У всех па циенто в были выявлен ы рентгенологические признаки грыжи межпозвонкового диска. Большинство (13 человек) име ло МРТ-подтверждение наличия грыжи диска (четверым МРТ не была сделана). Критерием от бора являлось отсутствие зна чимого эффекта от стандартно го консервативного лечения (диуретики, нестероидные про тивовоспалительные, витамины, сосудистые, лечебно-медикамен тозные блокады, массаж, вытя жение, физиолечение). Всем больным была предложена опе рация по удалению грыжи меж позвонкового диска. Пациенты находились на стационарном

лечении или на открытом боль ничном листе.

Использован модифициро

дилась на фоне продолжающе гося

терапия

лече

прово

ния.

ванный

Мануальная

медикаментозного

нами дуральны й

мануальны й подхо д по J.P. Barral. Релаксирующее уравновешивающее воздействие на ТМО осуществлялось двуруч ным вертикальным лобно-заты лочным захватом через лобную, теменные И затылочную кости. Производилось натяжение ТМО до Целью исследования стало уровня дискодурального конфликта, усилением не очень консервативному лечению врологической симптоматики компрессионных корешковых компрессии нервного корешка. синдромах. Использованы сле Наступление феномена высво клинический неврологический, ослабление боли и появление в том вертеброневрологический, рен же месте ощущения разли того тгенологический, МРТ, метод тепла. После первого по добного случаев отмечалось кратковре менное усиление клинической симптоматики, что требовало по вторения мануального воздей ствия на следующий день. Обо стрение более характер но длительно протекающих состояний. На курс лечения при шлось от 3-х до 10-ти сеансов. Между сеансами были переры вы до 2 недель. Окончание про ведения мануальной терапии за висело от появления значитель ного клинического улучшения, позволяющего пациенту вер нуться к привычной деятельно сти. Длительность курса лече ния достигала трех месяцев. В случаях с более легкими комп рессионными синдромами было достаточн о одног о сеанса. Контрольного нейровизуализа ционного исследования не про водилось. 94,1 % пациентов отметили

значительное клиническое улуч шение. Из них в 87,5% случаев повысилась сила паретичных мышц. В 81,3% восстановился ахиллов рефлекс. В 62,5% про изошло исчезновение чувстви тельных

нарушений. Субъектив ное улучшение наступало как правило после 2-3 сеанса: уменьшение интенсивности боли, увеличение объема движений, уменьшение симптомов натяже ния. Одна пациентка была про оперирована. скорее потому, что не смогла вынести длительного предшествующего лечения. Она посетила 3 сеанса. После вто рого сеанса было легкое обо стрение, а после третьего нача лась медленная положительная динамика. У других обследован ных осложнений и непрогнози руемых ухудшений не отмеча лось.

Таким образом, использова ние дуральных техник мануаль

ной терапии позволяет суще ственно повысить эффектив ность лечебно-реабилитацион ных мероприятий при компрес сионны х корешковы х синдромах, уберечь пациента от операции, не подвергать его рис ку

возникновения побочных эф фектов от применения медика ментозных методов лечения и более жестких техник мануаль ной терапии.

Список литературы

- 1. Барраль Ж.-П. Висцераль ные манипуляции II / Пер. с англ. — Иваново: Изд-во МИК, 2001. - 262 с.
- 2. Барраль Ж.П., Мерсьер П. Висцеральные манипуляции / Пер. с англ. — Иваново: Изд-во МИК, 1999. - 287 c.
- 3. Гихин Э. Атлас манипу ляционных техник для мозгово го черепа и лица / Перевод с английского — Новокузнецк, 1995. -243 c.
- 4. Живодеров Н. Н., Завали шин Н.Н., Ненюков А.К. Меха нические свойства твердой моз гово й оболочк и головног о мозга человека / / Судебно-ме дицинская экспертиза. — 1983. № 1 . — C. 36-37.
- 5. Мэгоун Г. И. Краниальная остеопатия / Перевод с англий ского Белово: ИПАО «Бело вский полиграфист». — 1992. — 116с.

6. Фрайман В. Анатомичес кие основы остеопатии / Пере вод с английского — Сан-Дие го: Детский центр остеопатии, 1997. - 66 c.

7. Walthe r D. Applie d kinesiology. Vol II. Head, Neck, and Jaw Pain and

Dysfunction — The System. — Pueblo:

Stomatognatic Systems DC,

1983. - 539 p.

А.В. Стефаниди,

На основе визуальной и ма

нуальной диагностики 2000 че

ловек разработана модель био

механики и патобиомеханики

плечевого пояса. Рассматрива

ются наиболее перспективные в

практическом отношении мето ды

и способы диагностики и ле чения

боли в области плечевого пояса.

заставляет пациента об ращаться к

множеству специа листов: терапевту,

травматологу, ревматологу, но чаще

всего к не вропатологу. К несчастью

для пациента, мышечная болезнен

ность рассматривается в отры ве от

конечностей, что непозво лительно,

Общепринятое противовос

нарушения биомеханики плече вого

причиной боли, остаются, что может

учитывая активную роль мышц в

биомеханики позвоночни ка и

реализации дви жения.

палительное лечение может

уменьшить боль, в то время как

пояса, являющиеся основ ной

привести и часто приво дит не

ощущений, но и к уси лению

дисфункции.

только к возобновлению болевых

Боль в области плечевого пояса

Н.В. Балабанова.

А.В. МОСКВИТИН БОЛЬ В ОБЛАСТИ

Иркутский государственны й

Резюме

медицински й университе т ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА

патобиомеханики плечево го пояса.

Также проанализированы результаты диагностики и лече ния болевого синдрома в обла сти плечевого пояса 300 боль ных с применением методов прикладной кинезиологии.

В статье использованы ори гинальные иллюстрации, разра ботанные авторами совместно с фотохудожником М.В. Сауко, а также иллюстрации И.А. Литви нова из монографии «Мануаль ная диагностика и терапия» (клиническая биомеханика и па тобиомеханика) Л.Ф. Василье вой, 1999 г., и монографии «Ми офасциальные боли», Дж.Г. Тре велл, Д.Г. Симоне, 1989 г.

НОРМАЛЬНАЯ БИОМЕХАНИКА ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА

АБДУКЦИ Я ПЛЕЧА

(отведение в сторону)

Отведение 0 — 30°



ся преиму щественно за счет на достно й мышцы, помогае т дельто видна я мышца (все порции).

Совершает

Отведение 30-90

лопатка не должн а двигаться.

растяжение которых Мышцы. препятствует отведению плеча до 90°:

> большая круглая мышца, подлопаточная мышца, малая круглая мышца, подостная.

Отведение плеча 90-150°



Дальнейшее движени е возможн о только при движени и лопатки су ставной по верхностью вверх, так как большой бугор плече в ой кост и

при отведении до 90° упирает ся в коракоакромиальную связ ку. Необходимо движение ак ромиально-ключичном груди но-ключичном суставах.

Движени е лопатки сус тавной поверхностью вверх со вершается за счет:

- передней зубчатой мыш цы,

- трапецевидно й мышцы (верхняя и нижняя порции), подключично й мышцы (помогает движению ключицы).



Совершает ся преиму щественно за счет дельтовид н ой мышцы, помогае т надостна я мышца. В норме

Отведение плеча 150-180° Отведение возможн о только при вовлече н ии в дви жени е по звоночни ка: при

Недостаточно учитывается, что в основе миогенной боли лежит контрактильный меха низм, являющийся компенсатор ной реакцией на перегрузку некоторых мышц при наруше нии биомеханики или же комп рессионной корешковой пато логии, когда функцию ослаблен ной мышцы берут на себя ее синергисты.

К сожалению, вопросы био механики и патобиомеханики не рассматриваются при подготов ке врачей в медицинских вузах. Исследовав более 2000 че ловек, нами на основе визуаль ной и мануальной диагностики разработана модель биомехани ки и

отведении одно й руки появ ляется сме щение грудног о

отдела позвоночника в сторону отведения.

При отведении обеих рук увеличивается поясничный лор доз.

Движение лопатки возмож но только при нормальной под вижности в акромиально — ключично м и грудино-клю чично м суставах, которые обеспечивают движение до 30°.

Более 90°

Широчайша я мышца спи ны, большая грудная мышца (грудинная порция), ромбовид н ы е (ограничивают движение лопатки).

Алгорит м диагностик укорочени я наружны внутренних ротаторов плеча

1. Проводим пассивное от ведение плеча до 80°, одновре менно пальпируя нижний угол лопатки.





2. Если определяется вклю чение лопатки в отведение пле ча до 80°, следовательно имеет СЯ укорочение мышц-ротаторов плеча: большая круглая мышца, подлопаточная мышца, малая круглая мышца, подостная мыш ца.

Чтоб ы определить, какие конкретн о мышцы укороче ны, проводим пассивное отве дение

плеча с одновременной внутренней и наружной ротаци ей:

раннее включение лопатки в отведение плеча при внутренней ротации руки свидетельствует укорочении наружных рота торов (малая круглая мышца, по достная мышца); раннее вклю чение лопатки в отведение пле ча при наружной ротации руки свидетельствует об укорочении внутренних ротаторов (большая круглая мышца, подлопаточная мышца).

СГИБАНИЕ ПЛЕЧА

0°-50-60°

Мышцы-агонисты: дель товидная (передняя порция), клювоплечевая, большая груд ная (ключичная порция), бицепс.

Мышц ы **—**антагонист (препятствуют сгибанию): малая круглая, подостная, большая круглая, дельтовидная (задняя порция).

60-120°

- так как плечевая кость ка сается клювоплечевой связки, то дальнейшее движение возмож но ПАТОБИОМЕХАНИКА только при движени и ло патки суставной поверхностью

вверх и вперед за счет:

передней зубчатой мышцы, трапециевидной мышцы (вер хняя и нижняя порции).

Движение лопатки возмож но только при нормальной под вижности в акромиально ключично м и грудино-клю чично м суставах.

Движение плеча ограничи вают: широчайшая мышца спи ны, большая грудная мышца (грудинная порция), дельтовид ная (задняя порция), ромбовид ные (ограничивают движение лопатки).

120-180°

- сгибание возможно толь ко при вовлечении R движе позвоночника.

Разгибание плеча

Разгибание плеса в норме возможно до 45°.

В разгибании плеча уча ствую т следующи е мышцы: дельтовидная (задняя порция), широчайша я мышца спины , большая круглая, трехглавая (длинная головка).

Ограничиваю т разгиба н ие плеча: дельтовидная (пе редняя порция), клювоплечевая, большая грудная, бицепс.

Для того, чтобы завести рук у за спину, необходима внутренняя ротация плечевой кости. что обеспечивается сокра щением: большой круглой мыш цы, широчайшей мышцей спины. Ограничивают движение: ма лая круглая мышца, подостная мышца, надостная мышца. П ри подтягивании (хватом ладони вперед) основную рабо ту выпопняют:

- широчайшая мышца спины, большая грудная мышца (грудинная порция).
 - большая круглая мышца. Помогают:
 - клювоплечевая,
 - короткая головка бицепса, длинная головка трицепса.

Движение лопатки обеспе чивают:

- ромбовидная,
- малая грудная.

ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА

Патобиомеханические из менения (по Васильевой Л.Ф., 1999) — это функциональные нарушения взаиморасположе ния и взаимоперемещения эле ментов плечевого комплекса (лопатка, плечевая кость, ключи ца, мышцы, капсула и связки пле чевого сустава) в статике и ди намике.

Патобиомеханические из менения в статике (по Васи льевой 1999) характеризу асимметричным положени ем сустава, зависящим от места расположения расслабленных и укороченных мышц, фиксирую щих плечевой сустав.

Пример ы типичны х нару шени й статики:

слабость передней зуб чатой мышц ы в статике про является:

- «крыловидной лопаткой»,



когд а нижни й угол ло патки поднима ется от грудно й

клетк и (за счет

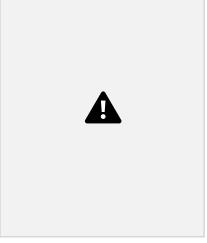
укорочени я малой грудно й мышцы);

- смещение м плеча впе

ред.



Слабост ь широчайше й мышц ы спин ы в статике про является:



- наружной ротацией плеча;
 краниальным смещением
 угла лопатки (за счет относи
 тельного преобладания тонуса
 верхней порции трапециевидной
 мышцы);
- С—образным сколиозом грудного и поясничного отделов позвоночника дугой в сторону противоположную слабости ши рочайшей мышцы спины. Слабост ь дельтовидно й мышцы в статике проявляет ся в виде:
- каудального смещения пле чевого пояса и лопатки; двугорбого плеча (при од новременной слабости надост ной мышцы).

Слабость наружны х рота торов плеча (малой круглой и подостной) в статике проявля ется в виде:

- внутренней ротации плеча. Слабость внутренних ро таторов плеча (подлопаточной

и большой круглой) в статике проявляется в виде:

- наружной ротации плеча.

Слабость большо й груд н ой мышц ы (ключичной пор

ции) в статике проявляется в виде:

- заднего смещения плеча; смещения вверх медиаль ного конца ключицы.

Патобиомеханические из менения в динамик е

Возможные варианты пато биомеханических изменений в динамике:

Функциональная слабость мышц—агонистов, что приводит к динамической перегрузке мышц — синергистов с форми рованием в них миофасциаль ных триггерных пунктов. Приме р типичны х нару шений динамик и при функ циональная слабость мышц— агонистов:

П ри слабости надостной мышц ы



миофасциальных триггерных пунктов.

Локализация триггерных то чек (показано крестикам) в пра вой надостной мышце и ее су хожилии и распределение выз ванных ими болей.

Окрашенные области — ос новные болевые зоны; точками отмечены зоны разлитой боли (Д.Тревелл, Д.Симонс,1989).

П ри выраженно й слабос



Затруднено начало отведения руки из положения релаксации у боковой поверхности тела и часто требуется боковое сгиба ние тела (в противоположную сторону).

П ри незначительной сла бости дельтовидной мышц ы Отведение плеча до 90° приве дет к перегрузке надостной мышцы и формированию в ней





лопатка будет отходить от груд ной клетки вследствие гиперре активности малой грудной мыш цы, в которой будут формиро ваться миофасциальны е триггерные пункты.



Локализация триггерных то-! чек (показано крестиками) в правой малой грудной мышце и распределение вызванных ими болей. Области, окрашенные в красный цвет большой круглой мышцы. - основные бо левые зоны; красными точками отмечены зоны разлитой

(Д.Тревел, Д.Симонс, 1989).

П р и слабост и верхне й порци и трапециевидно й мышцы отведение плеча выше 90° сгибание плеча выше 60° будет совершаться преимуще ственно за счет передней зуб чатой мышцы, что будет способ ствовать формированию в ней миофасциальных триггерных пунктов.

П ри слабости широчай ш ей мышц ы спин ы разгиба ние руки приведет к перегруз ке большой круглой мышцы и максимальное разгибание руки будет сочетаться с флексией ту ловища.

Укорочени е мышц—анта гонистов — что нарушает пат терн движения, ограничивает его объем и приводит к функцио нальной перегрузке мышц—аго нистов с формированием в них миофасциальных триггерных пунктов.

Приме р типичны х нару шений динамик и при укоро чении мышц-антагонистов:

- укорочени е подостной и(или) круглых мышц приведет к резкому ограничению отведе ния плеча и функциональной пе регрузке трапециевидной и пе редней зубчатой мышц, так как в этом случае движение плече вой кости и лопатки возможно только совместно.

- укорочение большой круг лой МЫШЦЫ приведет К резко ограничению сгибания пле ча и функциональной перегруз клювоплечевой и ключичной порции большой грудной мышц, укорочени е малой кругло й мышцы приведет к резкому ог раничению

разгибания плеча и функциональной перегрузке широчайшей мышцы спины и

Сочетание функциональ н ой _{боли} слабости мышц—агони стов и укорочения мышц-ан тагонистов

> самый частый ва риант патобиомеханических изменений. В этом случае мио фасциальные триггерные пунк ты формируются и в мышцах- агонистах и в мышцах-антаго нистах.

О ПОЛЬЗЕ ДИАФРАГМАЛЬНОГО ДЫХАНИЯ

Оптимальным для человека является преимущественно ди афрагмальное дыхание. Мы ды шим в среднем 24 ООО раза в день и диафрагма вместе с меж реберными мышцами предназ начена для этой работы.

Последствия неправиль ного дыхани я

Если по какой-либо причине движение диафрагмы ограниче но, человек дышит грудной клет кой преимущественно за счет дополнительных дыхательных мышц (в первую очередь лест ничных и малых грудных мышц), которые не предназначены для постоянной дыхательной рабо ты, что приводит к их укороче нию.

Перегрузка лестничны х мыш ц и малы х грудны х мыш ц приводит образованию В них миофасциальных триггер ных пунктов с характерными бо левыми паттернами (Дж.Г.Тре велл, Д.Г.Симонс, 1989). Кроме того, укороченны е лестнич ны е мышц ы могут сдавливать плечевое сплетение с формиро

Паттерн отраженной боли и локализация (показано крестиками) триггерной точки 4 (ТТ4) - в левых пучках и триггерной точки 5 (ТТ5) - в правых средних пучках трапециевидной мышцы. Области, закрашенные болевые 30НЫ: основные точками отмечены зоны разлитой боли (Д.Тревел, Д.Симонс, 1989).

ти дельтовидной мышцы

только за счет включения в

Функциональная

трапециевидной

пунктов.

Отведение плеча будет возмож но

движение трапециевидной мыш цы

и передней зубчатой мыш цы для

способствовать формированию

ней миофасциальных триггер ных

ротации и подъема вверх лопатки.

мышцы

перегрузка

будет

Слабость передней зуб чатой мышц ы

Отведение плеча выше 90° и сги бание плеча выше 60° будет со вершаться преимущественно за счет верхней порции трапецие видной мышцы, что приведет к ее перегрузке.

Также при сгибании плеча

ванием функциональной слабо сти мышц плечевого пояса, за исключением трапециевидной мышцы, которая иннервируется преимущественно добавочным черепно-мозговым нервом. Функциональная слабость дельтовидной мышцы, которая является агонистом отведения и сгибания плеча, приводит к на рушению биомеханики плечево го сустава. При отведении и сги бании плеча будет происходить перегрузка преимущественно трапециевидной мышцы, с фор мированием в ней миофасци альных триггерных пунктов с ха рактерными болевыми паттер нами.

Основные причины дисфункции диафрагмы: -

эмоциональный стресс; дисфункция диафрагмаль ного нерва (C3-C5);

- спайки в грудной и брюш ной полостях;
- избыточное напряжение мышц живота:
- дисфункция мест прикреп ления диафрагмы.

Основные причины нарушения биомеханики по результатам мануального мышечного тестирования 300 больных с болями в

области плечевого пояса

Компенсаторное укорочение дыхате лестничных мышц вследствие дисфункции дыхательной диаф рагмы (эмоциональный стресс) — 100% обследованных больных.

Функциональная слабость большой грудной мышцы (клю чичной порции) вследствие за болеваний желудка — 67% . Функциональная слабость дельтовидной мышцы из-за на личия триггерных пунктов — 55% .

Компрессия С5-С6 нервных корешков из-за функциональ ных блоков позвоночно-двига тельных сегментов — 29%.

функциональная слабость дельтовидной мышцы из-за дис функций мышц, интегрирован ных с ней в паттерн походки — 23%.

Функциональная слабость зубчатой передней мышны вследствие триггерных пунктов преимущественно в местах при крепления к ребрам — 20%. Функциональная слабость большой грудной мышцы (гру динной порции) вследствие дис функций печени — 17%. Связочные блоки плечевого сустава (первичные) — 15%. Компрессия С5-С6 нервных корешков грыжами (протрузи ями) межпозвонковых дисков — 9 %.

Алгоритм лечения

1. Лечение эмоционального

ЛЕЧЕНИЕ

инвазий у

ВЗРОСЛЫХ

ТРЕМАТОДНЫХ

стресса ароматерапией. 2. Релиз дыхательной диаф рагмы.

- 3. Лечение торзии твердой мозговой оболочки.
- Активация нейролимфа тических рефлексов.
- Висцеральная мануальная герапия.
- У 60 % больных после при менения пунктов 1-5 лечения во время первого сеанса выражен ность болевого синдрома по ви зуально-аналогово й шкале уменьшилась на 30 -50%.
- 6. Лечение мышечно-фасци альных структур плечевого по яса мягкими техниками.
- 7. Лечение мышечно-фасци альных структур таза мягкими техниками.
- 8. Лечение функциональных блоков позвоночно-двигатель ных сегментов.
- 9. Лечение акупунктурного дисбаланса.
- 10. Лечение связочных бло ков плечевого сустава.

Данный алгоритм лечения позволил за 3 сеанса добиться восстановления движения в пле че и уменьшения болевого син дрома в области плечевого пояса более чем на 70 % от ис ходного у 87 % больных.

Л.И. Назаренко *"* MLL AOST "VMR-Консалтинг

* МЦ АОЗТ "VMB-Консалтинг " * * МАПО, Санкт-Петербург

ДИАГНОСТИКА И

Актуальность

Трематодозы официально рассматриваются как паразитар ные инвазии, эндемичные в ре гионах Сибири, Дальнего Восто ка и Центральной Азии. Для Се веро-Запада России данная группа заболеваний формально не считается имеющей суще ственное клинико-эпидемиоло гическое значение. В большой степени такая оценка значимо сти проблемы трематодозов связана с

невозможностью мас сового лабораторного скринин га, поскольку их диагностика основана, главным образом, на микроскопии осадка желчи (в случае фасциолеза, описторхо за, клонорхоза) или мокроты (в случае парагонимоза). С помо щью метода мануального мы шечного тестирования за год трематодозы были диагностиро ваны у 16,9% больных гастро энтерологического профиля.

Предварительные исследо вания методами прикладной ки незиологии показали, что трема тодозы, протекающие с пораже нием печени, характеризуются ингибированием ферментов ка таболизма различных нейро трансмиттеров. В результате копления в клетках нейромеди аторов в избыточных концент рациях организме развивают заболевани я (аллергия, мигрень, неврозы, дерматит, ге патит, гастродуоденит, дискине зия желчевыводящих путей и кишечника и др.), клиническая картина которых выступает на первый план и маскирует сам трематодоз.

Дополнительную, и весьма серьезную, проблему заключа ет в себе то, что фармацевти ческие препараты, традиционно считающиеся противотрематод ными (хлоксил, нафтамон, билт рицид) обладают рядом побоч ных эффектов и во многих слу чаях не только не устраняют мышечную слабость, вызванную нозодом Trematodes либо тера певтической локализацией на области печени, но и сами вы зывают слабость всех тестиру емых мышц. В этой связи со вершенно оправданным пред ставляетс я поис к новы х патогенетически обоснованных направлений лечения тремато дозов.

вация энзиматического образо вания перок синитрита. Избыток или недо пероксинитрита — актив ной формы статок ксантиноксидоредуктазы в азота, обладающей специфической тарной направленностью. Веду щим генератором пероксинит тканях является фермент ксантиноксидоредуктаз а (Zhang Z. и соавт., 1997; Godber В.L. и соавт. 2000), катализиру ющая гидроксилирование ги поксантина до ксантина и пос леднего — до мочевой кисло т ы . Активаци я данног о фермента может осуществлять ся либо аллостерически (суб стратом), либо за счет стимуля ции его синтеза de почо (кофак торами).

Целью данной работы яви лось исследование эффективно препаратов, активирующих ксантиноксидоредуктазу, в лече нии трематодозов. Был обсле дован 61 больной (30 мужчин в возрасте 13-6 5 лет, 31 женщи на в возрасте 16-6 0 лет). У всех пациентов наблюдалась мышечная слабость при тера певтической

локализации на области печени, а также при провокации гомеопатическим нозодом Trematodes (производ ства

Metabolics Ltd., Англия). Названная провокация устраня ла слабость, вызванную терапев тической локализацией на об ласти печени. Пациенты были тестированы с нозодом Xanthine oxidoreductase (гомеопатической копией ксантиноксидоредукта зы из человеческого молока, выделенной и очищенной И.Г. Бондаренко (2000) по методу B.L.Godber и соавт. (2000). У всех больных данный нозод устранял слабость, вызванную как терапевтической локализа цией на область печени, так и нозодом Trematodes. Одним из таких направлений Подобным эффектом обладали служить системная акти нозоды, имитировавшие действие организме тестировался так же по противопарази методу Т.Н. Чернышовой (персональное сообщение), раз рита в работанного для качественного выявления избытка или недо статка веществ). У всех пациен тов наблюдался недостаток фермента.

> В качестве потенциальных активаторов ксантиноксидоре дуктазы были исследованы: а) витамин В2 как предшественник его кофермента; б) ионизиро ванный молибден (производства Metabolics Ltd., Англия); в) иони зированная медь (производства Metabolics Ltd., Англия); г) иони зированное железо (производ ства Metabolics Ltd., Англия); д) инози н (производств а Metabolics Ltd., Англия) как предшественник субстрата ксан тиноксидоредуктазы — гипок сантина.

Установлено, что витамин В2 и молибден устраняли мышеч слабость, вызванную тера певтической локализацией провокацией области печени И

гомеопатически нозодо Trematodes у всех обследуемых. Инозин был эффективе н у 73,8%, железо - у 77,1%, медь — у 54,1%. Курс лечения составлял от трех до четырех недель, после чего клиническая симптоматика поражения пече ни исчезала либо значительно vменьшалась (B зависимости от сопутствующе патологии). Повторное тестирование через 1, 2 и 3 месяца не выявляло при знаков инвазии трематодами.

Таким образом, направлен ная активация ксантиноксидоре дуктазы, приводящая к более интенсивному образованию роксинитрита в тканях, позволя ет эффективно лечить трематод ную инвазию и может служить альтернативой или дополнени ем к применению традиционных противопаразитарных препара тов.

Список литературы

- 1. Zhang Z., Naughton D.P., Blake D.R., Benjamin R., Stevens C.R., Winyard P.G., Symons C.R., Harrison R Human xanthine oxidoreductase converts nitrite into nitric oxide./ / Biochem. Soc. Trans.: 1997. - Vol. 25. - P. 524S.
- 2. Godber B.L., Doel J.J., Sapkota Blake D.R., Stevens C.R., Eisenthal R., Harrison R. Reduction of nitrite to nitric oxide catalysed xanthine oxidoreductase./ / J. Biol. Chem.: 2000. - Vol. 275, N 11. - P. 7757-7763.

E-mail:

lgor.Bondarenko@online.ru, pilavsky@vmb-service.ru, nazarenko@peterlink.ru

ОСОБЕННОСТИ **ЭМОЦИОНАЛЬНОГ** ДИСБАЛАНСА У ПАЦИЕНТОВ С **ДИСФУНКЦИЕЙ**

ТАЗОВОЙ

ДИАФРАГМЫ

Актуальность

В последнее время увеличи лось количество пациентов с эмоциональным дисбалансом в виде неадекватной реакции па циента на внешние и внутрен ние воздействия, или преобла дание конкретной эмоции, неза висимо от варианта раздража ющего фактора . Например, страх, гнев, или депрессия, кото рые

страх, гнев, или депрессия, кото рые сопровождают человека во всех жизненных ситуациях. В связи с этим пациенты обраща ются за помощью к психотера певту. Однако в ряде случаев это бывает недостаточным. Как известно, в прикладной кинези-



ологии постулируется закон 0 взаимосвязи структурных, ческих И эмоциональных нару шений. Именно с этих позиций нам представлялось возможным проанализировать причину эффективности коррекции дан ных нарушений.

Цель работы:

Изучить влияние структур ных нарушений на выражен ность эмоциональной неустой чивости у пациентов со спазмом тазовой диафрагмы.

Исследование проводилось у 17 пациентов трудоспособного возраста (13 женщин и 4 муж чин с диагнозом депрессивный синдром, навязчивые фобии). Ди агноз подтвержден психотерапев том, у

которого данные пациен ты безуспешно проводили лече ние. Кроме того , пациенты предъявляли массу соматичес ких жалоб на локализацию боли в разных участках тела, провоци рующуюся статикой

Методы исследования:

Визуальная диагностика, фо тометрия (фотографирование пациента до и после лечения), мануальное мышечное тестиро вание, висцеральная диагности ка, диагностика эмоционально го дисбаланса методами при кладной кинезиологии.

При осмотре пациентов вы явлено в 100% случаев (рис.1) остановленное падение вперед и в сторону, преимущественно тазовым отделом, расслабление больших ягодичных мышц и гру шевидной мышцы со стороны остановленного падения тела пациента и расслабление эк стензоров бедра и мышц, напря гающих широкую фасцию бед ра, асимметричное положение тазовых костей. сопровождае мое тонусно-силовым дисбалан сом квадратных мышц поясни цы, деформация физиологичес к их изгибо в в виде однонаправленой дуги, макси мально выраженной на уровне грудобрюшной диафрагмы, то нусно-силовой дисбаланс боль ших грудных мышц.

При висцеральной диагнос тике выявлена приоритетность поражения мышц тазовой диаф рагмы (глубокой поперечной мышцы промежности, поверхно стно-поперечной мышцы про межности), дисторзия таза свя зочного генеза, укорочение сакро-туберальной, сакро-спи нальной связок преимуществен но с одной стороны, ограниче н ие подвижност и матки, придатков у женщин (предста тельной железы у мужчин), дис функция илеоцекального клапа на, спазм грудобрюшной диаф рагмы.

При мануальном мышечном тестировании выявлена сла бость пояснично-подвздошных мышц и грущевидных мышц с двух сторон, экстензоров бедра, больших

ягодичных мышц. Ус транение функциональной сла бости мышц и уменьшение вы раженност и спазм а грудо брюшной диафрагмы возникало при терапевтической локализа ции и механической провокации

мышц тазового дна.

Одновременно у всех паци ентов были выявлены эмоцио нальные нарушения. При этом в 100% случаев положительная терапевтическая локализация на эмоциональных точках устраня лась при механическом растя жении мышц тазовой диафраг мы.

Всем пациентам проведено растяжение мышц тазового дна использованием техники МИО расслабления, фасциального до устранения напряжения и болез ненности мышц. У 5 пациентов после данной процедуры возни кала торзия твердой мозговой оболочки на уровне тазовой ди афрагмы, которая устранялась позиционным положением паци ента на блоках.

После однократного лече ния полностью устранялась нео птимальность статики (рис. 2), восстанавливался тонусно-сило вой баланс мышц таза и по ясничного отдела позвоночни ка. Самопроизвольно устанял ся спазм диафрагмы, что сопровождалось восстановлени ем баланса в эмоциональной сфере.

После 3-х сеансов мануаль ной терапии 80 % пациентов



прекратили посещение психо отерапевта. У двух женщин эмо циональный дисбаланс стал менее выраженным, однако со хранялся, так как поддерживал ся патологической активностью примитивных рефлексов (реф лекс паралича при страхе и реф лекс Моро). Это требовало дальнейшего лечения с исполь зованием методов прикладной кинезиологии.

Заключение

У пациентов со спазмом та зовой диафрагмы эмоциональ ный дисбаланс — клиническая манифестация компенсаторных изменений со стороны грудо брюшной диафрагмы. В связи

с этим в комплекс лечения та к их пациентов необходим о включать методы прикладной кинезиологии.

Список литературы

- 1. Гранит Р. Основы регуля ции движений. Пер. с англ. — М.: Мир, 1973.
- 2. Робэнеску Н. Нейромо торное перевоспитание. Пер. с румынск. — Бухарест, 1972.
- 3. Руководство по кинезоте рапии. Ред. Л. Бонев и др. - Со фия: Медицина и физкультура, 1978.
- 4. Тревелл Дж.Г., Симоне Д.Г. Миофасциальные боли. - Т.1,2. - М.: Медицина, 1989
- 5. Shafer J., Smith Ch. Applied Kinesiology Seminars Europe. Introduction to the Stomatognatic System. — Novokuznetsk, 1991. 6.

Shafer J., Smith Ch. Applied Kinesiology Seminars Europe.- Module 2.- Sochi, 1993.

- 7. Shafe r J . Applie d Kinesiology. -Module 1,3,7.- 1994. 8. Shafe r J. Applie d Kinesiology.- Module 1,3,7.-1994
- 9. Shafer J. Прикладная ки незиология. Диагностика и кор рекция дисфункций структурной составляющей.- Пер. с англ.- Дания, 1995.
- 10. Sutherland W.G. The Cranial Baul. - Цит. no D.S. Walter (20).
- 1 1 . Walte r D.S. Applie d Kinesiology. - V.2.- Colorado: SDS, 1983.
- 12. Walte r D.S. Applie d Kinesiology. Synopsis.-Colorado: SDS, 1988.

ПУТИ АКУПУНКТУР Ы

Sheldon S. Deal Teache r ICAK, USA

КОРОТКИЕ

ТЕЗИСЫ

Данная статья предлагает различные техники, которые можно использовать для уско рения процесса проверки, нуж дается ли пациент в акупункту ре для устранения имеющихся у него проблем. Когда выясня ется, что пациенту требуется аку пунктура, тогда предлагается большое количество техник для ускорения этого процесса.

ВВЕДЕНИЕ

Ранее, когда я проводил за нятия по Прикладной Кинезио логии, я узнал, что врачи, для ко торых принципы ПК были но выми, обескуражены тем, что существует большой объём ма териала, подлежащий изучению, и что используется так много различных техник, которые по могают устранить имеющуюся у пациента проблему. Введённые мною короткие пути получили

одобрение, и по сей день слу жат как врачам, так и мне само му. Хотя СЯ, собой разумеет короткие пути лучше оце ниваются и лучше понимаются,

когда врач сначала изучил стан дартный метод.

Акупунктура представляет собой отличный пример той об ласти, в которой используется такое большое количество раз личных техник и применяется такое большое количество раз личных законов, что короткие пути являются наиболее желан ными. Я должен прояснить, что представленные здесь техники не являются единственным спо собом устранения нарушений, имеющихся у пациента. Эти тех ники не рассчитаны на то, что бы дискредитировать любой другой метод и аннулировать другую технику. Автор полнос тью понимает, что для решения задачи существует более одно

заключается том, представить ещё один составной картинки, а захочет ли меридиан, которые вместе читатель включить его в свой ар Действуют как энергетические сенал или нет - дело его.

ДИСКУССИЯ

пяти основных энергетичес ких систем организма.

проверили имен но этот аспект двенадца тью меридианами. прикладной ки незиологии. Система Следующий принцип — энергию

функциям в организме человека. Некоторые из них, может быть, не очень хорош о известны: например функция, которая служит в ка честве связующего звена меж ду полями высокой энергии, ок ружающими тело, и самим плот ным физическими телом. В этом случае компоненты системы аку

пунктуры действуют как преоб разователи для связывания нас с полями высокой энергии или более высокими структурами. Я бы хотел представить аку пунктуру в качестве системы двенадцати основных билате ральных меридианов или кана лов, действующих внутри чело веческого го способа. Моя единственная цель организма. В допол нение к этому , чтобы существует передний срединный элемент меридиан и задний срединный запасы для дру гих меридианов.

Первый принцип, о котором мы узнаём, состоит в том, что у каждого Система акупунктуры — одна из человека есть опреде лённое количество ("Х") энер гии в этой системе, и что эта система работает Ваш осмотр и лечение па циента не лучше всего, когда энергия были бы полными, если бы вы не равномерно рас пределяется между акупункту ры служит многим нельзя ни создать ни разрушить. Поэтому, если один меридиан

дефекти вен, у другого меридиана дол жен быть избыток. Эти два ус ловия всегда соблюдаются вме сте, в это м принцип е нет исключений.

КОРОТКИЙ ПУТЬ № 1 Когда

на одной стороне тела есть избыточный меридиан, те рапевтическая локализация на этой стороне тела проводится рукой на пупке. Теперь вам надо провести два тестирования — одно, при котором левая рука касается пупка, и другое, при котором правая рука касается пупка. Если оба теста отрица тельные, работа со всей систе мой акупунктуры окончена, по тому что если нет сверхактив будет слабой изначально, а мышца на сверхактивном мери диане всегда будет ослабевать, когда проводится терапевтичес кая локализация на точке тре воги соответствующего мериди ана. Чтобы должным образом вылечить больного, вам необхо димо определить сверхактивный меридиан и меридиан со сни женной активностью. Вам необ ходим о привлеч ь энерги ю особенно к меридиану со сни женно й активность ю с о сверхактивного меридиана, вме сто того, чтобы заниматься сверхактивным меридианом и распространять энергию, в слу чае чего только часть энергии поступает в меридиан со

сни женной активностью, и это даёт временные результаты в лучшем случае.

ТОЧКИ ТРЕВОГИ

LV-LV, LI-ST 25, ST-CV 12, SP LV 13, HT-CV 12, SI-CV 4, BL-CV-3, KI-GB 25, CX-CV 17, TH-CV 5, GB GB 24, LV-LV 14, CV-CV-24, GV GV-26.

КОРОТКИЙ ПУТЬ № 3 Еспи

врач проводит терапев тическую локализацию на точ ках пульса, проявится только ме ридиан со сниженной активно стью. Если пациент касается точек пульса, проявится только сверхактивный меридиан. Если пациент или врач слегка каса ется точек пульса, проявятся только меридианы ян, если при меняется глубокое давление, проявятся только меридианы инь.

КОРОТКИЙ ПУТЬ № 4 Как

только локализована точка пульса, чтобы изменить мышцу-индикатор, попросите па циента перевести глаза налево и направо. Та сторона, которая меняет мышцу-индикатор, явля ется той стороной, на которой расположен интересующий нас меридиан.

КОРОТКИЙ ПУТЬ № 5 Любая

н ых меридианов, то нет и меридианов со сниженной ак тивностью.

КОРОТКИЙ ПУТЬ № 2 Мышца на меридиане со

сниженной активностью всегда

Большой палец
Указательный па

акупунктурная точка, которая нуждается в лечении, подвергается терапевтической локализации пациентом изна чально. Положительная терапев тическая локализация, проводи мая одним пальцем, выявит сверхактивную акупунктурную точку, потому что она усиливает сверхактивное состояние, а от рицательная терапевтическая локализация, проводимая одним пальцем, выявит акупунктурную точку со сниженной активнос тью, потому что она усиливает состояние низкой активности. В то время как отрицательная ТЛ, проводимая одним пальцем, мас кирует сверхактивное состоя ние, положительная ТЛ, прово димая одним пальцем, маскиру ет состояние низкой активности. Чтобы

КОРОТКИЙ ПУТЬ № 6 Хотя

не пропустить эти точки, всегда

проводите ТЛ двумя пальцами.

может быть различное сочетание сверхактивных мери диано в и меридиано в со сниженной активностью (иног да вам может повезти, и будет один сверхактивный меридиан и один — со сниженной актив ностью), но правило состоит в том, что вы всегда лечите точку управления на меридиане со сниженной активностью, которая

Средний палец	(
Безымянный палец	Г
Мизинец	(



представляет сверхактивный ме ридиан.

Таким образом, вы привле каете энергию к меридиану со сниженной активностью непос редственно со сверхактивного меридиана. Технически, энергии может потребоваться пройти сквозь кольца, чтобы попасть туда через цикл Шенг или цикл Ко, но вышеописанная процеду ра не меняется. Может случить ся так, что вы приводите в рав новесие пять меридианов при помощи одной акупунктурной точки, если четыре меридиана огня были сверхактивными, а тот, который был со сниженной ак тивностью, был, например, мери дианом почки. (Смотрите диаг рамму по поводу точек управ ления).

КОРОТКИЙ ПУТЬ № 7 Если

вовлечены пять или бо лее меридианов, у пациента все гда будет латеральный затылок. Если вовлечены четыре мериди ана или менее, у пациента все

гда будет задний или передний затылок. Все эти меридианы можно привести В равновесие одновременно путём манипуля ции, если приоритетом является структура. Когда вы соединяе те этот факт с идеей о том, что каждая ассоциируемая точка связана с конкретным позвон ком, это объясняет, почему хи ропракты случайно вылечивают большее количество пациентов, чем намеренно вылечивают вра чи, не занимающиеся манипуля цией!

КОРОТКИЙ ПУТЬ № 8 При

осуществлении техники Теперь и Потом, точка тревоги Сейчас всегда будет указывать на веки. Это устраняет замеша тельство относительно того, в какой временной зоне вы в дан ное время находитесь, и есть ли переход на летнее время.

КОРОТКИЙ ПУТЬ № 9

Потягивание вокруг пупка в направлении пяти меридианов покажет, который элемент явля ется сверхактивным. (Смотрите диаграмму).

КОРОТКИЙ ПУТЬ № 10 При

лечении двух меридиа нов, которые являются спарен ными, вы можете использовать точку Луо меридиана со снижен ной активностью или

КОРОТКИЙ ПУТЬ № 11

Именно характер точки оп ределяет результат лечения ско рее, чем метод лечения точки. Например, седативные точки или тонизирующие точки.

КОРОТКИЙ ПУТЬ № 12

Меридиан, который находит ся в равновесии на 100%, не бу дет ослабевать, когда по нему пойдёт движение назад. Мери диан, который изначально не яв ляется слабым, и который не ос лабевает, когда по нему идёт движение назад, представляет собой меридиан 49%, и нужда ется в приведении в равновесие, чтобы тонко настроить акупун ктурную систему. Всегда начи найте с дистального конца ме ридиана и проводите двумя пальцами ТЛ каждой точки или точек в области повреждения. После того, как ва найдёте точ ку, тогда можете использовать положительный или отрицатель ный палец, чтобы определить, яв ляется ли точка сверхактивной или со сниженной активностью.

КОРОТКИЙ ПУТЬ № 13

Неоновый гелиевый лазер продублирует всё, что игла мо жет сделать по отношению к акупунктурной точке, дополни тельное преимущество состоит в отсутствии боли или возмож ности инфекции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Когда врач владеет этими короткими путями, акупунктурную систему можно проверить и вылечить очень быстро. Если следовать этим процедурам, кор рекция будет тщательной и дли тельной. В каждом кабинете, где я провожу лечение, на стене у меня висит акупунктурная таб лица, и таблица точек управле ния. Мне требуется только взглянуть на таблицу, чтобы знать, какую (ие) точку (и) и где необходимо лечить. Иллюзия в том, что пациент думает, что я

помню все эти точки наизусть. Поробуйте эти короткие пути, и они вам понравятся.

Список литературы

- 1. Манн Ф. Атлас акупунк турных точек и меридианов по отношению к поверхностной анатомии. Лондон, WM Heinman Medical Books, 1966.
- 2. Уолтер Д.С. Прикладная кинезиология. Том 1. Основные
- процедуры и мышечное тести рование. Pueblo, Co., Systems D.C., 1981.
- 3. Уорсли Дж. Р. Акупунк турные таблицы. South Colton, N.Y., Acupuncture, 1983.
 - 4. Дил Ш.С. Тонкое настра

ивание акупунктурной системы. Summer Collected Papers ICAK, 1987, page 111.

5. Дил Ш.С. Продвинутая кинезиология . New Lif e Publishing Co., Tucson, AZ., 1998.

ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ ДЛЯ ВЫБОРА "ЧУДЕСНОГО" МЕРИДИАНА

О.В. Кузнецова Институ т усовершенствовани я врачей, г. Новокузнецк

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

Резюме

Необычные, экстраординар ные или «чудесные» меридианы (ЧМ) - особая система связи для перераспределения различных видов энергии (питательной, ды хательной, наследственной и за щитной) в организме.

Они связаны с так называе мыми чудесными органами: эндокринными и половыми же лезами, головным и спинным мозгом, кроветворной системой. ЧМ делятся на управители, ус корители, регуляторы и храни тели энергии [1,2]. Каждому ЧМ принадлежит особая точка ключ, или кардинальный пункт, большинство из них имеют сиг нальный Мо-пункт [3,4], а для 1 и V ЧМ выделены дополнитель ные точки пульсовой диагнос тики [5]. Стратегия выбора па тологического меридиана и эф фективных активных точек - сложная задача акупунктуры, но особенно это касается ЧМ, по скольку сведения об их исполь зовании в восточной

литерату ре полны противоречий и

вят в тупик даже опытных игло терапевтов.

Для уточнения показаний к применению ЧМ проведе но использование мануального мышечного тестирования, приня того в прикладной кинезиоло гии.

Терапевтическая локализа ция проводилась пальце прикосновением или виб ротактильной стимуляцией то чек частым интенсивны м постукиванием 2-3 секунды. Кроме стандартных диагности ческих точек, исследовались аурикулярные точки (АТ) - ана логи кардинальных пунктов ЧМ, найденные биорезонансным ме тодом васкулярных автономных сигналов [6,7]. Для ТЛ этих то чек использовался стержень из нержавеющей стали. Рекомен дуемые для диагностики конк ретных ЧМ точки приводятся в таблице 1.

Обычно вначале исследова лась точка-ключ, а остальные точки - для уточнения и пере проверки в случаях сомнитель

ного результата тестирования. Интерпретация полученных данных возможна в двух вари антах:

- 1. Диагностический силь ная индикаторная мышца осла бевает при ТЛ и раздражении диагностических точек зна чит, они находятся в состоянии патологической активности.
 - 2. Лечебный слабая мыш ца усиливается при ТЛ и раз дражении этих точек значит, связанный с ними ЧМ может быть использован для лечения.

На основании анализа мно гочисленных данных литерату ры по ЧМ и собственного опы та мышечного тестирования

можно дать следующие реко мендации по применению ЧМ: I ЧМ. Точка-ключ IG 3, аури кулярный аналог - нулевая или точк а диафрагмы , котора я "включает" ушную раковину и делает ее активной [6]. С уче том голографического предста вительства тела на микропунк турной системе ушной ракови ны тот же процесс происходит

Таблица 1. Диагностические точки "чудесных " меридианов

N	"Чудесный" "Чудесный" меридиан	Точка ключ	Аналог точки ключа на ушной раковине	Сигнальная точка	Точка пульсовой диагностики
1	Передний Срединный (VG), Ду Май	IG 3	Нулевая	VG 26	Р 10 слева
II	Ускоритель ян, Ян Цзяо Май	V62	Эпифиз	VB 29	
III	Регулятор ян Ян Вэй Май	TR 5	Тимус	Неизвестная	-
IV	Опоясывающий Дай Май	GB 41	Простагланди ны Е1,2	VB 26	_

V	Передний Срединный (VC) Жень Май	P 7	Легкие	VC 24	Р10 справа
VI	Ускоритель инь, Инь Цзяо Май	R 6	Валиум (седуксен)	E 11	
VII	Регулятор инь, Инь Вэй Май	MC 6	Звездчатый узел	VC 12	
VIII	Управитель инь, Чжун Май	RP 4	Интерферон	E 10	

в целом организме при раздра жении точки IG 3 - повышается энергия ян. В соответствии с ходо м этог о ЧМ основны е показания для его использова

ния - патология позвоночника, головные боли, эмоциональные нарушения, в том числе психо логическая реверсия. ТЛ точки

IG 3 при патологии I ЧМ вы зывает слабость индикаторной мышцы или усиление ассоции рованной с этим меридианом большой круглой мышцы. До полнительные тесты - ТЛ точек VG 26 и пульсовой точки P10 (по нашим данным - слева). Ос новные точки I ЧМ: VG 1, 4, 9, 14, 17,20, 26.

П ЧМ. Ключ - V 62, аурику лярный аналог - точка эпифи за. Этот меридиан называется ускорителем ян, он связан с дви жениями, перемещением, контро лирует двигательную актив ность. В прикладной кинезио логии есть наблюдения, что изменение освещенности влия ет на фиксацию в позвоночных двигательных сегментах и сус тавах [8]. В то же время из менение освещенности явпяет СЯ раздражителем для эпифи за. Поэтому не удивительно, что ключ П ЧМ используется для лечения патологии позвоночни ка с ограничением подвижнос ти, ригидностью, спазмами. ТЛ патологической зоны вызывает слабость индикаторной мышцы, а раздражение точки V 62 усиление. Основные точки: V 62, логии и в Су Джок акупункту ре с V60, VB38, GI 15,E 1, V 1, VB 20.

Ш ЧМ. Ключ - TR 5, аурику лярный аналог - точка тимуса. Очевидно, что этот ЧМ исполь зуется при нарушениях иммуни тета, адаптации к условиям внешней среды, при метеозави симости, болях в

суставах. Ос- с мозгом. По нашим наблюдениям, у

19 боль ных с нарушениями мозгового кровообращения и у 12 боль ных с отдаленными последстви ями черепно-мозговой травмы выявлялась слабость надост ной мышцы, которая исчезала после иглоукалывания или мас сажа точек Р 7 и VC 24. У 26 из 31 больных этой группы от мечалась слабость индикатор ной мышцы также при ТЛ пуль совой точки Р 10 справа. Ос новные точки: VC 2-3, 6-7, 12,17, 23, 24.

VI **ЧМ.** Ключ - R 6, аурику лярный аналог - точка валиума (седуксена). Показания для ис пользования этого ЧМ - бессон ница, депрессия, отеки, урогени тальная патология. Известно, что в китайской медицине точка R 6 является одной из важных точек для улучшения сна и обмена веществ [4]. Основные точки: R 2, 6, 8, VC12.E12, 9, V 1. Vn ЧМ . Ключ -МС 6, аури



новные точки: V 64, VB 34, GI 14, VB21,VG15, TR 15, VB 20,13,14. IV **ЧМ.** Ключ - VB 41, аури кулярный аналог - точка про стагландинов Е 1,2. С учетом опоясывающего хода этого ме ридиана показаниями для его использования являются боли и воспаление любой локализации, но в особенности в зоне по яса.

Основные точки: F 13. VB 26-27-28. **V ЧМ.** Ключ - Р 7, аурику лярный аналог - точка легких. Этот ЧМ проходит вдоль пере дней срединной линии, показа ния для его использования - на рушения обмена кислорода, па тология дыхательных путей, а также нарушения со стороны репродуктивных органов. Кро ме того, в прикладной кинезио этим меридианом связыва ется поражени е головног о мозга. Это подтверждается до полнительным тестированием силы надостной мышцы, ассоци ированной с передним средин ным меридианом и



кулярныи аналог - точка звезд чатого узла, участвующего в ре гуляции церебрального и коро нарного кровообращения. По этом у недаро м этот ЧМ

используется при патологии сер дечно-сосудистой системы, при расстройствах венозного крово

обращения и при сексуальных нарушениях. Основные точки: R 9, VC 2-4, RP 15-16, F 13-14, R 27, VC 23

V11J ЧМ . Ключ - RP 4, аури точка интер кулярный аналог ферона. Этот управляет жизненной энергией инь, связан ной с плотными органами. По этому он используется при на рушениях пищеварения. инодх ческо воспалени и и заболеваниях мышечной систе мы. Основные точки: VC 1-4, все точки канала R, VC 23.

У одного и того же больно го чаще всего наблюдаются симптомы, соответствующие по казаниям для использования нескольких ЧМ. Если основы ваться только на теоретических сведениях, то выбор необходи мого ЧМ проводится почти на угад. В традиционной китайской медицине этот выбор осуществ ляется на основании пульсовой диагностики, которую врачи ос ваивают многие годы. Как по казал наш опыт, освоение мы шечного тестирования занима ет гораздо меньше времени и доступно любому

Александров Э.А., Кузнецова О.В.

Кафедра мануальной терапии , рефлексотерапи и и неврологи и Новокузнецкого государственног о институт а усовершенствовани я врачей,

Областна я клиническая больница, г. Томс к

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ПАРЕЗА КИШЕЧНИКА

Резюме

У 15 больных с парезами кишечника после операций на брюшной полости в раннем пос леоперационном периоде прово дилось мануальное мышечное тестирование с целью оценки энергетического состояния кана лов тонкой и толстой кишки. Для лечения выбирались зоны, сти муляция которых вызывала ис чезновение мышечной слабости. Показана эффективность реф лексотерапии при индивидуаль ном выборе акупунктурных то чек для иглоукалывания и про гревания.

врачу.

Таким образом, использова ние метода прикладной кинези ологии и сопоставление с ре

зультатами исследования вас кулярных автономных сигналов позволяет глубже понять наи более загадочную главу акупун ктуры - диагностику и исполь зование ЧМ - и выбрать ту так тик у лечения, которую подсказывает тело больного.

Список литературы

1. Liu Bing Quan. Optimal time for Acupuncture - a collection o f
Traditiona I Chinese

Chronotherapeutics. - Shandong Science and Technology press, 1988, 116 p.

- 2 . Anatomica I Atla s o f Chinese Acupuncture points. Jinan, China, 1990, 265p.
- 3. Van Nghi Nguyen . Pathogenese und Pathoiogie der Entrgetik in der Chinosischen Medizin : Behanolung duric h Akupunktur und Massage.- Htlzen, 1974-75.- Bd.1,2
- 4. Bischko I. Akupunktur fur Fortgeschrittene. Heidelberg: Haug Verlag, 1978, 140s.
- 5. Walte r D. Applie d Kinesiology (Synopsis), Systems D.C.-Pueblo, 1988, v. 1, 572p.
- 6. Nogi e P. Treatis e of Auricultherapy. Paris , Mainsonnerve,1972, 321 p.
- 7. Bahr F. Lokalisation der chinesichen Akupunkturpuncte und Meridiane auf der Ohrmuschel.- Act a medica empirica,. Ann. 1 Symposium d'auriculomedicine, Lion, 1994, p.9
- Deal S. Advance d Kinesiology.
 New Life Publ. Com., Tucson, 1998, 247s.

У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

(ВЫБО Р АКТУАЛЬНЫ Х ТОЧЕК С ПОМОЩЬ Ю ПРИКЛАДНО Й КИНЕЗИОЛОГИИ)

Актуальность

Ведение больных в раннем послеоперационном периоде яв ляется очень важной проблемой абдоминальной хирургии. Пос ле операции на органах брюш ной полости нередко возника ет динамическая (функциональ ная) кишечная непроходимость в результате нарушения мышеч ног о тонус а кишечник а на почве функциональных или органических поражений его ин нервации. Несмотря на достиг нутые успехи в хирургии и ане стезиологии, частота послеопе рационных парезов достигает от 6,5 до 50 % [5]. Очевидно, что своевременное

разрешение па резов желудочно-кишечного тракта, снятие болевого синдро

ма позволяют раньше начать коррекцию электролитного и белкового баланса, кислотно основного состояния крови. При парезе кишечника у больных на блюдаются боли, рвота, задерж ка газов и стула, метеоризм. Иногда паретическую непрохо димость принимают за раннюю механическую кишечную непро ходимость и даже производят релапаротомию.

Для стимуляции моторики желудочно-кишечного тракта используются различные меди каментозные средства: дикалин,

димекалин - для симпатической блокады; для стимуляции пара симпатических и устранения тормозных симпатических вли яний на гладкую мускулатуру кишечника антихолинэстераз ные и адренолитические сред ства; внутривенное введение гипертонических растворов и другие мероприятия, стимулиру ющие моторику кишечника - си фонные клизмы, паранефраль ная блокада по А.В. Вишневс кому. Однако медикаментозные средства не всегда дают поло жительные результаты и не ли шены возможных побочных эф фектов, таких как аллергические реакции, снижение активности больного, привыкание.

Традиционная восточная ме дицина в этих случаях успешно использует иглотерапию [1, 2, 3, 4, 5]; в руководствах по рефлек

сотерапии приводятся готовые сочетания акупунктурных точек. сожалению, применение вос точных методик западными вра чами редко сопровождается значительны м улучшение м из-за стандартизации и утра ты индивидуального подхода к выбору точек для иглоукалыва ния.

Цель исследования дивидуализация выбора акту альных (активных) акупунктур ных точек для лечения пареза кишечника в раннем послеопе рационном периоде при опера циях на органах брюшной по лости.

Материал и методы исследования

Наблюдалось 15 больных, перенесших операции на орга нах брюшной полости (холеци стэктомия, резекция желудка, ре зекция кишечника после огне стрельных и ножевых ранений, спленэктомия, нефрэктомия) с парезом кишечника в раннем больных после примене ния медикаментозных средств сохранялись боли в животе, вздутие, отсутствие или затруд нение дефекации.

> Всем больным проведено мануальное мышечное тестиро вание, принятое в прикладной кинезиологии. Исследовалась терапевтическая локализация

сигнальных точек энергетичес ких каналов тонкой и толстой кишки, по показаниям — и дру гих каналов (желудка, желчно го пузыря, поджелудочной же лезы). При сомнительны х результатах уточнение проводи лось с помощью тестирования мышц, ассоциированных с эти ми каналами. При невозможно сти тестирования мышц из-за тяжёлого общего состояния ис пользовалось суррогатное тес тирование с участием персона ла хирургического и реанима ционног о отделений . Для определения состояния энергии в каналах использовался ли нейный массаж тканей в проек ции дистального участка кана ла: в соответствии с направле нием движения энергии в канале и в обратном направлении, пос ле 5-6 энергичных массажных движений в одном направлении проводилось мышечное тести рование.

Результаты

Выявлена слабость индика торной мышцы при терапевти ческой локализации сигнальных точек кишечника у всех боль ных. У 10 из них массаж в со ответствии с ходом канала при водил к усилению мышцы. что говорило об энергетической не достаточности, проявлявшейся парезом кишечника; клиничес ки это проявлялось тяжестью в животе, тупыми ноющими боля ми, вздутием, отсутствием позы вов на дефекацию. У 5 боль ных усиление мышцы наблюда лось при массаже. направленном против хода энергии в канале, что свидетельствовало о «пол ноте» или избыточном накопле нии патологической энергии. В этих случаях отмечались боле вые спазмы кишечника, урчание в животе, задержка газов, гипе рэстезия брюшной стенки. Описанные выше исследова ния определяли стратегию Из классических сочетаний акупунктурных точек нами вы

послеоперационном периоде. У всех рефлексотерапии в каждом слу чае. бирались либо тонизирующие точки тонкой и толстой кишки (IG-3 хоу-си, GI-11 цюй-чи), либо седативные (IG-8 сяо-хай, GI-2 эр-цзянь). Перед введением игл интенсивное постукивание по этим точкам 2 раза в секунду в течение 2-3 секунд приводи ло к исчезновению мышечной слабости. Такой же предвари тельной стимуляции подверга лись и другие точки,

традицион но использующиеся с целью ликвидации пареза кишечника, причём для рефлексотерапии выбирались только те из них, ко торые вызывали исчезновение мышечной слабости Наиболее эффективным оказалось приме нение следующих акупунктур ных точек: GJ-4 хэ-гу, E-36 цзу-сань-ли, Е-33 инь-ши, JG-4 вань-гу, J-12 чжун-вань, RP-6 сань-инь-цзяо, Е-40 фэн-лун, Е-34 лянь-цю, МС-4 си-мэнь, МС-5 цзянь-ши, МС-6 нэй-гуань. В случае энергетической недо статочности применялось про гревание точек полынной сига рой в сочетании с иглоукалы ванием.

Для всех больных рефлек сотерапия оказалась эффектив ной, причём большинству из них потребовалось 5-6 процедур для устранения клинических проявлений динамической ки шечной непроходимости, а для 5 больных достаточно было 2 процедур. После сеанса у боль ных появились перистальтичес кие шумы, наблюдалось отхож дение газов и стула, значитель но уменьшились боли в животе и метеоризм. Стойкий анальге тический эффект длился от 2 до 10 часов после проведения сеансов, при этом необходимо отметить положительное воз действие рефлексотерапии на функцию внешнего дыхания, центральную и периферическую гемодинамику, значительное улучшение состояния общего больных.

образом, Таким метод ману ального мышечного тестирова ния помогает более индивиду ально и целенаправленно выби рать актуальные (активные) акупунктурные точки для реф лексотерапии пареза кишечни ка после операций на брюшной полости.

Литература

1. Гаваа Лувсан. Лечение иг лоукалыванием послеопераци онного болевого синдрома и не которых функциональных pac стройств . Автореф . дисс . канд.мед.наук. М.,1976.-20с. 2. Жамков Г.В. Роль лазе ропунктуры в комплексной те рапии паралитичеких состояний желудочно-кишечного тракта при перитоните. \\ В кн.: Акту альные проблемы современной клинической хирургии, г. Чебок сары, 1983.-С.80-84.

3. Панков В.И., Молюшко ваТ.М. Влияние иглорефлексо терапии на моторику желудка и кишечника после операций на органах брюшной полости.\\ - Сб.научн.тр.

Рязан. мед. инсти тута, 1984, Т.83. -C. 82-84.

4. Чупятова В.С., Романовс кий Ю.Я., Невский Д.И. и др. Применение рефлексотерапии у больных, оперированных на органа х брюшно й полости. \\Boпp. восстановит, хирургии. М.,1984. -С. 48-52.

5. Ким.В.П. Рефлексотера пия в

профилактике и комплек сном лечении послеоперацион ных атоний желудочно-кишеч ного тракта. Автореф. дисс.

канд. мед. наук . г . Алма - Ата,1989. -18c.

6. Walte r D. Applie d Kinesiology (Synopsis), Systems D.C.-Pueblo, 1988, v. 1, 572 p.

СТРАНИЧКА ЧЛЕНА АССОЦИАЦИ И ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИ И

ИСТОРИЯ ПРИКЛАДНОЙ Васильева Л.Ф. РОССИИ В

История прикладной кинези ологии в России содержит мно го забавных и курьезных слу чаев, которые обычно рассказы вают. Если бы не..., то никогда.

А началось всё в далёком 1990 году со звонка доцента Саморукова А.Е. (сейчас - пре

зидента Московской ассоциации мануальной терапии). Как-то весной он позвонил профессо ру Когану О.Г. заведующему кафедрой неврологии Новокуз нецкого ГИДУВА (сейчас граж Испании) - и предложил приехать с сотрудниками на встречу с американскими хироп рактами, для выступления с докладами о новых направле ниях в мануальной терапии. тот период кафедра уже имела 10-петний опыт преподавания мануальной терапии, было защи щено 7 кандидатских диссерта



ций по данной проблеме. Ом Григорьевич Коган быс тро собрал команду, и мы - в столице. Как оказалось, все - и мы и американцы - хотели боль ше посмотреть и меньше пока зать. Мои первые потуги по визуальной диагностике я со провождала возгласами: «По смотрите, как хорошо видна асиммерия». Этого никто не ви дел, а если и видел, то не пони мал зачем ему это видеть. И вдруг произошел шок. На сце ну вспрыгнул Джозеф Шейфер и воскликнул: «Боже мой! О чем Вы тут говорите!». Возможно он выкрикивал и другие слова, но это останется тайной перевод чиков. Далее он продемонстри ровал мышечное тестирование прямой мышцы живота и изме нение силы её

сокращения от механической

провокации тон кого кишеч

ника. Никто ничего не по нял, но все равн о все оживились и стали спра шивать друг у друга: «А что, собственн о говоря, проис ходит?» - в надежде, что сосед умнее.

Соседу было

отвечать правду и он стыдно что-то невразумительно е мычал в ответ. В зале был ужастный шум. И, возможно. этим бы BCe закончилось, если бы там не было профессора Когана О.Г. Почуя волну инте реса у публики к выступлению Шейфера, он тут же пригласил его вечером в ресторан. Не по дозревая никакого подвоха, Джозеф согласился. Находясь в ресторане, каждый преследо вал свои цели. Джозеф отдохнуть в приятной компании и расслабиться, профессор Ко ган О.Г. - уговорить Джозефа посетить добровольно Сибирь. Игорь Норец пытался на ангпий

ском языке объяснить возмож ности краниосакральной тера пии, а я стремилась обогатить голову Джозефа заумными иде ями о спиралевидном механиз ме. Эта

неожиданная атака плюс пары алкоголя - и Джо зеф (как бирь, то, возможно, он приедет. он рассказывал по зднее) согласился, дать свои координаты. На том мы и рас прощались. Получилось так, что профессор Коган вскоре, летом этого же года, вынужден был переехать на жительство в Из раиль. Мы все осиротели. Сра зу и, как потом оказалось, на всегда.

Всем уже было не до Джо зефа. И, может быть, мы так бы не увидели

Джозефа в Сибири,

если бы судьба не столкнула нас с зав. кафедрой английско го языка педагогического инсти тута, обладающей феноменаль ной памятью, живым умом и желанием что-то изменить в своей жизни -Кулинич Ларисой Васильевной (сейчас живет в США, в Сиэтле). Я поделилась впечатлением о необычном че ловеке обладаюсшим потряса ющими знаниями и готовым по первому зову приехать в Си бирь. «Нет проблем», сказала Лариса, и мы начали звонить Джозефу в Данию. Ответ был удручающим. Во-первых, он не сразу вспомнил, кто такая Васи льева, а когда узнал, что Коган уехал из Сибири - сразу поте рял к разговору всякий интерес, отвечая кратко и ясно: «Когана нет, зачем я поеду, тем более добровольно, в Сибирь. Об этом даже смешно говорить». В те чение года мы звонили ему с завидной регулярностью, на 13-м звонке он смирился и со общил, что если он найдет ещё одного дурака, который

готов добровольно лететь зимой в Си «Дурак» нашелся, и был Крис

тофер Смит из Англии, и они ре шили прилететь вдвоем. По фак су Джозеф прислал письмо на 4-х листах, требуя срочного от вета, какие заболевания бушу ют в Сибири, что брать из про дуктов, нужно ли с собой тащить питьевую воду. Сейчас, огля дываясь на пережитое, удивля ешься, как хватило сил все пе ренести. И вот первый семинар по прикладной кинезиологии для 15 человек собрался в Междуреченске Кемеровской области, в глухой тайге, в шах терском санатории. Участники

этого семинара представлены на фото 2.

Об успешности этого семи нара свидетельствует то, что на следующий семинар (он прохо дил в Санкт-Петербурге) собра лось уже более 50 человек: из них 15 человек преподавателей вузов, только профессоров было 8 человек. Были представители не только России (Шмидт И.Р., Барвинченко А.Г., Тимофеева Е.И., Веселовский В.П.), но и Белорус сии (профессор Филиппов), Ук раины. География участников насчитывает более 35 городов (все участники представлены на фото 3). Проблемы встречались на каждом шагу: непонятная наука, требования наших учите лей проводить семинары каж дый раз в другом городе - и осложняли организацию не только семинаров, но и культур ной программы. Тем не менее желание постичь неизвестное было слишком сильным, так что препятствия казались не страш ны. Однако все сложности ока зались впереди.

Продолжение следует

Межрегиональная Ассоциация прикладной кинезиологии

1 часть

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

1. ОБЩИ Е ПОЛОЖЕНИ Я

- 1.1. Ассоциация «Межрегиональная Ассоциация прикладной кинезиологии», да лее именуемая «Ассоциация», является некоммерческой организацией, учрежденной юридическими лицами для содействия ее членам в достижении целей, предусмотренных настоящим Уставом.
- 1.2. Ассоциация осуществляет свою деятельность в соответствии с Конституцией Рос сийской Федерации, Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным зако ном Российской Федерации «О некоммерческих организациях» № 7-Ф3 от 12.01.96 г., настоящим Уставом.
- 1.3. Полное название Ассоциации на русском языке Ассоциация «Межрегиональная Ассоциация прикладной кинезиологии». Сокращенное название на русском языке Ассоциа ция «МАПК».
 - 1.4. Местонахождение ассоциации, почтовый адрес: 127562, г. Москва, Алтуфьевское шоссе, д. 28.
- 1.5. Ассоциация приобретает права юридического лица с момента ее государственной регистрации. Ассоциация обладает обособленным имуществом, имеет самостоятельный ба ланс, право открывать счета, в том числе валютный, в банках и их отделениях. Имеет круглую печать, штамп, бланк со своим наименованием и другие средства визуальной идентификации.
- 1.6. Ассоциация от своего имени, для достижения своих целей, имеет правозаключать договоры, а также приобретать имущественные и иные права, нести обязанности, быть истцом и ответчиком в судах.
- 1.7. Ассоциация вправе создавать на территории Российской Федерации, стран СНГ и других государств дочерние организации, филиалы и представительства, быть Учредителем (Членом) хозяйственных товариществ и обществ, в том числе предприятий с иностран ными инвестициями, вступать в ассоциации и союзы.
- 1.8. В Ассоциации могут создаваться структурные подразделения по важнейшим на правлениям деятельности.
- 1.9. Филиалы и представительства не являются юридическими лицами. Они наделяются имуществом за счет Ассоциации, имеют собственные балансы, входящие в консолидированный баланс.
- 1.9.1. Филиалы и представительства действуют на основании утверждаемого Общим собранием Ассоциации Положения о филиале или представительстве, законодатель ства РФ и страны места нахождения филиала или представительства.
- 1.10. Вмешательство в деятельность Ассоциации государственных, общественных или иных органов, кроме специально на то уполномоченных законодательством органов, не допускается.
- 1.11. Ассоциация несет ответственность по своим обязательствам всем своим имуще ством. Имущество, переданное Ассоциации ее Членами, является собственностью Ассоциации. Члены Ассоциации не сохраняют прав на имущество, переданное ими в собственность Ассоциации.
- 1.12. Члены не отвечают по обязательствам Ассоциации, а Ассоциация не отвечает по обязательствам Членов Ассоциации.
- 1.13. Члены Ассоциации несут субсидиарную ответственность по ее обязательствам в размере и порядке, предусмотренным учредительным договором.

СТРАНИЧКА ВРАЧА КУРСАНТА

РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ФАКУЛЬТЕТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ КАФЕДРА НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ С КУРСОМ НЕВРОЛОГИИ И ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

Адрес: 117869, Москва, ул. Островитянова, 1

Тел./факс: 370-00-11, 952-49-41.

Кафедра ней неврологии рохирургии (зав. кафедрой заслуженный врач РФ, академик РАЕН и Американской акаде мии неврологии, главный невро лог г. Москва. руководитель цен тра нейрореабилитации И эпи

А.И. Федин) с курсом невро логии и традиционной медици ны (зав. курсом проф. Васи льев а Л.Ф.) факультет а усовершенствования врачей Российского Государственного медицинского университета проводит для врачей на хозрас

чётной основе очно-заочный циклы

лептологиии МЗ РФ, профессор

общего и тематического усовершенствования на 2002—2003 гг.

1. Мануальная терапия с основам и прикладно й кине зиологии в детской практи ке с 26 .08 по 20.09 (очная часть с 2.09) - 1,0 мес. Сто имость 300 у.е.

1-я неделя: 17 врожденных

(примитивных) рефлексов. Роль гиперактивности гипои дисфункции нервной системы. Визуальные критерии наруше ния статики и динамики, лока лизации патогенетических и са ногенетических укороченных и расслабленных мышц. Поиск причин, их вызвавших, невроло гический, патобиомеханический и клинический диагнозы. 2-я неделя. Диагностика и терапия вертебральных, висце

ральных, химических И эмоци ональных дисфункции, влияю щих на соматоневрологичес кое развитие ребенка. Функци ональны сколиозы.

Мануальная терапия, аллопатия, гомеопатия, фитотерапия, сказ котерапия.

3-я неделя. Краниосакраль ная терапия новорожденных и детей раннего детского возра ста. Рентгенодиагностика родо вой травмы и краниовертеб ральных аномалий.

Международны й конг ресс по Прикладной кинези ологии (19-22.10.2002 г.) Международны й фору м III ТЫСЯЧЕЛЕТИЕ, ПУТИ К ЗДОРОВЬЮ НАЦИ И (22-24.10.2002 г.),

тел.: (095) 436-05-55.

2. Мануальная терапия с основам и прикладно й кине зиологии с 18.10 по 15.11 - 1,5 мес. (очная часть с 25.10). Стоимость 250 у.е. (базисный цикл 1 часть).

1-я неделя. Прикладная незиология: Рассмотрение бо левых мышечных синдромов как клинического проявления νко роченных мышц, компенсирую щих биомеханическую несосто ятельност ь расслабленны х

мышц. Мышечное тестирование основных 25 мышц и активнос ти их функциональных связей.

Визуальная, мануальная, висце ральная диагностика

2-я неделя. Вертеброневро логия: Шейные и поясничные корешковые синдромы с пози ции вертебро-вертебральных, вертебролигаментарных, вертеб ровисцеральных рефлексов. 5

вариантов дисторзии таза и функциональных сколиозов. механических, химичес ких, эмоциональных причин рас слабленных мышц. Суставные, связочные, мышечные блоки су ставов. Мануальная диагности ка, и гион. Компрессия поясничных терапия. Коррекция рас слабленной нервов, 5 вариантов функцио мышцы воздействем на ассоциированные с ней: орган, меридиан, зуб, эмоцию, позвонок, кость черепа, устране ние химического и энергетичес кого дисбаланса организма. Мануальная вариантов терапия, акупункту ра, аллопатия, гомеопатия.

3. Мануальная терапия с основам и прикладной кине зиологии, краниосакральной и висцеральной мануальной терапи и с 21.11. по 18.12 (очная часть с 28.11) - 1,0 мес. Стоимость 300 у.е. (базисный цикл 2-я часть).

1-я неделя. Висцерология. Патобиомеханика органов груд ной, брюшной полости, малого таза. висцеровертебральных, висцеро эмоциональных рефлексов, ин токсикации, воспаления. Клиника лигаментарных, мышечных, висцеральных связей суставов конечностей. Висцеральная диагностика И висцеральная терапия.

2-я неделя. Краниосакраль ная терапия. Клиника кранио краниальных, краниопельвиналь ных, краниовертебральных, краниовазальных, краниовисце краниомоторных ральных, лексов соматических невро логических расстройств. Пато биомеханика . Мануальна я диагностика, лечение.

3-я неделя. Эмоциональные и химические нарушения. Их роль в генезе формирования болевых мышечных синдромов. Диагностика, гомеопатия фито терапия, психокоррекция. 4. «Мануальная терапия с основам и прикладно й кине зиологии» (27.01 -24.02) (оч н ая часть с 03.02.) — 1 месяц. Стоимость 300 у.е. (базисный цикл 3-я часть).

Мануальная (вертебральная, висцеральная, краниосакраль ная)

диагностика и терапия, кор рекция химического и эмоцио нального 3-я неделя. Диагностика и терапия дисбаланса с основа ми прикладной кинезиологии при остром и хроническом бо левом синдроме в различных отделах позвоночника.

> 1-я неделя. Поясничный ре нальных блоков, дисфункция толстого и тонкого кишечника (химического, структурного, эмо ционального генеза).

> > 2-я неделя. Тазовый регион. 5

скрученного таза, дисфункция мочевого пузыря, почек, предстательной железы, матки (химического, структурно го. эмоционального генеза). 3-я неделя. Шейный регион. Компрессия шейных нервов, 5 вариантов функциональных блоков, дисфункция диафрагмы, перикарда, легких (химическо го, структурного, эмоционально го

5. «Мануальная терапия с Клиника висцеромоторных, основам и прикладно й кине зиологии» (31.03 - 25.04) (оч н ая часть с 07.04) — 1 месяц. Стоимость 300 у.е. (базисный цикл 4-я часть).

> Мануальная (вертебральная, висцеральная, краниосакраль ная) диагностика и терапия, кор рекция химического и эмоцио нального дисбаланса с осно вами прикладной кинезиологии при остром и хроническом бо левом синдроме в различных суставах.

> 1-я неделя. Тазобедренный сустав. Мышечные, суставные, связочные варианты функцио нальных блоков, дисфункция сигмовидной и слепой кишки, спазм мышц тазового дна (хи мического, структурного, эмоци онального

2-я неделя. Плечевой сустав. Мышечные, суставные, связочные варианты функциональных бло ков, дисфункция печени, желуд ка, дисбаланс мышц и связок шейно-грудного перехода (хи мического, структурного, эмоци онального генеза).

3-я неделя. Коленный и го леностопный сустав. Мышечные, суставные, связочные варианты функциональных блоков, дис

функция желчног о пузыря, 12-перстной кишки, сфинкто ров желчевыводящих про токов (химического, структурно го, эмоционального генеза).

6. «Мануальная терапия с основам и прикладно й ки незиологии и рефлексотера п ии в комплексно м лечении химически х и эмоциональ н ы х нарушений » (06.05 - 02.06) (очная часть с 13.05) - 1 мес. Стоимость 300 у.е.

Нарушения электромагне тизма, правила подготовки мыш цы к тестированию.

1-я неделя. Варианты реак тивности мышцы, оценка мышеч ного ответа при тестировании. Мануальная, акупунктурная и пульсовая диагностика, приклад ная кинезиология.

2-я неделя. Нарушения пси хо-эмоциональной сферы. Кли ника мышечных, краниальных, висцеральных, энергетических, химических нарушений при раз личных эмоциях. Торзия твер дой мозговой оболочки, спазм 7-ми диафрагм тела. Мануаль ная терапия, аромоатерапия.

3-я неделя. Патохимия угле водного, жирового, минерально го обмена. Клинические прояв ления мышечных, краниальных, висцеральных, энергетических и эмоциональных нарушений при их дисбалансе. Гомеопатия, лим фотерапия.

Заявки на цикл принима ются по адресу:

г. Москва, ул. Вишняковская, 23. Городская больница №15. Клиника

неврологии.

Зав. уч. частью Прокиной Еле не Владимировне рабочий тел.: (095) 370-00-11. Для отправки программы пред цикловой подготовки сообщите свои координаты зав. курсом проф. Васильевой Людмиле Фё доровне дом. тел.: (095) 331-35-48, рабочий тел.: (095) 952-49-41. Занятия будут проводиться на базе центральной клиничес кой больницы им. Святителя Алексия, адрес: Ленинский про спект, 27, (м. Ленинский про спект).

Иногородним предоставля ется общежитие.

СТРАНИЧКА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА - ПРИКЛАДНОГО КИНЕЗИОЛОГА

даятев.а.л.?... Гигиен а поз и движений

Мануальная терапия являет ся специфической деятельнос тью врача. Специфика состоит в том, что врачу необходимо не только проводить движение тела пациента, имеющего опре деленный вес, но и преодолевать активное и пассивное сопро тивление его тканей при выпол нении движения. Поэтому врач должен прилагать определенное физическое усилие для преодо ления этого сопротивления и получения желаемого эффекта.

Обучаясь специфическим приемам обследования или ле чения, врач основное внимание уделяет правильности выполне ния приема. Он использует раз личные позы и движения, чаще неоптимальные для своего по звоночника, достигая необходи мого результата.

В последующем происходит формирование и закрепление у врача неоптимального двига тельного стереотипа. В процес се постоянного повторения зак репление неоптимальных двига тельных поз и движений может явиться причиной функциональ ного перенапряжения мышц и повышенной утомляемости вра ча. Данное функциональное перенапряжение появляется потому, что смещение относи тельно друг друга частей тела больного, имеющего определен

ный вес, требует большого фи зического усилия, кроме того, работа мануального терапевта в связи со сложностью прове дения приемов требует вовле чения большого числа мышц. Типичные проявления физичес кого перенапряжения у врача проявляются в виде быстрого развития усталости и локальных перегрузок определенных групп мышц с болевыми ощущениями.

Визуальная диагностик а неоптимальности статики и ди намики у 100 врачей — ману альных терапевтов, имеющих стаж работы 5-1 0 лет и не обу ченных гигиене поз и движений, позволила выявить характерные особенности формирования па тобиомеханических изменений.

- 1. Неоптимальная статика в виде остановленного падения вперед и в сторону (86%).
- 2. Гиперлордосколиоз гру допоясничног о переход а с формированием укорочения по яснично-подвздошных мышц (73%), квадратных мышц пояс ницы (68%).
- 3. Гипокифосколиоз грудно го отдела позвоночника с уко рочением малой грудной мыш цы справа и мышцы, поднимаю щей лопатку, а также верхней порции трапециевидной мышцы (48%). слева Поэтому важной задачей является формирова ние оптимального двигательно го стереотипа у врача при вы полнении приемов мануальной терапии в двух направлениях: •

использование гигиеничес ки

обоснованных поз и режи мов движения врача;

• соответствующая подготов ка пациента для сведения к ми нимуму активного и пассивного сопротивлений его тканей.

Основой для оптимального стереотипа является особого контакта врача и паци ента, в результате которого возникает качественно новая структура, имеющая единую био механическую основу. Особен ность состоит в том, что в дан ной структуре искусственно формируютс ством выпрямления согнутых ног я подвижна я и неподвижная ее части. Лечеб ное воздействие на позвоноч ный двигательный сегмент осу ществляется путем смещения подвижной части комплекса «врач-пациент» относительно неподвижной. Подвижная часть состоит из передвигаемой вра чом части опорно-двигательно го аппарата больного (включая один из позвонков данного по звоночного двигательного сег мента), тела врача и его руки, фиксирующей эту часть боль ного и направляющей движение (фиксирующе-направляющая рука).

Неподвижная часть комплек са «врач-пациент» включает остальную часть опорно-двига тельного аппарата больного, площадь опоры тела врача и другую руку, которая фиксиру ет эту часть больного и ограни чивает вовлечение ее в движе ние (фиксирующе-ограничиваю щая рука).

Врач выполняет мануальный прием посредством смещения центра тяжести своего тела И, следовательно, смещения всей подвижной комплекса части «врач-пациент». Сила, прила гаемая к центру тяжести, долж быть соизмерима с массой передвигаемой части тела боль ного, прикладываться в направ лении, определяемом фиксиру юще-направляющей рукой, дви жени

е — прекращатьс я в момент достижения желаемого результата в соответствующем позвоночном двигательном сег менте

Для формирования опти формирования мального двигательного стерео типа двигательного врачу — мануальному те рапевту создание необходимо исполь зовать нижеприводимых вариантов поз и движений.

- 1. В положении больного сидя выполнение мануальных приемов на шейном И грудном отделах производится посред врача или перемещения цен тра тяжести его тела (а значит, и всего подвижного комплекса «врач-пациент»)с одной ноги на другую в направлении фик сирующе-направляющей руки против своей фиксирующе-огра ничивающей.
- 2. В положении больного лежа при проведении мануаль ных приемов на грудном, пояс ничном отделах, сакро-илиа кальном сочленении, при трак ции по оси шейного отдела, крупных суставов, для воздей ствия на цервико-торакальный переход врачу — мануальному терапевту необходимо ис пользовать смещение своего выпрямленного тела за преде лы опоры ног, вперед, назад или в стороны, добиваясь свободно го падения своего тела, а зна чит, и подвижной части ком плекса «врач-пациент». В ре зультате соответствующи й позвоночный двигательный сег мент выступает как бы в роли препятствия, ограничивающего дальнейшее свободное падение.

Наиболее часто используют следующие приемы:

- 1. Техника использования силы мышц таза.
- 2. Техника свободного па дения тела:
- каудодорзальное смеще ние тела:
 - вентрокаудальное смеще ние;

- вентрокраниальное смеще ние.
- 3. Комбинация техники дор зокаудального смещения цент ра тяжести и использования силы мышц таза.
- 4. Использование ротации туловища.

ТЕХНИКА **ИСПОЛЬЗОВАНИЯ** СИЛЫ МЫШЦТАЗА

Показание: при трехплос костной манипуляции на шей ном отделе позвоночника.

> Врач использует следующую комбинацию движений (рис. 1):

Положение тела врача: врач стоит у головного конца

кушетки несколько сбоку, сто пы на уровне плеч, поясничный отдел позвоночника выпрямлен (1), надплечья опущены (2).ноги полусогнуты в суставах (3) (флексия, ротация, аддукция од

ной половины таза и экстензия, ротация, абдукция другой поло вины таза) (4) таким образом, чтобы обеспечить опору локте вому суставу фиксирующе-на правляющей руки.

2. Предплечье фиксирую ще-направляющей руки распо лагают вдоль оси совершаемо

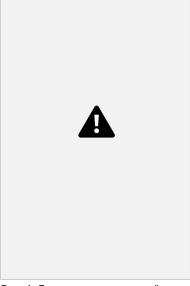


Рис. 1. Гигиена поз и движений врача с использованием силы мышц таза Положение:

- 1 поясничного отдела позво ночника;
- 2 надплечий:
- 3 ног;

5 — предплечья фиксирующе-на правляющей руки; 6 — предплечья фиксирующе ограничивающей руки.

влево шейно го позвоночного двигательного сегмента
1 — вышележащий позвонок блокированного позвоночного
двига тельного сегмента;

положение кисти фиксирующе-направляющей руки;
 направление смещения позвонка.

онных суставных блоков необ ходимо расположить руку в ме дио-вентрокраниальном направ лении (рис. 2). Условно эту ли н ию можно обозначить как линию, идущую от плечевого су става пациента к его носу. Мес то контакта — дорзолатераль ная поверхность сустава.

Для вентрокраниолатераль ного смещения (экстензионные суставные блоки) необходимо расположить руку в латеро вентрокраниальном направле нии. Условно эту линию движе ния можно обозначить как ли нию, идущую от шейно-грудного переход а к ух у пациент а (рис. 3).

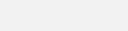


Рис. 2. Положение руки при снятии функционального блока в 5. *Расположение фиксиру юще-ограничивающей руки.* на правлении флексии, латерофлексии вправо, ротации

го движения на сустав блоки руемого позвоночного двига тельного сегмента (ориентиро вочно ОСЬ проходит от плече вого сустава пациента к его носу). Для этого локтевой сус тав должен быть отведен кна ружи (для выполнения латераль ного направления), опущен вниз

[для выполнения краниального смещения (5)]. Локтевой сустав упирается в область передне верхней подвздошной ости вра ча с одноименной стороны. 3.

Предплечье фиксирую

ще-ограничивающей руки рас

положено вдоль краниальной оси (ориентировочно вдоль шеи пациента).

4. Расположение фиксиру

б) для проведения вентро краниального смещения необ ходимо расположить руку со ответственно необходимому вы полняемому движению. Так, для

медиального смещения флекси Для коррекции функционально го блока в направлении флек сии, латерофлексии вправо, ро тации влево (рис. 3), линейное

смещение в краниовентролате

ральном направлении влево (3),



юще-направляющей руки. Для этого необходимо учитывать: а) для проведения толчка на левый сустав используется ле вая рука, для работы на правом суставе — правая рука;

Рис. 3. Положение фиксирующе-направляющей руки шейного по звоночного двигательного сегмента в направлении экстензии, ла терофлексии вправо, ротации влево

- вышележащий позвонок блокированного позвоночного двига тельного сегмента;
- 2 положение кисти фиксирующе-направляющей руки; 3
- направление смещения.



Рис. 4. Положение рук при снятии функционального блока шейного позвоночного двигательного сегмента

- вышележащий позвонок блокированного позвоночного двига тельного сегмента;
- 2 положение кисти фиксирующе-направляющей руки;
 3 направление смещения;
- 4 положение кисти фиксирующе-ограничивающей руки;
 5 место фиксации.

менте посредством ротации и экстензии суставов ног врача. Это движение передается на таз. При этом одна половина таза совершает движение, так, что передняя верхняя ость таза со стороны фиксирующе-на правляющей руки смещается вентрокраниомедиально. Это движение передается на лок тевой сустав, предплечье, кисть и фалангу II пальца и далее на заднелатеральную поверхность сустава

в то время как левая фиксиру ющеограничивающая рука (4) ограничивает распространение данного движения (5) в каудо дорзолатеральном вправо. Та кое исходное положение фик сирующе-ограничивающей руки ограничивает распространение движения за пределы сустава с противоположной стороны по звоночного двигательного сег мента с функциональным бло ком, способствуя реализации данного линейного смещения в пределах блокированных суста вов. Это позволяет линейное трехплоскостное (краниовент ролатеральное) смещение бло кированного сустава трансфор мировать в угловое движение (ротацию и латерофлексию) тела позвонка.

6. Расположение пальцев рук

блокированного позво ночного двигательного сегмен та пациента.

Ошибки выполнения 1. Руки врача двигаются по кругу так, что правая рука сме щается краниально, а левая — каудально. В результате возни

(рис. 4). Пальцы фиксиру юще-направляющей руки (2)фиксируют вышерасположен ные позвонки. Ладонная повер хность головки 2-й пястной СТИ (3)смещает дорзолатераль ую поверхност ь правог о сустава (указано стрелкой) вен трокраниомедиально (соответ ственно направлению плоскости сустава). Пальцы фиксирующе ограничивающей руки (4) фик сируют нижерасположенные ПО звонки, ограничивая распростра нение выполненного движения за пределы шейных позвонков. «блокированный» результате позвонок «разворачивается» в руках врача.

Проведение движения: тех ническая реализация такой раз ноплановости в движении рук возможна при проведении ука занных линейных смещений в

позвоночном двигательном сег кает латерофлексия шейного отдела позвоночника, левый су ставной отросток смещается ка удально, поэтому нет возможно сти провести вентро-краниаль ное смещение его суставной поверхности.

2. Врач не использует гиги ену поз и движений и выполня ет линейные смещения только руками, в результате этого руки совершают движения навстре чу друг другу, оказывая меди альное смещение на суставные отростки позвонка. В результа те этого позвонок совершает уг ловое движение вместо линей ного.

В следующем номере чи тайте продолжение ста тьи.

СТРАНИЧКА ПАЦИЕНТА

Васильева Л.Ф.

Почему лечение болевых мышечных синдромов бывает безуспешным

Мышечная боль - одно из наиболее частых страданий че ловечества. Но почему? Этот вопрос люди задают на протя жении многих десятилетий сво ей жизни. Почему такие есте ственные движения, как положе ние стоя, ходьба, положение лежа вызывают боль.

Почему мышцы становятся расслабленными и не могут удержать позвоночник в таком положении, чтобы его не трав мировать? Возникло предполо жение, что длительная сидячая работа, гиподинамия — причина постоянной слабости мышц. Для того, чтобы её устранить, необ ходима тренировка движением. Появилось огромное количество шейпинг-клубов, центров кине зиотерапии для усиления мы шечного каркаса. Результаты оказались удивительными - ко личество пациентов с болевым синдромом после тренировок резко увеличилось. Оказалось, что мышцы, которые не включа лись в

движение и поддержа ние статики так и остались рас слабленными, их не удалось про извольно включить в движение, а мышцы, которые компенсатор но включались в движение вместо расслабленных мышц, получили ещё большую пере грузку.

Для того, чтобы ответить на все эти вопросы, нужно иметь обратную связь с организмом, т.е. если назначается растяже ние мышцы, нужно узнать, необ ходимо ли ей это растяжение. Если назначаются лекарства пациенту,

нужно узнать у орга низма, нужно ли это лекарство организму. Именно отсутствие обратной связи с организмом часто приводит очень эффектив ные методы лечения, современ ные методы лечения к безус пешному результату.

Лечение часто бывает безус пешным потому, что, назначая какое-либо средство или про цедуру, врач основывается на общепринятых показаниях, по лученных при инструментальных или клинических исследовани ях, на собственном опыте по использованию препарата, или иной процедуры, не имея дру гой возможности оценить инди видуальность пациента. Часто этого бывает недостаточно. И назначенное очень эффектив ное лечение именно для этого пациента может оказаться не эффективным.

Так что же на сегодняшний день может предложить меди цина в качестве обратного от вета от мышцы? Какой раздел медицины на современном эта пе может научить организм раз говаривать с врачом, «объясняя» ему какой препарат или какое воздействие окажется полезным, а какое - вредным. И именно

этот раздел медицины называ ется прикладна я кинезиоло гия.

Кинезио - движение, логос

Что такое прикладная кинезиология?

учение. Кинезиология — на ука, изучающая движение во всех его проявлениях. Чем же отличается общеизвестной кинезиология от кинезиотера пии? Кинезиотерапия - это ле чение пациент движением. когда многократно повторяет одно и то же движение, доводя его Кинезиология совершенства. причин направлена поиск на расслабления мышцы. основной отвечающей за выполнение дви ними связанных. Например, если у жения, и причин его возникно вения. пациента боль в плече связана со Именно она отвечает на вопрос: снижением тонуса грудных мышц. А «Почему движение ока залось при чиной слабости этих мышц яв нарушенным и что нуж но сделать, ляется ограничение подвижно сти чтобы восстановить движение?»

прикладной? Оказывается, что все в печени приводит к усилению организ ме человека тесно связано друг с другом. И мы эти примеры хорошо знаем. Например, ког да мы хотим сообщить какую то печальную весть, мы говорим: «Сядь, я тебе хочу что-то ска зать». Почему? Потому что об щеизвестно, что когда возника ет эмоциональный стресс у че ловека, он чувствует слабость в мышцах ног. И для него лучше предварительно сесть, прежде чем услышать неприятную весть. Когда у человека возникает на рушение в

почках (воспалительный процесс, камнеобразование), то пациент чувствует боль в оп ределенных мышцах спины. Когда человек начинает пере живать. у него появляется дрожь в руках и боль в затылке. Та же боль может провоцировать ся неловким движением. Каза лось бы разные проявления — эмоциональная проблема, воспа лительный процесс в почках, некоординированное движение - а клинические проявления одинаковы. Почему? Потому что все функциональные системы организма непосредственно свя заны с мышцами в виде мы шечных рефлексов. При любом нарушении функции внутренне го органа, подвижности позвон ка, изменении выработки желчи определенные мышцы снижают силу своего сокращения и за медляют скорость включения в движение. В связи с этим дру гие мышцы вынуждены поддер живать тело пациента в верти кальном положении и выпол нять движение, перегружаясь и сообщая об этом человеку бо лью. Почему это так важно? Потому что, болят те мышцы, которые избыточно работают, а те, которые явились причиной нарушения не включаются в движение, и поэтому не созда ют до ощущения боли. Чтобы уст ранить боль, необходимо вклю чить в движение ослабленные мышцы, а для этого необходи мо нормализовать функцию органов, с

Почему же кинези ология называется печени. То механическое смещение грудных мышц и мо ментальному устранению боли в плече. Такому пациенту нет надобности проводить мануаль

> ную терапию плеча, а необхо дима терапия внутренних орга нов. Если у пациента тонус груд ных мышц восстанавливается от движения шеи, то ему необхо дима мануальная терапия на шейных позвонках.

> Техника оценки силы и то нуса скелетных мышц и техни ка поиска причины функцио нальной слабости мышц И co ставляет основу прикладной кинезиологии.

Причины слабости мышцы

Почему мышцы реагируют на все нарушения организма, и как это происходит? Когда вы читаете эту книгу, вы сидите или стоите. А знаете ли вы, как вы сидите, или как вы стоите, как держите голову. подняты или опущены у вас плечи, прямая или согнутая спина. Как? Оказыва ется, вы об этом не задумывае тесь, но кто-то же управляет ва шей осанкой, кто-то же застав ляет вашу голову держаться прямо или с небольшим накло ном, спину держать прямо или ее полусогнув, плечи держать поднятыми или опущенными. Если не вы регулируете это сво им сознанием, то за счет чего же происходит эта регуляция. Почему у одного пациента го лова слегка наклонена, когда он смотрит вперед, а у другого она вытянута вперед, почему у тре тьего расслаблены мышцы жи вота, и это расслабление мышц нельзя убрать никакими упраж нениями, а у четвертого челове ка на позвоночнике имеется функциональный сколиоз. Что заставляет эти мышцы напрягаться и поддерживать позвоночник, шею и голову в каком-то определенном поло жении, создавая напряжение и расслабление определенных мышц. Что же заставляет эти мышцы так реагировать, на что

ориентируются? Давайте они представим. что МЫ отключили центральную нервную систему и два ее анализатора: зрение и

Представьте себе трех людей, Эти результаты были получены которых пригласили комнату, в которой на ходился слон, раздра жал слизистую оболочку у жи и попросили их находится в ком нате, и сказать, что это? Один происходит с мышцами ске летными. пациент ощупал ноги слона говорит: «To, что находится комнате, представляет круглые колонны, очень жесткие напряженные на ощупь, кото рые организму это так важно? Вы слегка практически не сгибаются». Тот человек, который ощу пывал ухо от дернули руку, даже не осознав,

слона, говорит: «Нет, то, что находится в комнате, очень тонкое, очень нежное, мяг кое и легко сгибается, и широ кое, похожее на лепешку».

который Третий человек, комнате, похоже на длинную тонкую и реаги рует посредством тонуса веревку, похожее боль ше на змею, чем на лепешку, и уже

никак ни на колонны». Что же делали эти три че ловека в комнате?

Они включи ли рецепторы со стороны рук, которые собирали информацию с внешнего мира. И мозг имел представление не о том, что есть в реальной действительности, а представлял только то, что дали ему рецепторы. А какое дали ему рецепторы ощущение? Именно то, что они могли по чувствовать. Таким образом, информация, которая собирает ся с внешней среды за счет ре цепторов, расположенных в коже, подкожной клетчатке, в суставах, отражает состояние внешней среды, которая окру жает человека. Рецепторы, ко торые располагаются во внут ренних органах, отражают со

организма и внешней среды поступает в подкорковые узлы. И, в зависимости от того, какая прошла информация, такая и происходит реакция. Эти иссле дования были проведены Ива ном Петровичем Павловым, ко торый получил Нобелевскую премию за эти исследования. Что же было

установлено? Ока зывается, в

зависимости от того, близко

располагается пища ря дом с

голодной собакой или дальше,

по-разному включают ся мышцы .

стояние внутренних органов.

Информация из внутренней сре ды

темную профессором Магендовием М. Р. Он ощупать то, что вотных с помощью специальных раздражителей и записывал, что же и Оказалось, чем боль ше в раздражение от внутренних органов, огромные отем больше оно тра жается и на и тонусе скелетных мышц. Почему же коснулись горячей плиты - вы тут же что вы сделали. Вы поскольз нулись на льду. Вы не поняли как, но ваше тело приобрело определенное положение, со хранив свое равновесие. Как это происходит? Это происходит неосознанно, ощупывал хвост слона, говорит: потому что инфор мация собирается «Что вы? То, что находится в с периферии, из внутренних органов мышц. Поэтому, в зависимости от того, какую мы получаем информа цию от рецепторов, такой тонус мышц мы и имеем.

Что такое тонус мышц? Тонус

мышц — это одна из фаз мышечного сокращения, была описана Николаем Алек сандровичем Бернштейном в 1937 году. Зачем она нужна? Оказывается, она нужна для под держания оптимальной статики пациента. Когда пациент стоит в вертикальном положении, он не стоит неподвижно, его тело совершает микродвижения, ОН смещается назад, вперед, в сто рону. Что же останавливает это падение. Останавливает непро извольное сокращение мышц. В зависимости от растяжения их во время При падении челове ка мышцы растягиваются, на растяжение они реагируют со кращением и увеличивают силу сокращения. И это напряжение называется постуральный тонус. Почему человек не может уп равлять тонусом сознательно? Для того, чтобы мозг мог занять ся более продуктивной работой, заниматься работой, которая требует более тонких мелких движений со стороны руки, язы ка, производить интеллектуаль ную работу, а всю фоновую службу провоиздят

подкорко вые узлы. Хорошо ли это? Ко нечно, хорошо, потому что это освобождает мозг от нашего утомительного анализа за каж дой из мышц. Плохо ли это? Конечно плохо, потому что в регуляции тонуса, организм ориентируется только на стиму лы, которые поступают с пери ферии и из внутренних органов, не поддавая критическому ана лизу и осмыслению. И в этом кроется самая большая пробле ма. В чем же эта проблема? Когда человек испытывает чув ство голода, у него возникает тонус в определенных мышцах, приливают силы для того, что бы эту пищу добыть. Но пред ставьте, что у вас имеется про сто воспаление со стороны же лудка, и тогда в ответ на это воспаление желудок старается меньше совершать движений. Что такое меньше совершать движений? Значит, меньше сти мулов поступает в мозг и мозг, ориентируясь так же как со сло ном, даёт соответствующую ре акцию меньше поступает стиму лов

к мышцам к мышцам, кото рые связаны с желудком. Что такое меньше попадает стиму лов к мышце? Мышца становит ся функционально слабой и не включается в движение. Если мышца не включается в движе ние и не выполняет работу, то она и не болит. И это самое страшное. А ведь работу выпол нять нужно. Посмотрите вокруг, вы увидите, сколько людей на ходятся в состоянии останов ленного падения. Они падают вперед или назад или в сторо ну и не чувствуют этого. Поче му же они не чувствуют? Пото му что тонус этих мышц регу лируе т афферентаци я с периферии и снаружи. Если этой афферентации мало, то и тонус мышц снижен. Но как-то надо пациента удержать от па дения. Конечно, и вот в этом случае начинают перегружать ся другие мышцы организма. Зачем это нужно знать пациен там? Потому что очень часто у пациента возникает боль не в том месте, которое является причиной нарушения, а в том месте, которое уже перегруже но, выполняя компенсаторную

работу за другие мышцы.
Представьте, что на фирме
работают два сотрудника, один из
которых отдыхает, наслажда ется
жизнью, а второй работает за двоих,
а зарплату получают одинаково. Кто

будет первым возмущаться таким положени ем? Конечно тот сотрудник, ко торый работает больше. Какая мышца будет требовать от орга низма питания? Конечно,та, ко торая занимается

работой не только своей, но и чужой рабо той. Как это было выявлено?

Продолжени е статьи чи тайте в следующе м номере журнала.

РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ 2-Й ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ «III ТЫСЯЧЕЛЕТИЕ ПУТИ К ЗДОРОВЬЮ НАЦИИ»



ПРИГЛАШЕНИЕ VIII конгресс по прикладной кинезиологии

Москва 19-22 ОКТЯБРЯ 2002

Прикладна я кинезиоло г ия цель: изучение функцио нальных изменений организма

(патобиомеханических, пато химических, патоэнергетичес ких). Диагностика приоритетно СТИ поражения посредством те стирования изменения тонуса скелетных мышц ассоциирован ных органами, позвонками ридианами, эмоциями, химичес ким дисбалансом (витаминов, минералов, микроэлементов). Лечение с использованием все го арсенала методов традици онной медицины.

Программ а

Болевые мышечные синдро мы механического (функцио нальные блоки, мышечный дис баланс), энергетического (ме ридианны й дисбаланс,

состояние стресса, переактива ции), химического (интокси кация, дисбаланс веществ) генеза.

Клиника, патогенез и ностика приоритетности конк ретных функциональных нару шений возникновении данно го заболевания. Выбор метода лечения: механическими (ману альная, висцеральная, кранио сакральная терапия); химичес кими (аллопатия, фитотерапия); энергетическими (гомеопатия, акупунктура, ароматерапия,

музыкотерапия, светотерапия) методами традиционной меди цины.

План заседания:

19, 21 - с 9.00 до 19.00, 20 — свободное время, 22 - с 9.00 до 20.00.

Конгресс проводится перед 2-м всероссийским Форумом для предоставления возможно сти прикладным кинезиологам выступить в других его секциях и опубликовать краткие тезисы в его сборнике.

Стоимость участия - 100 у.е. Включает выступление (по же ланию), опубликование статьи в журнале «Прикладная кинези ология», делегатский пакет, 2-часовая лекция Cr Smith (England), 2 кофе-паузы, обед.

За фуршет дополнительная плата - 25 у.е.

Требования по представ лени ю материалов в журнал: формат публикации — файл MS Word. Носитель — дискета 3,5", компакт-диск, файл электронной почты

e-mail: Vasiljeva_LF@MTU-net.ru.
Основные пункты: краткое содержание (на русском и англ. языках), актуальность, цель, ма териал и методы исследования, результаты, выводы, список ли тературы.

Последни й сро к получения статей к рассмотрени ю — 01.09.2002 г.

Тел.: (095) 331-35-48

Членам Межрегиональной ассоциации прикладной кинези ологии любезно предоставлена возможность в вечернее время после заседаний чтения реклам ных 1- или 2-часовых лекций по любому направлению тради ционной медицины для участ ников форума на тему «При кладная кинезиология и...). Заявки

Тел.: (095) 331-35-48 проф . Васильевой Л.Ф В плане конгресса планиру ется вступление в межрегио нальную ассоциацию приклад ной кинезиологии, получение удостоверения члена ассоциа ции, выборы руководящего со става).

Все мероприятия (выступ ления, проживание, питание, обед, фуршет и др.) проходят на тер ритории Российской академии государственной службы при президенте РФ по адресу: Проспект Вернадского, 84 (М. Юго-западная).

Д ля получения счета на оплату участия в конгрессе, форуме и бронирования мест д ля проживания на террито р и и академи и необходим о обратиться в оргкомитет фо рума по тел.: (095) 436-0555.

19 октября 2002 года

- 9.00 10.00 Регистрация участников
- 10.00 10.30 Васильева Л.Ф. Нейрофизиологическое обоснование феномена функциональной слабости 10.30 11.00
- Кузнецова О.В. Холистический взгляд на боль с позиции прикладной кинезиологии 11.00 11.30 Кофе-пауза
- 11.30 12.00 Чернышева Т.Н., Коренбаум В.И., Апухтина Т.П. Оценка достоверности мануального мышечного тестирования как диагностической процедуры. Состояние вопроса
- 12.00 12.30 Яричин А.А. Физиологическое обоснование прикладной кинезиологии
- 12.30 13.00 Маринин А. А. Дифференциальная диагностика вариантов функционального нарушения мышечного сокращения при помощи роллер-теста
- 13.00 14.00 Обед
- 14.00 14.30 Вяреземская Г.Д. Роль дисфункции нижнечелюстного сустава в формировании нарушений ходьбы 14.30 15.00
- Лерман В.Б. Хронические болевые синдромы как признак неспецифического воспаления 15.00 15.30 Михайлов А.М. Влияние функциональных нарушений нижнего пищеводного сфинктера на дисфункцию илеоцекального клапана
- 15.30 16.00 Полукарова Е. А. Эффективность сочетания ароматерапии и лечебного голодания 16.00 16.30 Кофе-пауза
- 16.30 17.00 Чеченин А.Г., Чеченина И.П. Эффективность применения краниосакральной терапии при компрессионных синдромах поясничных нервов
- 17.00 17.30 Крамер Г.М. Роль и значение СЛОВА в прикладной кинезиологии
- 17.30 18.00 Бабаков С.С. Функциональные блоки костной ткани и надкостницы конечностей и костей черепа

Экскурсия в Троицко-Сергиевкую лавру

21 октября 2002 года

- 9.00 9.30 Кузнецова О.В. Использование прикладной кинезиологии для выбора «чудесного» меридиана 9.30 10.00 Александров Э.А. Рефлексотерапия пареза кишечника у больных после операции на органах брюш ной полости (выбор актуальных точек с помощью прикладной кинезиологии)
- 10.00 10.30 Зотов И.Д. Висцеромоторные рефлексы кишечника и их клиническая манифестация 10.30 11.00 Тяжельников А.А. Варианты формирования болевых синдромов плечевого сустава при дисфункции печени
- 11.00 11.30 Кофе-пауза
- 12.00 12.30 Шуляк А.Е. Новые подходы к патогенезу ишемических нейропатий с позиции висцеровертебральных взаимосвязей
- 12.30 13.00 Бобко Я.Н. Особенности применения мануальной терапии в детском возрасте 13.00 14.00
- 14.00 14.30 Георгиев Т.П. Роль спазма тазовой диафрагмы в формировании эмоционального дисбаланса в послеродовом периоде
- 14.30 15.00 Пилявский С.А. Возможности сочетания прикладной кинезиологии и остеопатии в практической деятельности врача
- 15.00 15.30 Васильева Л.Ф. Примитивные рефлексы в генезе ваго-инсулярных нарушений, диагностика и терапия 15.30 16.00 Кофе-пауза
- 16.00 16.30 Дидинская Е.В. Музыкотерапия в лечении эмоциональных нарушений
- 16.30 17.00 Юнусов Ф.А. Инструментальная экспресс-диагностика дисфункции позвоночника 17.00 17.30

Демонстрация пациента, обсуждение докладов

- 17.30 18.00 Организационные вопросы ассоциации
- 18.00 20.00 Фуршет

22 октября 2002 года

- 9.00 12.00 Пленарное заседание форума
- 14.00 19.00 Лекция К. Смита. Новые подходы к использованию методов традиционной медицины при помощи методов прикладной кинезиологии

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ!

Требования к материалам, предоставляемым в редакцию

Статьи и тексты

Статьи для публикации в журнале должны быть подписаны авторами. Тексты статей могут передаваться в электронном виде по электронной почте на **e-mail**: info@aconit.ru или дискете в программе WORD с расширением .txt , .doc. К текстам, предоставляемым в редакцию на дискетах , необходим о приложит ь распечатк у текст а в дву х экземплярах .

Γ

Иллюстрации в тексты, логотипы

Платформа РС.

Носители: дискеты, СD-диски.

Рисунки и фотографии для иллюстраций текстов и логотипы фирм принимаются A) в электронном виде по электронной почте или на дискетах в формате .tif (без сжатия, 300 dpi),

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

.cdr (CorelDraw 6.0-9.0, шрифты в кривых!!! Не более 1000 узлов в кривой), .ai. Если иллюстрации или логотипы предоставляются на электроном носителе, то необходи мо приложить распечатку передаваемых файлов!

Б) В виде оригиналов фотографий и слайдов, а также качественных изображений, отпечатан ные типографским способом.

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

Контрольная распечатка для всех материалов, передаваемы x в редакци ю для публикации обязательна!

Рукописи авторам не возвращаются. **Статьи направлять по адресу:** При несоблюдении вышеизложенных тре

бований к материалам редакция за каче 129090, г. Москва, пер. Васнецова, д. 2, под. 1 ство публикации ответственности не несет. Реабилитационный центр. Редакция журнала Тел.: (095) 755-61-44

При перепечатке ссылка на журнал обяза (095) 784-70-01 тельна. Факс:

(095)755-61-44

Мнение редакции не всегда совпадает с мнением авторов. **E-mail:** info@aconit.ru

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

Редколлегия

ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛЫ

Вышли в свет профессиональные научно-практические журналы «ЛФК и массаж», «Рефлексо терапия», «Натуротерапия и гомеопатия», предназначенные для специалистов по лечебной физ культуре и спортивной медицине, массажу и рефлексотерапии, гомеопатии и натуротерапии, а также для медицинских работников других специальностей, педагогов, психологов, специалистов,

занимающихся научно-техническими проблемами, работников социальной сферы. Вместе с тем журналы открыты для широкого круга читателей, которые смогут найти в них рекомендации по применению методов лечебной физкультуры, массажа, рефлексо терапии, го меопатии и натуротерапии в целях само- и взаимопомощи.

Продолжается подписка

Подписной индекс по каталогу «РОСПЕЧАТЬ»

на II полугодие 2002 года

«ЛФК и МАССАЖ »

Для индивидуальных подписчиков 81238 Для предприятий и организаций 81239

«РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ»

Для индивидуальных подписчиков 81374 Для

предприятий и организаций 81375

Подписной индекс по объединенному каталогу агенства печати и розницы «ПРЕССА РОССИИ»

Для индивидуальных подписчиков 44018 Для предприятий и организаций 44019

«РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ»

Для индивидуальных подписчиков 44026 Для предприятий и организаций 44027

на II полугодие 2002 года и I полугодие 2003 года

«ЛФК и МАССАЖ»

Проводится подписка

Подписной индекс по каталогу «РОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КАТАЛОГ» на І полугодие 2003 года

Для индивидуальных подписчиков 44026 Для предприятий и организаций 44027
«НАТУРОТЕРАПИЯ И ГОМЕОПАТИЯ» Для индивидуальных подписчиков 45768 Для

предприятий и организаций 45769

«ЛФ К и МАССАЖ »

Для индивидуальных подписчиков 44018 Для предприятий и организаций 44019

«РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ»

Возможн а подписк а н а журна л «ПРИКЛАДНА Я КИНЕЗИОЛОГИЯ» на II полугодие 2003 года по каталогам «РОСПЕЧАТЬ» и «РОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КАТАЛОГ»

По вопроса м подписк и на I полугодие 2003 года обращаться в редакци ю по тел.: (095) 284-72-97, факс: (095) 755-61-44. Расценки на размещение рекламы в журнале

ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ

Расценки на размещение рекламы в журнале (в рублях) включая НДС

Размер блока , Размер блока ,	черно-белый черно-белый	Стоимость в цветном исполнении			Размер Размер (мм)
доля полосы	вариант вариант	1-я обложк а	2-я и 3-я обложк а	4-я обложк а	(MM)
1/8	2530	-	-	-	84 x 58
1 /4	4290	-	6380	-	84 x 123
1 /2	6600	-	11000	13200	174 x 123
1	9900	22000	19800	23100	174 x 250



Рекламные статьи

П ри объеме от 1 полосы 7260 руб. за полосу

По вопроса м размещения реклам ы в журнале обращаться в редакци ю по телефону: (095) 284-72-97, и факсу: (095) 755-61-44.

шиши

Спасибо всем авторам приславши м статьи в первы й номер журнала!

Набор материала для последующи х номеров продолжается ! ООО «ДеКо дизайн»

Директор редакции

Корректор Президент Российского общественного

Дизайн и верстка фонд а

Андронкина Галина Юрьевна

Плюшкина Ирина Федоровна

«Социальное развитие России» д.м.н. профессор, академик РАЕН **Фарид**

Анасович Юнусов

Свидетельство о регистрации средства массовой информации Минпечати РФ $\,$ ПИ $\,$ №77-12749 от 30 ноября 2001 г.

Лицензия на издательскую деятельность Минпечати РФ ИД № 05368 от 12 июля 2001 г. Тираж 2000 экз. Отпечатано в 000 «Момент». Заказ № 720

