

Все права защищены.
Ни одна часть данной публикации не может быть воспроизведена
или передана в любой форме
без получения письменного разрешения издателя.

В книге собраны клинические исследования и информация, разработанные в дисциплине прикладной кинезиологии (ПК). Есть ссылки на стандартную базу данных литературы, которые помогут в процессе изучения ПК процедур. Методы ПК направлены на практиков, которые имеют лицензии для первичного звена здравоохранения и должны использоваться в сочетании с их стандартными методами диагностики. Автор и издатель позаботились, чтобы в книге использовалась информация, совместимая с информацией, имеющейся на момент публикации. При практическом использовании этого материала необходимо принимать во внимание все результаты обследования пациента, включая историю болезни, физическое обследование, лабораторные анализы и, в случае необходимости, другие процедуры, чтобы прийти к окончательному выводу относительно состояния пациента и найти оптимальный подход к лечению. Автор и издатель не несут никакой ответственности за любые последствия, повреждения или ущерб, понесенные как следствие, прямо или косвенно, при использовании и применении любой информации, содержащейся в этой книге.

ISBN 978-5-905042-19-5

© ICAK — USA, 2011

© ООО «Институт клинической прикладной кинезиологии», 2011

Оглавление

Наблюдайте, изучайте, исследуйте!.....	6	Сгибание и разгибание - атлант и затылочная кость.....	106
Предисловие.....	7	Поясничный межпозвонковый диск.....	108
Введение.....	9	Синдром шейного диска.....	117
Глава 1 - ВВЕДЕНИЕ В ПРИКЛАДНУЮ КИНЕЗИОЛОГИЮ.....	11	Техника шейного уплотнения.....	120
Триада здоровья.....	21	Категории таза.....	122
Структурный баланс.....	22	Категория таза I.....	123
Пять факторов межпозвоночного отверстия ...	23	Категория таза II.....	126
Ассоциация мышца - орган / железа.....	24	Категория таза Пкп.....	126
Язык тела.....	24	Категория таза Плс.....	128
Височно-клиновидная линия.....	25	Категория таза III.....	129
Голограммная модель нервной системы и памяти	26	Техника PiLUS.....	130
Глава 2 - ОБЩИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ.....	38	Диагностика глубокого сухожильного рефлекса .	132
Анализ осанки.....	38	Спондилогенный рефлекс.....	134
Терапевтическая локализация.....	45	Паттерны синдрома спондилогенного рефлекса .	136
Функции правого и левого полушарий головного мозга.....	47	Выйная связка.....	144
Височное постукивание.....	48	Крестцово-остистые и крестцово-бугорные связки.....	144
Взгляд в направлении деформации (ВВНД) ...	52	Подвздошно-поясничная связка.....	145
Тело в направлении деформации (ТВНД)	54	Техника выстукивания саггитального шва . . .	148
Техника начала / прикрепления мышцы.....	55	Глава 4 - ПИТАНИЕ.....	152
Нейролимфатические рефлексы.....	56	Введение.....	152
Нейрососудистые рефлексы.....	58	Роль нервной системы в питании.....	157
Стресс-рецепторы.....	62	Обонятельные реакции.....	165
Рефлекс стопы.....	66	Пищевой выбор у людей.....	166
Рефлекс кисти.....	68	Почему важно пережевывать пищу.....	168
Проприоцепторы.....	70	Неврологические аспекты контроля вкуса . . .	169
Рецепторы суставов.....	70	Тестирование питания в прикладной кинезиологии.....	175
Проприоцепторы мышц.....	72	Исследования при тестировании питания . . .	179
Реактивные мышцы.....	75	Глава 5 - НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ.....	185
Кожные рецепторы.....	77	Обнаружение причины неврологической дезорганизации.....	189
Глава 3-ПОЗВОНОЧНИК.....	80	Перекрестное моделирование.....	191
Стабилизатор Ловетта.....	80	Глава 6 - ОСНОВНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ ТЕСТИРОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПК.....	199
Подвывихи позвонков.....	81	Воспоминание о травме.....	199
Внутренние позвоночные мышцы.....	82	Техника воспоминания о травме.....	199
Передний подвывих грудных позвонков . .	83	Вызов воспоминаний.....	202
Подвывих затылочной кости.....	84	Повторное мышечное действие.....	203
Подвывих верхних шейных позвонков ...	85	Аэробная / анаэробная функция мышц . . .	203
Деформации крестца.....	89	Вызванная пациентом повторная активация мышц.....	207
Респираторная коррекция.....	91	Реакция мышцы на растяжение.....	208
Повторяющийся подвывих.....	92	Фасциальное освобождение.....	208
Имбрикационный подвывих.....	92	Триггерные точки.....	209
Внутрикостные подвывихи.....	94	Миофасциальные уплотнения тканей (миофасциальный гелез).....	214
Фиксации позвонков.....	97	Дифференциальная диагностика реакции мышцы на растяжение.....	216
Фиксация затылочной кости.....	102		
Фиксация крестца.....	103		
Крестцово-подвздошная фиксация.....	104		
Паттерны, маскирующие фиксацию.....	105		
Фиксации, связанные с поддержкой веса . .	105		

Реакция связок на растяжение.....	216
Стрейн / контрстрейн (растяжение / контрастяжение).....	217
Тестирование походки.....	224
Временной паттерн походки.....	227
Сцепление связок.....	228
PRYT техника.....	230
Синхронизация рефлекса равновесия.....	235
Ребра и позвоночная фиксация (Лимбическая техника).....	239
Техника реберного насоса.....	239
Напряжение твердой мозговой оболочки.....	242
Техника краниального подъема конечной нити .	246
Мозжечок.....	248

Глава 7 - МЕРИДИАННАЯ ТЕРАПИЯ **252**

Введение	253
Инь и Ян.....	254
Меридианы.....	255
Циркуляция энергии.....	256
Типы меридианных точек.....	258
Методы стимуляции точек.....	259
Измерение тела.....	260
Главные меридианы.....	261
Тепловое обследование.....	290
Клинические проявления меридианного дисбаланса.....	291
Точки тревоги.....	292
Пульсовая диагностика.....	293
Ассоциированные точки.....	294
Техника начальных и конечных точек.....	295
Циркуляция точек.....	296
Техника «тогда и теперь».....	300
Тонизирующие и седативные точки.....	302
Эффект антенны в точках акупунктуры.....	307
Пять элементов.....	311
Аурикулотерапия.....	317

Глава 8 - МЫШЦЫ - ТЕСТИРОВАНИЕ И ФУНКЦИИ..... **321**

Наука и искусство мануального тестирования мышц.....	321
Грушевидная мышца.....	327
Мышцы задней поверхности бедра.....	328
Четырехглавая мышца бедра.....	330
Приводящие мышцы.....	332
Мышцы живота.....	334
Упражнения для мышц живота.....	336
Мышца, напрягающая широкую фасцию бедра .	337
Средняя / малая ягодичная мышца.....	338
Большая ягодичная мышца.....	339
Портняжная мышца.....	340
Нежная мышца.....	341
Альтернативный тест портняжной мышцы. . .	342
Альтернативное тестирование нежной мышцы .	342

Поясничная мышца.....	343
Подвздошная мышца.....	344
Подколенная мышца.....	345
Камбаловидная мышца.....	346
Икроножная мышца.....	347
Передняя большеберцовая мышца.....	348
Задняя большеберцовая мышца.....	349
Третичная малоберцовая мышца.....	350
Длинная и короткая малоберцовые мышцы . .	351
Длинный сгибатель большого пальца стопы . . .	352
Короткий сгибатель большого пальца стопы. .	353
Длинный и короткий разгибатели большого пальца стопы.....	354
Длинный и короткий разгибатели пальцев стопы	355
Трапецевидная мышца - средний отдел.....	356
Трапецевидная мышца - нижний отдел.....	357
Трапецевидная мышца - верхний отдел.....	358
Подключичная мышца.....	359
Ромбовидные мышцы - большая и малая.....	360
Мышца, поднимающая лопатку.....	361
Широчайшая мышца спины.....	362
Малая грудная мышца.....	363
Большая грудная мышца - ключичный отдел .	364
Большая грудная мышца - грудинный отдел . .	365
Надостная мышца.....	366
Дельтовидная мышца - средний отдел.....	367
Дельтовидная мышца - передний отдел.....	368
Дельтовидная мышца - задний отдел.....	369
Большая круглая мышца.....	370
Подлопаточная мышца.....	371
Малая круглая мышца.....	372
Подостная мышца.....	373
Передняя зубчатая мышца.....	374
Клюво-плечевая мышца.....	375
Двуглавая мышца плеча.....	376
Плечелучевая мышца.....	377
Трехглавая мышца плеча.....	378
Локтевая мышца.....	378
Супинатор.....	379
Круглый пронатор.....	380
Квадратный пронатор.....	380
Мышца, противопоставляющая большой палец кисти.....	381
Мышца, противопоставляющая мизинец.....	382
Грудино-ключично-сосцевидная мышца.....	383
Сгибатели шеи (медиальные).....	384
Разгибатели шеи (глубокие).....	386
Крестцово-остистая мышца (как группа).....	388
Квадратная мышца поясницы.....	390

Глава 9 - СТОМАТОГНАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА..... **393**

Введение.....	393
Краниальное движение.....	394
Интеграция стоматогнатической системы	397

Показания для диагностики стоматогнатической системы.....	399
Обследование и лечение черепа.....	401
Помощь вдоха при краниальном нарушении. . .	403
Помощь выдоха при краниальном нарушении . . .	404
Помощь вдоха при сфенобазиллярном краниальном нарушении.....	405
Помощь выдоха при сфенобазиллярном краниальном нарушении.....	406
Краниальное нарушение глабеллы.....	407
Краниальное нарушение с височной выпуклостью (выпячиванием).....	408
Краниальное нарушение с опущением теменной кости.....	409
Внутреннее лобное краниальное нарушение. . .	410
Наружное лобное краниальное нарушение. . .	412
Носоклиновидное краниальное нарушение . . .	413
Универсальное краниальное нарушение.....	414
Шовные краниальные нарушения.....	415
Краниальные нарушения саггитального шва	415
Краниальное нарушение чешуйчатого шва	416
Краниальное нарушение лямбовидного шва	417
Краниальные нарушения скуловых швов .	417
Типичные краниальные нарушения.....	419
Резюме по краниальным нарушениям.....	419
Крестцовая дыхательная функция.....	422
Крестцовое нарушение с помощью вдоха	423
Крестцовое нарушение с помощью выдоха . . .	423
Поперечные колебания («вихляние») крестца . .	424
Атланта-затылочная контрторзия.....	425
Интеграция в стоматогнатической системе. . .	426
Закрытая кинематическая цепь стоматогнатической системы.....	426
Жевательные мышцы и движения нижней челюсти.....	427
Нервно-анатомические основы движения нижней челюсти.....	431
Обследование и лечение ВНЧС.....	432
Техника растяжения / контрастяжения крыловидных мышц.....	435
Провокация и манипуляции с зубами.....	436
Подъязычные мышцы и их функции.....	437
Диагностика и лечение.....	440
Обследование и лечение стоматогнатической системы: заключение.....	442
Глава 10 - ПСИХИЧЕСКИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ.....	444
Психологическая реверсия.....	445
Уровень сахара в крови.....	447
Синдром дефицита внимания и гиперактивности и необучаемость.....	449

Эмоциональный нейрососудистый рефлекс . . .	452
Цветочные настои Баха.....	453
Руководство по цветочным настоям Баха . .	455
Эмоциональная боль в спине.....	456
Паттерн гомолатеральной походки и ползания. .	457
Лечение фобий.....	460

Глава 11 - ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ

НАРУШЕНИЯ.....	465
Введение.....	465
Тесты поддержки веса.....	465
Рефлексы и реакции стопы.....	466
Пронация стопы.....	468
Предплюсневый канал.....	474
Функциональная ригидность большого пальца стопы.....	478
Коленный сустав.....	484
Плечо и плечевой пояс.....	490
Пять суставов плеча.....	491
Смещение сухожилия двуглавой мышцы плеча .	496
Локоть.....	498
Синдром канала запястья.....	502
Синдром канала Гийона.....	507
Идиопатический сколиоз.....	508

Глава 12 - СИСТЕМНЫЕ НАРУШЕНИЯ. . . 515

Синдром илеоцекального клапана.....	515
Дифференциальная диагностика и лечение . . .	521
Толстая или ободочная кишка.....	522
Стресс надпочечников.....	526
Физиология надпочечников.....	529
Обследование	533
Стресс поддержки уровня сахара в крови . . .	538
Резистентность к инсулину и синдром X.....	550
Надпочечники, сахар, печень, сульфаты и суставы	552
Аллергии и гиперчувствительность.....	555
Ретроградная лимфатическая техника.....	564
Щитовидная железа.....	567
Гиперлиппротеинемия.....	577
Гипертония.....	590
Шишковидная железа.....	596
Мужские / женские заболевания.....	597
Мышца, поднимающая задний проход.....	602
Техника лифта (подъема) матки.....	603
Диафрагма.....	604
Диафрагмальная грыжа.....	611
Ионизация.....	614
Ретикулярная активационная система.....	619
Словарь специальных терминов.....	642

OBSERVE, OBSERVE, OBSERVE!..

НАБЛЮДАЙТЕ, ПОДМЕЧАЙТЕ, ИССЛЕДУЙТЕ!..

ДЖОРДЖ ГУДХАРТ

В прошлом мы часто жаловались на большие трудности в диагностике и выборе тактики лечения пациента. Часто задавались вопросом, что, где и как это сделать, чтобы быстро и безболезненно помочь человеку. В течение последних 20 лет ситуация полностью изменилась: не приходится уже говорить о невозможности получения знаний, открывающих новые горизонты в профессиональной деятельности врача любой специальности. А об обилии новых методов диагностики и лечения можно только мечтать, но не все и не всегда могут ими воспользоваться из-за технических сложностей и высоких цен.

Поэтому вопрос о доступном для всех методе восстановления и поддержания хорошего здоровья становится еще более значительным.

Важно осознать, что многообразие различных медикаментов не решает проблем со здоровьем, а трудность их индивидуального подбора при тех или иных заболеваниях у конкретного пациента даже может усугубить эти проблемы.

А нужно ли вообще назначать какие-либо медикаменты? Может быть разнообразие жалоб, с которыми приходит к нам пациент, имеет одну причину: в нарушении движения в позвоночнике, суставах рук и ног, мышечных спазмах и слабости, или в нарушении биохимических процессов, которые ежесекундно тысячами происходят в каждой клетке организма, или в эмоциональном стрессе, снижении настроения, депрессии, возбуждении, тревоге, страхе, - ведь человек един, его нельзя разделить на отдельные ткани, органы и системы.

Гениальный американский врач Джордж Гудхарт в 60-е годы прошлого столетия, наблюдая, подмечая и исследуя своих пациентов с разными проблемами, создал уникальную систему диагностики и лечения, которую назвал прикладная кинезиология (кинезис - движение, логос - наука) - наука обо всех формах движения (механической, химической, эмоциональной) в приложении к человеческому бытию.

Прикладная кинезиология рассматривает:

- взаимосвязь между структурными, химическими и ментальными факторами здоровья и болезни;
- взаимоотношения между структурными дефектами и нарушениями гомеостаза, проявляющимися при функциональных заболеваниях.

Методы прикладной кинезиологии основаны на мануальном мышечном тестировании (ММТ) - феномене тела человека изменять силу сокращения мышц в ответ на различные воздействия.

Российские врачи впервые познакомились с этим методом в 1991 году. Мы были потрясены оригинальностью и простотой метода работы с телом человека, его мышцами. «Тонкий язык тела» позволяет нам не только быстро поставить диагноз, но и очень точно, а главное, индивидуально, назначить и провести лечение и не требует дорогостоящего оборудования. За эти годы в Россию приезжало очень много выдающихся специалистов по прикладной кинезиологии из разных стран. Благодаря им, более 3-х тысяч врачей познакомились с прикладной кинезиологией и успешно применяют ее в своей работе. Интерес к этому методу постоянно растет. И остро стал вопрос о книге, где были бы собраны все «жемчужины» прикладной кинезиологии, разработанные Дж.Гудхартом и его соратниками. Этот фундаментальный труд был издан впервые в 1988 году в США другом и единомышленником Джорджа Гудхарта - Дэвидом Уолтером. В 2000г. вышло второе издание книги, в которую было включено много новых научных данных полученных за эти годы. И вот, наконец, долгожданная книга издается на русском языке. В ней собран весь материал по основам прикладной кинезиологии и в доступной форме излагается читателю. Книга будет интересна для прочтения не только медицинским работникам, но и всем равнодушным к своему здоровью людям, пробуждая интерес к дальнейшему изучению ПК.

*Президент Российского Отделения
Международной Ассоциации
прикладной кинезиологии
Д.м.н., Д.О.,
Т.Н. Чернышева*

Предисловие



Предисловие к второму изданию

Прикладную кинезиологию можно рассматривать как дополнение к стандартным методам диагностики в общей медицинской практике. Она позволяет оценить реакцию организма на различные виды стимуляции нервной системы. Шмидт сравнивал методы прикладной кинезиологии с функциональной неврологией, поэтому очень важно иметь представление о нормальной реакции организма на стимуляцию нервной системы, чтобы адекватно оценивать результаты мануального исследования различных мышц.

В настоящее время отмечается быстрый рост популярности прикладной кинезиологии среди медицинских работников США и многих других стран. К примеру, недавно был открыт филиал Международного колледжа прикладной кинезиологии в России.

К сожалению, «кинезиологией» интересуются и непрофессионалы, которые не могут связать результаты мануального исследования мышц с данными стандартных методов диагностики. Такая «кинезиология» приносит пациенту один только вред. Многие «специалисты», с которыми мне приходилось сталкиваться, не умеют качественно выполнить мышечное исследование. Только вчера я беседовал с пациентом, который накануне посетил встречу с демонстрацией методов «кинезиологии». На этой встрече они держали пакет с сахаром на уровне предполагаемого солнечного сплетения, и у нашего пациента была выявлена слабость мышц в тесте с опусканием руки. После того, как он рассказал мне об этом, я ответил: «Разрешите показать вам кое-что». Я выполнил тест с опусканием руки, который показал достаточную силу мышц. Затем я сделал несколько круговых движений своей рукой и повторил тест, но теперь мышцы оказались слабыми. Пациент удивленно спросил: «Что же вы сделали? Вы разрушили мою ауру?» Я повторил те же движения, и тест снова показал сильные мышцы. После этого я объяснил пациенту, что

мы просто изменили параметры теста за счет изменения его скорости. Таким образом, играя с параметрами, мы можем получать совершенно разные данные для одного и того же теста. Возможно, ведущий вчерашнего собрания был уверен в своих действиях, однако не мог правильно интерпретировать результаты теста. Здесь мы кратко коснулись методики выполнения теста с опусканием руки и параметров мышечного тестирования в целом, которые более подробно рассматриваются в Главе 8. Необходимо помнить, что при обследовании пациента учитывается множество факторов, которые могут сказаться на его состоянии.

Второе издание Справочника по прикладной кинезиологии включает материалы оригинального издания с некоторыми изменениями, которые связаны с развитием самой дисциплины. Кроме того, были добавлены новые данные, появившиеся после выхода первой книги.

Предисловие к первому изданию

Когда я начинал работу над этой книгой, то думал, что она будет написана легко и быстро. Однако это предположение было слишком самоуверенно. Во-первых, предмет прикладной кинезиологии чрезвычайно обширен, и, во-вторых, она тесно связана с другими науками, поэтому выделить ее в отдельную дисциплину достаточно сложно.

Со времени появления прикладной кинезиологии в 1964 году возникло множество клинических техник. В прикладной кинезиологии мы имеем дело с различными функциями организма, и новые техники позволяют лучше понять их взаимосвязь между собой и с организмом в целом.

Настоящее пособие преследует цель обзора основных понятий и методик прикладной кинезиологии, а также новых данных, которые еще не были опубликованы в виде отдельной книги. Начинающий кинезиолог сможет найти в ней полноценное введение в предметную отрасль, а опытный специалист - обширный справочный материал и описание новых техник.

Основная часть книги посвящена обзору техник прикладной кинезиологии, но некоторые разделы рассматривают отдельные проблемы более подробно. Например, Глава 4 «О питании» подробно описывает влияние техники стимуляции вкусовых и обонятельных рецепторов на работу организма в целом, что подтверждается рядом клинических наблюдений. Глава 7 «О меридианной терапии» объясняет феномен меридианов и приемы работы с ними для тех, кто еще не знаком с этой техникой. Я часто думаю о том, как много врачей не имеют достаточных знаний о меридианной системе и не понимают «языка тела» своих пациентов. Специалисты, знакомые с традиционной акупунктурой, найдут в этом разделе важную информацию по диагностике меридианального дисбаланса. Знания меридианальной системы и техники акупунктуры насчитывают тысячи лет. Прикладная кинезиология стала одной из немногих дисциплин, которые развили эти направления.

В своей работе врачи-кинезиологи часто сталкиваются с проблемами страхования. Система классического здравоохранения выработала определенные критерии постановки диагнозов. Но как быть с пациентом, который обратился к вам с жалобами на головную боль, однако объективное обследование и лабораторные исследования не выявили каких либо отклонений? Очень часто такой пациент классифицируется как психосоматический. Однако методы прикладной кинезиологии позволяют выявить у него нарушение работы нервной системы с многими сопутствующими факторами, как описано в Главе 5. Итак, каков же диагноз в данном случае? В классической медицине «головная боль» считается всего лишь симптомом, и Международная классификация болезней не учитывает все те неврологические факторы, которые могли привести к ее появлению.

На протяжении всей книги мы будем говорить о пациенте и враче в мужском роде, как и в предыдущем абзаце. Это отнюдь не признак неуважения к практикующим врачам-женщинам или их пациенткам, а лишь попытка упростить изложение материала, так как сложные местоимения он(она) или он(а) существенно осложнили бы его восприятие.

Методы прикладной кинезиологии являются важным дополнением к классической функциональной диагностике, т.к. позволяют наиболее полно оценить состояние пациента. Эти методы, впервые предложенные Джорджем Гудхартом, позволяют естественным образом устранять различные функциональные нарушения, список которых постоянно расширяется. Возможность по-новому оценивать функции организма позволила разработать множество корректирующих методов, которые позволяют восстановить здоровье пациентов. Основной принцип прикладной кинезиологии заключается в том, что организм способен к саморегуляции и самовосстановлению. Поэтому методы прикладной кинезиологии направлены на поиск и устранение факторов, которые мешают восстановлению нормального состояния организма.

В Главах 11 и 12 по ортопедическим и системным нарушениям излагается подход, применяемый в прикладной кинезиологии для коррекции различных заболеваний. Работа над этими главами была самой трудной частью в процессе создания этого справочника. Польза материала, изложенного в предыдущих главах, зависит от способности врача применить его на практике. В Главах 11 и 12 рассмотрены все методы обследования и лечения, ранее упоминавшиеся в этой книге. Эти главы показывают, как методы прикладной кинезиологии позволяют лечить различные заболевания путем оценки отдельных функций с помощью терапевтической локализации, провокации и мышечного тестирования. Они также касаются диетотерапии и ее важности при определенных нарушениях. При многих заболеваниях могут быть полезны коррекция стоматогнатической системы с опосредованным воздействием на черепные нервы, а также меридианальных нарушений и изменений со стороны позвоночника. Как говорил Гудхарт, важно установить потребность, удовлетворить ее и оценить полученные результаты.

Книга, представленная вашему вниманию, плод сотрудничества многих людей и организаций. Зарождение и развитие прикладной кинезиологии во многом обязано любознательности и пылливому уму ее основателя, Дж. Гудхарта. Большая часть книги основана именно на его суждениях. Без его идей не возникли бы многие диагностические и лечебные техники, которые сейчас активно применяются в прикладной кинезиологии. Они также легли в основу новых методов, разработанных врачами-кинезиологами, многие из которых являются членами Международного колледжа прикладной кинезиологии (ИСАК). Многие идеи, использованные в данной книге, я подчеркнул на конференциях по прикладной кинезиологии, которые проводятся раз в полгода. Эти идеи настолько многочисленны и разнообразны, что я уже затрудняюсь назвать тех людей, которые их предложили. Поэтому я заранее прошу прощения, если в своем труде цитирую их мысли без ссылки на источник. Своим развитием прикладная кинезиология обязана действиям сплоченного коллектива единомышленников. Я благодарю всех авторов Общих тезисов Международного колледжа прикладной кинезиологии, а также исследователей, чьи научные работы упоминаются в настоящей книге.

Я также хочу отметить вклад своего секретаря, Кэрол Анны Хапп, которая разбирала мои записи, работала над стилем и синтаксисом этого текста, сделав его приемлемым для читателя.

Не могу не отметить своего незаменимого помощника, координатора семинаров Даниеля Р.Максона. Он помог с фотографиями для данной книги.

Иллюстративный материал, представленный в книге и применяемый нами на занятиях, был сделан Дэвидом М.Гевинном. Фирма Syswtems DC помогла сделать эти иллюстрации в формате цветных слайдов на 35 мм. Теперь они используются многими преподавателями прикладной кинезиологии.

И наконец, я хотел бы выразить мою признательность и любовь своей жене и лучшему другу Джоанне. До моего увлечения преподаванием и созданием учебных пособий по прикладной кинезиологии она руководила издательством. После этого она посвятила свое время издательству материалов по прикладной кинезиологии. Благодаря ей увидела свет эта книга, а также множество учебных пособий по прикладной кинезиологии.

Настоящий справочник по прикладной кинезиологии можно рассматривать как ящик с инструментами. Однако эти инструменты следует использовать с точки зрения научного подхода и в сочетании с другими методами диагностики, принятыми в классической медицине. Прикладная кинезиология является ценным дополнением к современной диагностике, но не должна использоваться как единственный метод постановки диагноза. При правильном использовании методы прикладной кинезиологии позволят вам и вашим пациентам добиться успеха в процессе лечения.

*Дэвид С. Уолтер,
дипломированный специалист
по хиропрактике, ИСАК*

Стресс-рецепторы

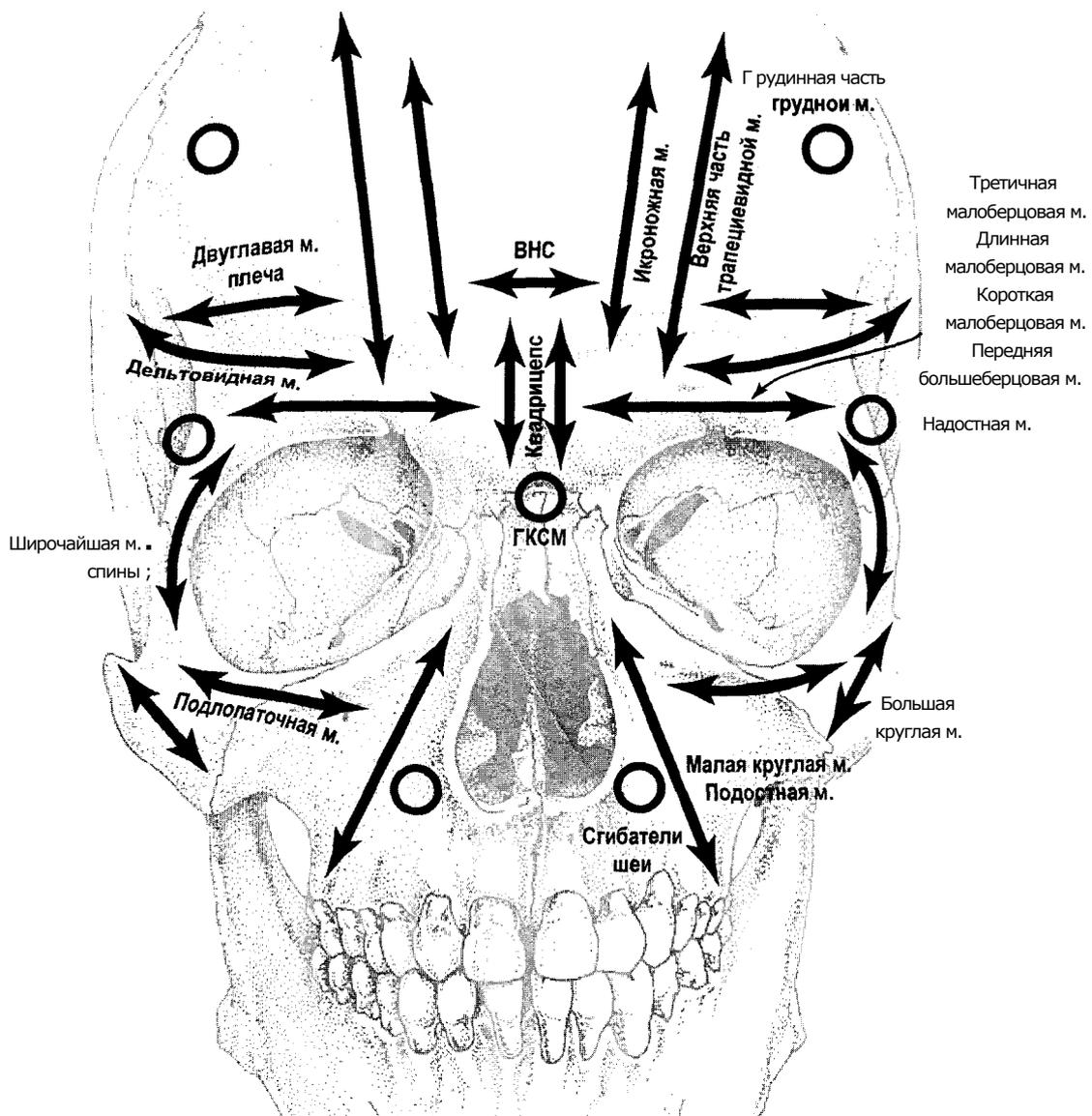
Кожные рефлексы, расположенные на черепе, известны в прикладной кинезиологии как «стресс-рецепторы». Эти рефлексы дают реакцию на линейное стимулирование пальцами врача в определенной фазе дыхания пациента.

Эти рефлексы могут вызывать улучшение в мышцах, тестирование которых показало их слабость, и, кроме того, могут снижать активность мышц с повышенным тонусом, которые склонны к судорогам или уже находятся в состоянии спазма.

Это были первые рефлексы в используемых в прикладной кинезиологии терапевтических подходах,

относящихся к мышцам с повышенным тонусом. Кроме улучшения мышечной функции, через соматовисцеральный рефлекс влияние оказывается также на органы и железы. Каждый рефлекс связан с мышцей; влияние же оказывается на ассоциированный с мышцей орган или железу.

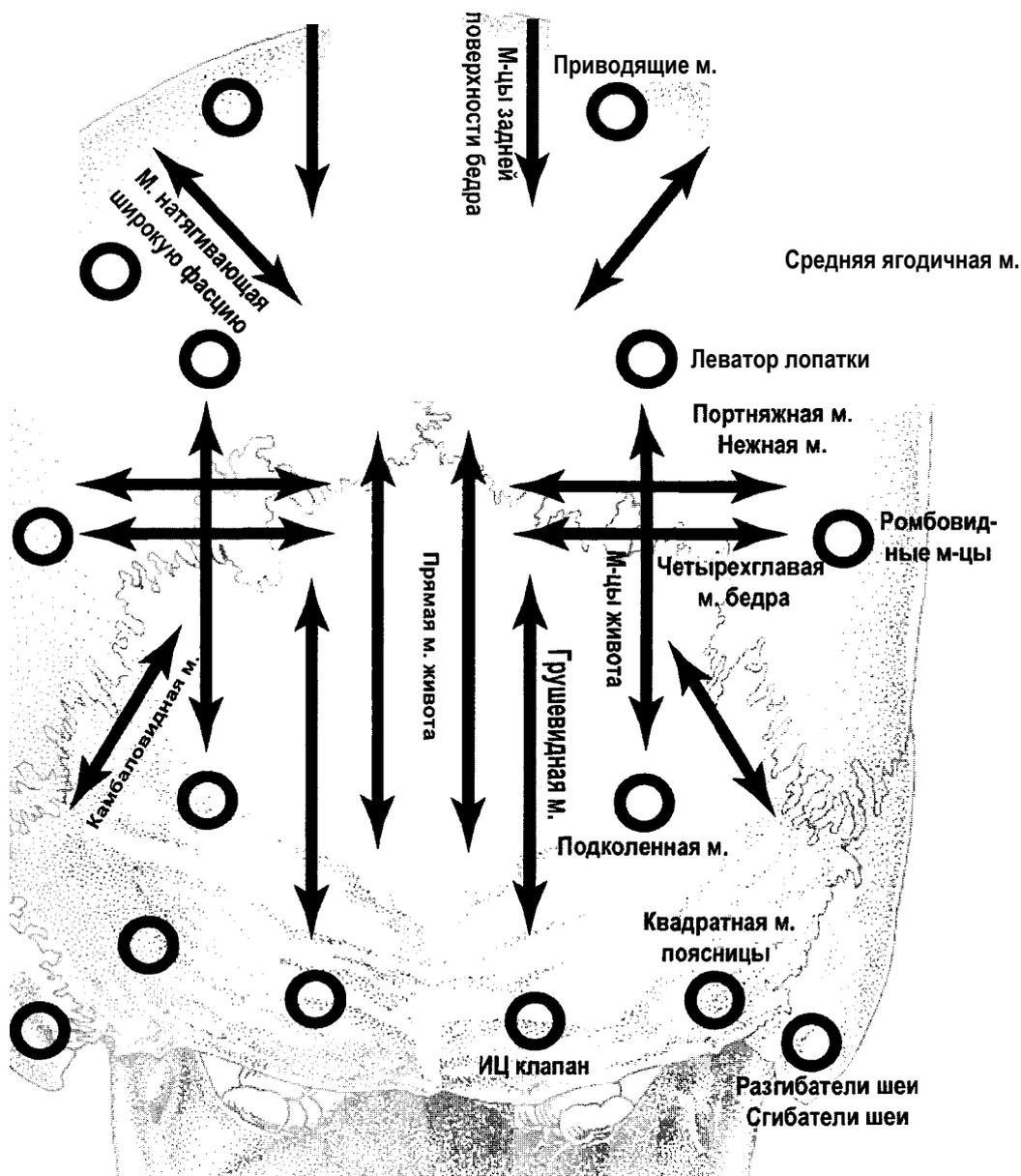
Стресс-рецепторы могут оказаться активными без видимых причин, однако, обычно, в рефлекторной зоне, в анамнезе присутствует предшествующая травма. Эта травма может быть как недавней, так и весьма отдаленной.



Активные стресс-рецепторы можно обнаружить с помощью терапевтической локализации. Принято следовать обычным подходам к терапевтической локализации. При терапевтической локализации на стресс-рецептор, мышца, слабая в результате активности стресс-рецептора, усиливается, а мышца с повышенным тонусом, наоборот, ослабевает.

Направление линейной стимуляции стресс-рецептора определяют при помощи провокации. Провокация означает простое использование пальцевого давления

на стресс-рецептор и тестирование изменение силы в ассоциированной мышце. Давление оказывается врачом, который ведет палец по коже над стресс-рецептором. Некоторые стресс-рецепторы, как это показано на схемах, имеют продолговатую форму, и обычно реагируют на стимулирование только в двух направлениях. Некоторые рецепторы представлены на схеме окружностями. Они реагируют на более короткую линейную стимуляцию, которую можно проводить в любом направлении.



Проприоцепторы мышц

Проприоцепторы мышц состоят из сухожильных органов Гольджи и нервно-мышечных веретен. Они являются инструментами регуляции мышц, в которых находятся, и, кроме этого, усиливают действие суставных рецепторов в создании ощущения положения тела. Мышечное участие в проприоцепции было продемонстрировано в экспериментах с местной анестезией суставов и кожи пальца или даже всей кисти³³. Поскольку мышцы, движущие пальцами, местной анестезией не затрагиваются в силу их удаленности, то и афферентный поток остается без изменений. Сохраняющаяся при этом у человека проприоцептивная способность указывает, что рецепторы растяжения, такие как мышечные веретена, участвуют в формировании ощущения положения сустава.

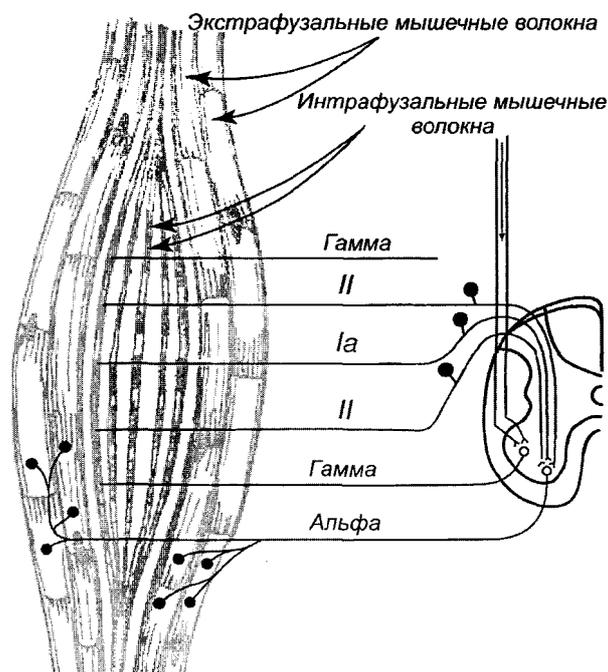
Другим экспериментом, способствующим пониманию роли мышц в ощущении положения, была тяга за сухожилие мышцы при иммобилизованном суставе³⁴. Этот опыт проводили во время хирургических операций, при которых структура (палец или кисть) подвергались иммобилизации, и при этом тянули за сухожилие нормально двигающейся мышцы. Даже при том, что структура, которая обычно при помощи мышцы двигалась, в данных условиях оставалась неподвижной, растяжение мышцы вызывало у человека ощущение, что палец, или другая исследуемая структура, двигаются. Поскольку некоторым пациентам во время операций не удавалось наблюдать за своими ощущениями, McCloskey³⁴ попросил своих коллег помочь ему в эксперименте на себе «...в котором сухожилие (его) длинного разгибателя большого пальца стопы было подвергнуто местной анестезии, перерезано, а потом за него тянули, имитируя тягу мышцы. Это делали при полностью иммобилизованной стопе и пальцах ног. Без зрительной или иной обратной связи (он) мог легко распознавать тягу менее 1 мм, прикладываемую к мышце (при скорости около 2,5 мм/сек), и это ощущалось как подошвенное сгибание терминального сустава большого пальца стопы; то есть, как движения, которые обычно вызывались аналогичными растяжениями тестируемой мышцы». Дальнейшим доказательством того, что рецепторы суставных капсул и связок не являются единственными факторами, создающими чувство положения, является то, что после полной пересадке сустава (капсула и связки удалялись вместе с нервами) чувство положения сустава сохраняется. При этой операции кожа, в основном, остается нетронутой. Исследования Gandevia и McCloskey¹¹ показывают, что проприоцептивная острота восприятия является наивысшей, когда участвуют все рецепторы, и уменьшается, если связь с мышцей прервана. Начальное обследование и лечение в прикладной кинезиологии направлено на мышцу, в которой находятся проприоцепторы.

Нервно-мышечные веретена

Нервно-мышечные веретена располагаются во всей мышце, причем наивысшая их концентрация наблюдается в центральном брюшке. Концентрация нервно-мышечных

веретен зависит от типа мышцы, в которой они находятся. В постуральных (тонических) мышцах их концентрация меньше, наибольшую же концентрацию они имеют в мышцах с более тонким управлением (фазных).

Длина мышечного веретена варьирует от 2 до 20 мм, они обернуты листком, создающим заполненную жидкостью полость. В этой полости расположено от трех до десяти мелких мышечных волокон, называемых интрафузальными, что отличает их от более крупных скелетных, или экстрафузальных волокон. Интрафузальные волокна тонкие, и силе скелетных мышц не способствуют. Интрафузальные волокна прикрепляются к экстрафузальному мышечному листку таким образом, что они растягиваются или укорачиваются вместе с экстрафузальными волокнами. Задача нервно-мышечного веретена — действовать как блок сравнения экстра-интрафузальных волокон. Это производится за счет поступления эфферентных и афферентных сигналов к интрафузальным волокнам. Длина интрафузальных волокон регулируется моторными гамма-нейронами. О напряжении интрафузальных волокон поступают сообщения по афферентным волокнам типов Ia и II. В целом, афференты веретен создают возбуждение в мышце, в которой они находятся, создают облегчение в синергических мышцах и эффект торможения - в мышцах-антагонистах.



2—61. Нервно-мышечное веретено

Влияние нервно-мышечного веретена на силу мышцы можно наблюдать, когда врач проводит его стимуляцию у здорового человека. Большие пальцы располагаются примерно в 5 см друг от друга на брюшке мышцы и очевидном расположении нервно-мышечных волокон. Применяется довольно сильное пальцевое давление при движении больших пальцев навстречу друг другу,

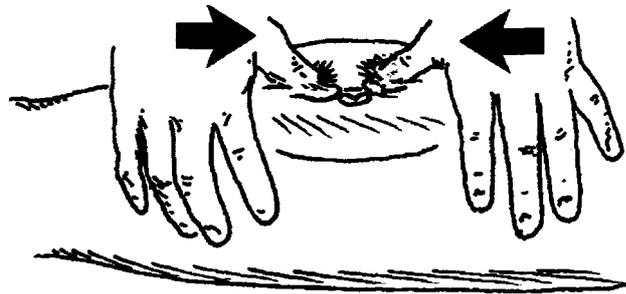
параллельно мышечным волокнам. Затем проводят тестирование мышцы на слабость. Представляется, что такое действие пальцами оказывает давление на интрафузальные мышечные волокна, уменьшая поток афферентных импульсов и, в свою очередь, вызывая временное торможение в экстрафузальных волокнах. Этот эксперимент может требовать повторения, поскольку способа точно определить расположение нервно-мышечного веретена не существует. Торможение мышцы длится достаточно долго, чтобы провести тестирование два или три раза.

Обратимость эффекта от стимуляции нервно-мышечных волокон может быть немедленно достигнута врачом при разведении нервно-мышечных веретен. Следует подчеркнуть, что здоровая мышца при разведении веретен сильнее не становится. Это будет нечто вроде попытки сделать нормальное еще более нормальным. Исследования, проведенные для проверки гипотезы нервно-мышечных веретен АК, и основанные на этом ошибочном предположении, успеха не имели²⁰. Лечение методами прикладной кинезиологии направлено только на дисфункциональные нервно-мышечные веретена, которые вызывают аномальное функционирование мышцы. Если манипуляцией с нервно-мышечными веретенами достигают возвращения нормальной функции, то всегда возникает подозрение, что функция нервно-мышечных веретен была нарушена травмой. Гипотетически нарушение может возникать из-за слипания интра- и экстрафузальных волокон, из-за чего они не могут скользить относительно друг друга при решении сравнительных задач. Другая возможность - отек, вызывающий сдавливание и стимуляцию области ядерной сумки. Эти механические нарушения могут вызывать либо гипер-, либо гипоактивность нервно-мышечных веретен, передавая ошибочную информацию через простые олигосинаптические петли к нейронным пулам, и влияя на одноименные или иные мышцы.

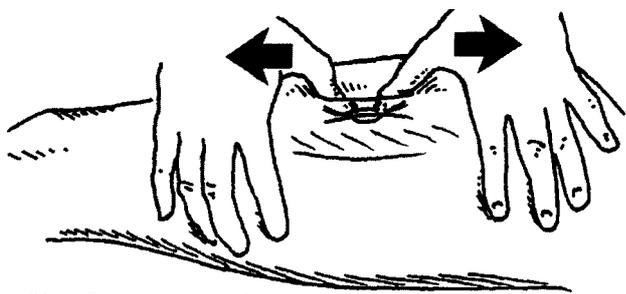
Диагностика и лечение. Чтобы определить возможную дисфункцию нервно-мышечного веретена, вызывающую повышение тонуса или слабость мышцы, используют терапевтическую локализацию и пальпацию. Диагноз легче поставить в случае слабости мышцы. Когда пациент проводит терапевтическую локализацию на нервно-мышечном веретене, мышца становится сильной. Нервно-мышечное веретено с нарушением функции обычно можно определить пальпацией. Оно ощущается как фиброзная зона в мышечной ткани, и обычно бывает весьма чувствительно к сильному нажатию пальцами. Обычно вначале пальпируют фиброзную область, затем проводят терапевтическую локализацию для экономии времени при поиске мышцы терапевтической локализацией.

Для лечения нервно-мышечного веретена, вызывающего слабость мышцы, расположите большие пальцы над определенной пальпацией и терапевтической локализацией областью, и разводите их в стороны с усилием от 1 до 7 кг. Иногда может понадобиться более сильное давление. Как уже говорилось, эта область

у пациента будет повышено чувствительной. Тяга веретена выполняется несколько раз в общей зоне. После лечения мышца при тестировании покажет силу, и тогда повторного лечения не требуется.



2—62. Давление пальцами по направлению к концам нервно-мышечного веретена для ослабления мышцы.



2—63. Направление давления пальцами для усиления мышцы, которая является слабой вследствие явного нарушения функции нервно-мышечного веретена.

Для лечения мышцы с тонусом, повышенным в результате дисфункции нервно-мышечного веретена, измените на обратное направление давления. Войдите в контакт с обоими концами области, определенной пальпацией и терапевтической локализацией и примените тот же тип давления к обоим концам веретена, но направление - к центру. Определить адекватность лечения при повышенном тонусе мышцы труднее, так как мышца - при условии ее возвращения к нормальному состоянию - при мануальном тестировании будет показывать нормальную силу. Наилучшим способом оценки адекватности лечения нервно-мышечного веретена будет проверка положительной терапевтической локализации, которая должна после лечения исчезнуть. Если мышца с повышенным тонусом отвечала за ограниченный диапазон движения, он увеличится.

Оптимальным применением давления к дисфункциональному нервно-мышечному веретену будет давление на веретено, направленное либо на разведение, либо на сближение, о чем говорилось выше. На мелких мышцах контакт двумя пальцами невозможен. Применяйте как можно более точную пальцевую стимуляцию одним пальцем в тех же направлениях. Обычно лечить нервно-мышечные веретена довольно легко, даже в мелких мышцах, контакт с которыми затруднителен.

Дисфункция нервно-мышечного веретена, которая влияет на удаленную мышцу, называется реактивной мышечной парой. В этом случае требуется другой вид обследования, о котором мы будем говорить позже.