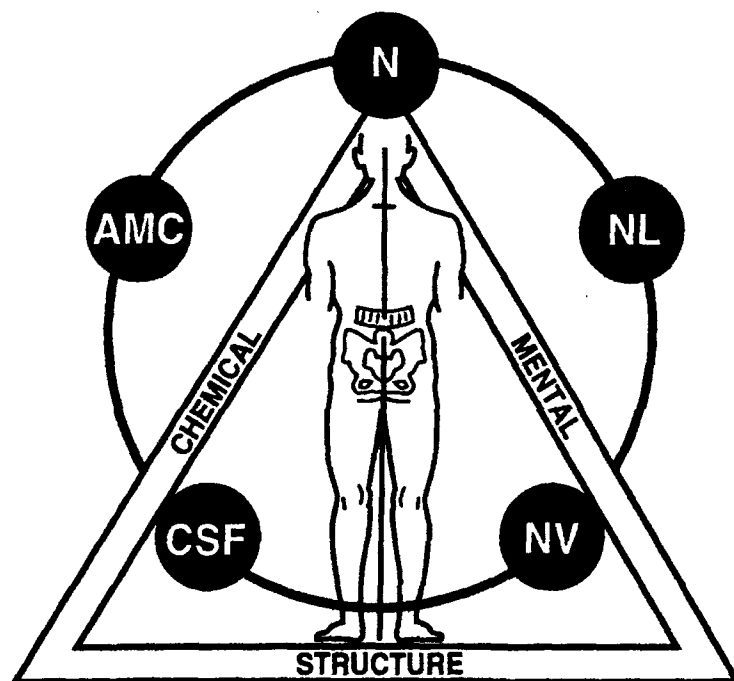


Российский государственный медицинский университет имени Н.И. Пирогова Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом неврологии и традиционной медицины

Васильева Л.Ф.

***Теоретические основы
прикладной кинезиологии***



Москва 2003

УДК 681.327.1(075)
ББК 32.973.2-044я7

Васильева Л.Ф.
Теоретические основы прикладной кинезиологии.

ISBN 5-272-00347-0

Данное методическое руководство предназначено для практических занятий по прикладной кинезиологии.

В нем собрана информация, полученная на международных семинарах, проводимых J. Sheifer в России. Эта информация дополнена, систематизирована и обобщена. Кроме того, в руководство вошли собственные оригинальные исследования автора по компьютерному анализу феномена мышечной слабости.

Многие иллюстрации заимствованы из классических текстов:

- Physical Examination of the Spine and Extremities and Orthopedic Neurology by Horrenfeld (Физическое исследование позвоночника и конечностей и Ортопедическая неврология).
- The Physiology of the Joints, vol. 1, by Kapandji (Физиология суставов).
- Devid Walter Applied kinesiology: Synopsis (Прикладная кинезиология).

ISBN 5-272-00347-0



9 785 272 003478

Типография «ВИС» г.Москва, Проектируемый пр-д, д.3

Подписано в печать 28.04.03. Формат А4, Усл. п.л.38,7 Тираж 200 экз. Заказ №559

ISBN 5-272-00347-0

1. ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ

Прикладная кинезиология – наука о движении во всех её формах (механического, химического, энерго-информационного) и проявлениях, в приложении к человеческому организму. Наука о способах диагностики нарушения движения и выборе методов его коррекции (мануальная терапия, гомеопатия, аллопатия, эмоциональная коррекция). Она основана на наличии в организме функциональных связей между любыми функциональными нарушениями организма (явными и скрытыми) и тонусом скелетных мышц.

Что такое функциональные нарушения в организме – нарушение частоты, направления, амплитуды движения эндоритма составляющих его тканей. В результате возникновения нарушения эндоритма одной структуры нарушается эндоритм тканей ассоциированных с поврежденным органом.

Чем они отличаются от органических? Они построены по законам нормальной биомеханики и биохимии, но неадекватно условиям внешней и внутренней среды.

Зачем необходимо изучать эти изменения, если они клинически не проявляются? Ткани с нарушенным эндоритмом снижают функциональную активность и формируют компенсаторную перегрузку в соседних органах. Функциональная перегрузка органа проявляется на эмоциональном, химическом или механическом уровне в виде клинической манифестации различных заболеваний. Именно поэтому при любом заболевании присутствуют различные варианты функциональных нарушений: например, ограничение подвижности суставов, спазм мышц, интоксикация, воспаление, депрессия. и.т.д

Почему прикладная – потому что любое нарушение в организме отражается на тонусе и возбудимости скелетных мышц. Поэтому, изучая состояние скелетных мышц, можно иметь представление о состоянии разных структур.

Почему именно движение является индикатором функциональных нарушений?

Движение – способ существования живой материи, обмена с окружающей средой Оно представлено разнообразными вариантами и формами.

Варианты обмена организма с окружающей средой – обмен материей, информацией, энергией.

Формы движения – условно разделены на механические, химические, энерго-информационные. Обладают взаимовлиянием и взаимопереходом одного в другое.

Что понимается под механической формой движения?

Механическая форма движения – активная, пассивная, собственный эндоритм органов.

Активное движение - перемещение костей, мышц, и других частей опорно-двигательного аппарата под воздействием собственной нервной системы.

Пассивное – перемещение элементов организма под воздействием внешних воздействий другого человека или прибора.

Эндоритм – собственный ритм тканей, запрограммированный на генетическом уровне, характеризующийся отличной от других частотой, направлением и амплитудой движения для каждой совокупности элементов, составляющих органы (фотоны - электроны – ядро – атомы – молекулы – клетки – ткани - органы - системы).

Чем отличается механическая форма движения от химической или энерго-информационной?

Химическая форма движения - химические реакции распада и синтеза веществ – фотоны – электроны - ядро - положительно и отрицательно заряженные ионы).

Энерго-информационная форма движения – обмен тепловой, световой, цветовой, электромагнитной энергией с окружающей средой.

Мышечное тестирование – ручной способ диагностики изменения функционального состояния тонуса скелетной мышцы, как универсальной реакции организма на наличие химического, механического или энерго-информационного воздействия на уровне структур, ассоциированных с тестируемой мышцей: висцерального органа, меридиана, позвоночного двигательного сегмента, эмоцией, витаминов, минералов, жирных кислот.

В чем ценность прикладной кинезиологии для врача любой специальности?

Любое заболевание, даже в доклинической стадии, активизирует в организме множество компенсаторных функциональных связей между разными формами движения в организме (висцеро-моторные, вертебро-моторные, висцеро-эмоциональные и и.т.д.). Клиника функциональных связей проявляется манифестацией нарушений на концевом участке функциональных цепей. Например, поражение висцерального органа – болевыми мышечными синдромами позвоночника.

Каким образом можно выявить эти взаимосвязи?

Прикладная кинезиология. обладает универсальным методом диагностики функционального снижения тонуса мышцы - мышечным тестированием. Любое функциональное нарушение в организме приводит к снижению тонуса конкретной скелетной мышцы, которое диагностируется универсальным методом мышечного тестирования (аналогично сухожильным рефлексам для диагностики нервной системы). При этом тонус мышцы очень мобилен и восстанавливается при подборе правильного лечения. Метод диагностики прост, удобен для использования в практике, применим для диагностики не только у взрослых, но и детей, и новорожденных.

Какие заболевания диагностируются? Прикладная кинезиология диагностирует функциональные нарушения в структурных, химических и эмоциональных процессах, которые предшествуют, сопутствуют клинически различным заболеваниям и остаются после любого заболевания. Основываясь на диагностике их наличия, прикладная кинезиология позволяет найти основную причину любого заболевания, подобрать (объективно) лекарство, его дозировку, подтвердить, что заболевание окончательно устранено.

Что является теоретической основой прикладной кинезиологии - представление о патобиомеханических изменениях с позиции преимущественно первичного формирования функционально расслабленной мышцы. Укороченные мышцы и функциональные блоки - проявление компенсаторной реакции на статическую и динамическую перегрузку, которые самостоятельно исчезают при устранении расслабления мышцы. С этих позиций, *расслабленная мышца - индикатор* функциональных нарушений организма на разных уровнях формирования нейрологической дезорганизации и *провокатор* болевых мышечных синдромов в разных регионах позвоночника и конечностей, вследствие их компенсаторной биомеханической перегрузки

Ассоциативные связи - явления резонанса между эндоритмами определенной скелетной мышцы - висцерального органа, расположением меридиана, позвоночным двигательным сегментом, испытываемой эмоцией, витаминами, минералами, жирными кислотами (Goodhearth, 1963). В медицине они носят название висцеро-моторные, вертебро-моторные, меридианно-моторные, эмоционально-моторные и др. Эти связи выявлены эмпирически и часть из них подтверждены экспериментами на животных и нейрофизиологическими и клиническими наблюдениями за пациентами (И. П. Павлов, М.Р.Могендович)

Мото - висцеральные рефлексy – дисфункция висцеральной системы, как реакция на изменение тонической активности мускулатуры для поддержания тела и фазно-тонической активности - связанной с её передвижением (И.А. Аршавский 1941). На этом представлении основана лечебная физкультура.

Висцеро-моторные рефлексы - снижение тонической и фазно-тонической активности мускулатуры, как реакции таламо-паллидарной системы на снижение афферентации из висцеральных органов.

Почему такое большое значение придается висцеро-моторным рефлексам?

Потому что для человека принципиально важно, что он съест и как он усваивает пищу. Пищеварительный рефлекс возникает одним из первых, как жизненно важный.

Как давно известны висцеро-мышечные взаимосвязи и что о них говорит официальная медицина? Они известны со времен работ И.П. Павлова, М.Р. Могнедовича.(1936-1941) Ими установлено в эксперименте на животных, что дисфункция висцерального органа связана с тонусом скелетных мышц. Позднее эти же данные подтвердились при проведении мышечного тестирования у пациентов нашими американскими коллегами (1966). Например, эндоритм тонкого кишечника находится в резонансе с прямыми мышцами живота, а толстого - с квадратными мышцами поясницы. Именно результаты этих исследований позволяют объяснить: почему пациенты с дисфункцией тонкого кишечника раскачиваются при ходьбе и имеют постоянно рецидивирующую цервикобрахиалгию, а пациент с дисфункцией толстого кишечника страдает от люмбоишиалгии и псевдокорешкового синдрома.

Как связана мануальная терапия с акупунктурой? Ведь в их основе лежат совершенно разные представления о болезни?

Местом соединения этих двух специальностей служат висцеро-меридианные взаимосвязи. Они известны со времен восточной медицины. Установлено, что каждый орган имеет определенную частоту и направленность своего эндоритма, который находится в согласованности с активностью определённых точек на теле человека, объединенных в определенный меридиан. Именно поэтому, меридианы имеют названия по названию висцерального органа с ним согласованного. При этом установлено, что время активности соответствующего меридиана характеризуется повышением жизненных сил и увеличением амплитуды эндоритма конкретного висцерального органа. Поэтому при дисфункции органа, когда ограничивается его подвижность и снижается амплитуда его эндоритма, страдает часто меридиан. Именно поэтому, во время активности ассоциированного меридиана, увеличивается функциональная слабость ассоциированных мышц и повышается клиническая манифестация компенсаторно перегруженных мышц. Именно этим объясняется, почему пациенты с дисфункцией печени просыпаются утром от парестезии в пальцах рук, а пациенты с дисфункцией кишечника не могут лежать на спине с 5 до 7 часов утра, испытывая жгучие, тупые боли в пояснице.

Какое отношение имеет мануальная терапия к коррекции эмоций?

Висцеро-эмоциональные связи. Как известно, каждый меридиан, связанный с определенным висцеральным органом, соответствует определенному эмоциональному состоянию, преобладающему у пациента. Например, печень и гнев, почки - страх. Это позволяет объяснить, почему пациент с дисфункцией печени всегда раздражен и недоволен, а пациент с дисфункцией почек не может освободиться от фобий. И пока эти эмоции преобладают, у пациента присутствует дисфункция органа и ассоциативные мышцы гипотоничны и гиповозбудимы.

Какая должна быть последовательность в диагностике функциональных нарушений с позиции прикладной кинезиологии?

1. Какие структуры организма оказались функционально перегружены, и поэтому формируют клиническую манифестацию заболевания?
2. Какие органы или ткани оказались функционально несостоятельны и поэтому потребовали формирования компенсации?
3. Почему вышеприведенные органы и ткани не включились в работу?

На каком уровне механического, химического, энерго-информационного воздействия произошел сбой? Варианты нарушения механического движения: изменение его направления, частоты и амплитуды.

Варианты нарушения химического движения – дефицит или избыточное содержание химических веществ, интоксикации, врожденная патология ферментов, клеток или их ядер, органов в целом.

Варианты нарушения энерго-информационного движения – эмоциональная дезадаптация с окружающей средой.

4. Какой вариант коррекции необходимо выбрать?

Методы коррекции механического нарушения – мануальное, висцеральное, кранио-сакральное, вибрационное, при помощи аппаратного обеспечения.

Методы коррекции, химического нарушения – гомеопатия, аллопатия.

Методы коррекции энерго-информационного нарушения: акупунктура, магнитотерапия, гомеопатия, литотерапия, ароматерапия, цвето-звукотерапия. Современный врач должен владеть основами мануальной, висцеральной, кранио-сакральной терапии, иглорефлексотерапией, гомеопатией, аллопатией, магнитотерапией, литотерапией, ароматерапией, цвето-звукотерапией, элементами психо-коррекции, и нейролингвистического программирования.

Мануальная терапия – искусство провоцирования самокоррекции организма, стимуляция организма к построению собственной защиты и использованию резервов (Ж. П. Барраль, 1999).

Висцеральная мануальная терапия - механическая стимуляция внутреннего органа с целью восстановления первичной физиологической мобильности (Ж. П. Барраль 1999).

Мануальное воздействие – это средство доступа ко всей системе организма и провоцирование ответной его реакции в виде самокоррекции. (Ж.П. Барраль, 1999).

С ответами на нижеследующие вопросы Вы познакомитесь, прочитав эту книгу.

Почему нельзя пациента лечить в месте локализации болевого синдрома?

Почему не надо растягивать укороченную мышцу?

Почему не надо снимать функциональный блок?

Но ведь всегда использовали манипуляции в месте локализации блока и часто очень успешно?

Зачем нужна визуальная диагностика, ведь человек всегда асимметричен?

Где вообще возможно видеть идеальную симметрию и зачем она нужна?

Если действительно снижается тонус мышцы – почему человек это не чувствует?

Почему он так быстро восстанавливается?

Если в статике он падает в сторону, почему не корректирует свое нарушение?

Что понимается под понятием топографические связи?

Что понимается под понятием ассоциативные связи?

Эти вопросы будут также расположены в экзаменационных билетах на получение сертификата

Составляющие здоровья человека

В организме условно все функциональные изменения организма можно разделить на структурные, химические, энергетические (С. Smith, G. Goodheart, J. Shaffer):

А) **структурные** (механические - укорочение или расслабление связок, мышц, фасций, ограничение или увеличение подвижности органа, позвоночного двигательного сегмента, сустава конечности),

Б) **химические** - химические реакции, позволяющие расщепить и усвоить пищу, выработать энергию, обеспечить передачу афферентного и эфферентного потока информации между периферией и центральными структурами,

В) **энергетические**. Наиболее выраженным представителем являются электромагнитные изменения - обеспечение разности заряда между различными структурами, для обеспечения реакции организма на внешние и внутренние раздражители в виде двигательной, эмоциональной, гормональной и других видов реакции, позволяющей произвести сокращения различных структур для выполнения различных движений внутри организма и самого организма в пространстве. Скорость реактивности организма и обеспечивает оптимальность его существования.

2. ГИГИЕНА ПОЗ И ДВИЖЕНИЙ ВРАЧА - МАНУАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТА

Мануальная терапия является специфической деятельностью врача. Специфика состоит в том, что врачу необходимо не только проводить движение тела пациента, имеющего определенный вес, но и преодолевать активное и пассивное сопротивление его тканей при выполнении движения. Поэтому врач должен прилагать определенное физическое усилие для преодоления этого сопротивления и получения желаемого эффекта.

Обучаясь специфическим приемам обследования или лечения, врач основное внимание уделяет правильности выполнения приема. Он использует различные позы и движения, чаще неоптимальные для своего позвоночника, достигая необходимого результата.

В последующем происходит формирование и закрепление у врача неоптимального двигательного стереотипа. В процессе постоянного повторения закрепление неоптимальных двигательных поз и движений может явиться причиной функционального перенапряжения мышц и повышенной утомляемости врача. Данное функциональное перенапряжение появляется потому, что смещение относительно друг друга частей тела больного, имеющего определенный вес, требует большого физического усилия, кроме того, работа мануального терапевта, в связи со сложностью проведения приемов, требует вовлечения большого числа мышц. Типичные проявления физического перенапряжения у врача проявляются в виде быстрого развития усталости и локальных перегрузок определенных групп мышц с болевыми ощущениями.

Визуальная диагностика неоптимальности статики и динамики у 100 врачей — мануальных терапевтов, имеющих стаж работы 5-10 лет и не обученных гигиене поз и движений, позволила выявить характерные особенности формирования патобиомеханических изменений.

1. Неоптимальная статика в виде остановленного падения вперед и в сторону (86%).
2. Гиперлордосколиоз грудопоясничного перехода с формированием укорочения пояснично-подвздошных мышц (73%), квадратных мышц поясницы (68%).
3. Гипокифосколиоз грудного отдела позвоночника с укорочением малой грудной мышцы справа и мышцы, поднимающей лопатку, а также верхней порции трапецевидной мышцы слева (48%). Поэтому важной задачей является формирование оптимального двигательного

стереотипа у врача при выполнении приемов мануальной терапии в двух направлениях:

- использование гигиенически обоснованных поз и режимов движения врача;
- соответствующая подготовка пациента для сведения к минимуму активного и пассивного сопротивлений его тканей.

Основой для формирования оптимального двигательного стереотипа является создание особого контакта врача и пациента, в результате которого возникает качественно новая структура, имеющая единую биомеханическую основу. Особенность состоит в том, что в данной структуре искусственно формируются подвижная и неподвижная ее части. Лечебное воздействие на позвоночный двигательный сегмент осуществляется путем смещения подвижной части комплекса «врач-пациент» относительно неподвижной. Подвижная часть состоит из передвигаемой врачом части опорно-двигательного аппарата больного (включая один из позвонков данного позвоночного двигательного сегмента), тела врача и его руки, фиксирующей эту часть больного и направляющей движение (фиксирующе-направляющая рука).

Неподвижная часть комплекса «врач—пациент» включает остальную часть опорно-двигательного аппарата больного, площадь опоры тела врача и другую руку, которая фиксирует эту часть больного и ограничивает вовлечение ее в движение (фиксирующе-ограничивающая рука).

Врач выполняет мануальный прием посредством смещения центра тяжести своего тела и, следовательно, смещения всей подвижной части комплекса «врач-пациент». Сила, прилагаемая к центру тяжести, должна быть соизмерима с массой передвигаемой части тела больного, прикладываться в направлении, определяемом фиксирующе-направляющей рукой, движение — прекращаться в момент достижения желаемого результата в соответствующем позвоночном двигательном сегменте.

Для формирования оптимального двигательного стереотипа врачу - мануальному терапевту необходимо использовать ряд нижеприводимых вариантов поз и движений.

1. В положении больного сидя выполнение мануальных приемов на шейном и грудном отделах производится посредством выпрямления согнутых ног врача или перемещения центра тяжести его тела (а значит, и всего подвижного комплекса «врач-пациент») с одной ноги на другую в направлении фиксирующе-направляющей руки против своей фиксирующе-ограничивающей руки.

2. В положении больного лежа, при проведении мануальных приемов на грудном, поясничном отделах, сакро-илиакальном сочленении, при тракции по оси шейного отдела, крупных суставов, для воздействия на цервико-торакальный переход, врачу - мануальному терапевту необходимо использовать смещение своего выпрямленного тела за пределы опоры ног, вперед, назад или в стороны, добиваясь свободного падения своего тела, а значит, и подвижной части комплекса «врач-пациент». В результате соответствующий позвоночный двигательный сегмент выступает как бы в роли препятствия, ограничивающего дальнейшее свободное падение.

Наиболее часто используют следующие приемы:

1. Техника использования силы мышц таза.
2. Техника свободного падения тела:
 - каудо-дорзальное смещение тела;
 - вентро-каудальное смещение;
 - вентро-краниальное смещение.
3. Комбинация техники дорзо-каудального смещения центра тяжести и использования силы мышц таза.
4. Использование ротации туловища.

Техника использования силы мышц таза

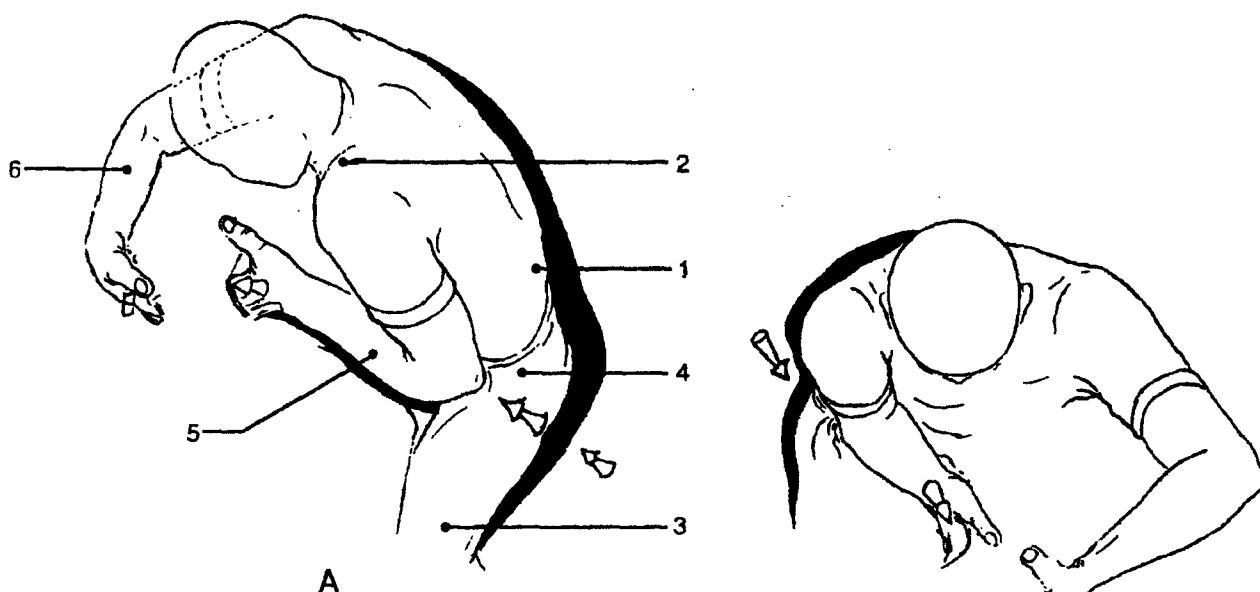


Рис. 1. Гигиена поз и движений врача с использованием силы мышц таза

Положение:

1 - поясничного отдела позвоночника; 2 - надплечий; 3 - ног; 4 - таза; 5 - предплечья фиксирующе-направляющей руки; 6 - предплечья фиксирующе-ограничивающей руки

Показание: при трехплоскостной манипуляции на шейном отделе позвоночника.

Врач использует следующую комбинацию движений (рис. 1):

1. *Положение тела врача:* врач стоит у головного конца кушетки несколько сбоку, стопы на уровне плеч, поясничный отдел позвоночника выпрямлен (1), надплечья опущены (2), ноги полусогнуты в суставах (3) (флексия, ротация, аддукция одной половины таза и экстензия, ротация, абдукция другой половины таза) (4) таким образом, чтобы обеспечить опору локтевому суставу фиксирующе-направляющей руки.

2. *Предплечье фиксирующе-направляющей руки* располагают вдоль оси совершаемого движения на сустав блокируемого позвоночного двигательного сегмента (ориентировочно ось проходит от плечевого сустава пациента к его носу). Для этого локтевой сустав должен быть отведен кнаружи (для выполнения латерального направления), опущен вниз (для выполнения краниального смещения (5)). Локтевой сустав упирается в область передне-верхней подвздошной ости врача с одноименной стороны.

3. *Предплечье фиксирующе-ограничивающей руки* расположено вдоль краниальной оси (ориентировочно вдоль шеи пациента).

4. *Расположение фиксирующе-направляющей руки.* Для этого необходимо учитывать:

а) для проведения толчка на левый сустав используется левая рука, для работы на правом суставе — правая рука;

б) для проведения вентро-краниального смещения необходимо расположить руку соответственно необходимому выполняемому движению. Так, для медиального смещения флекссионных суставных блоков необходимо расположить руку в медио-вентро-краниальном направлении (рис. 2). Условно эту линию можно обозначить как линию, идущую от плечевого сустава пациента к его носу. Место контакта - дорзо-латеральная поверхность сустава.

Для вентро-кранио-латерального смещения (экстензионные суставные блоки) необходимо расположить руку в латеро-вентро-краниальном направлении. Условно эту линию движения

можно обозначить как линию, идущую от шейно-грудного перехода к уху пациента (рис. 3).

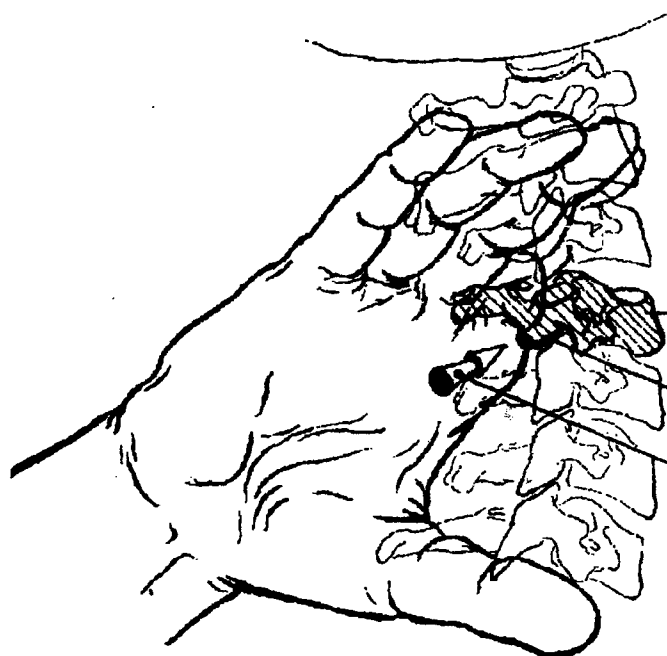


Рис. 2. Положение руки при снятии функционального блока в направлении флексии, латерофлексии вправо, ротации влево шейного позвоночного двигательного сегмента

- 1 - вышележащий позвонок блокированного позвоночного двигательного сегмента;
- 2 - положение кисти фиксирующе-направляющей руки;
- 3 - направление смещения позвонка

5. *Расположение фиксирующе-ограничивающей руки.* Для коррекции функционального блока в направлении флексии, латерофлексии вправо, ротации влево (рис. 3) линейное смещение в кранио-вентро-латеральном влево направлении (3), в то время как левая фиксирующе-ограничивающая рука (4) ограничивает распространение данного движения (5) в каудо-дорзо-латеральном вправо. Такое исходное положение фиксирующе-ограничивающей руки ограничивает распространение движения за пределы сустава с противоположной стороны позвоночного двигательного сегмента с функциональным блоком, способствуя реализации данного линейного смещения в пределах заблокированных суставов. Это позволяет линейное трехплоскостное (кранио-вентро-латеральное) смещение заблокированного сустава трансформировать в угловое движение (ротацию и латерофлексию) тела позвонка.

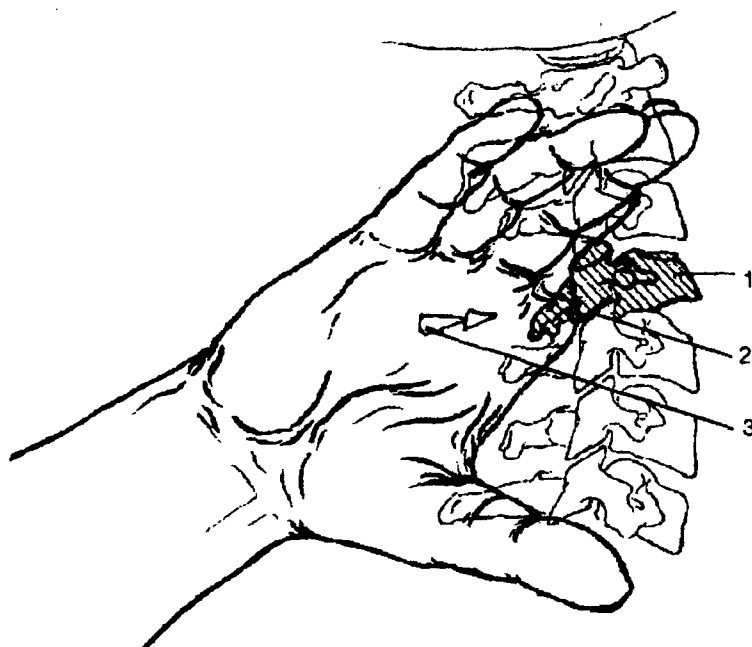


Рис. 3. Положение фиксирующе-направляющей руки шейного позвоночного двигательного сегмента в направлении экстензии, латерофлексии вправо, ротации влево

- 1 - вышележащий позвонок блокированного позвоночного двигательного сегмента;
- 2 - положение кисти фиксирующе-направляющей руки;
- 3 - направление смещения

6. *Расположение пальцев рук (рис. 4).* Пальцы фиксирующе-направляющей руки (2)

фиксируют вышерасположенные позвонки. Ладонная поверхность головки 2-й пястной кости (3) смещает дорзо-латеральную поверхность правого сустава (указано стрелкой) вентро-кранио-медиально (соответственно направлению плоскости сустава). Пальцы фиксирующе-ограничивающей руки (4) фиксируют нижерасположенные позвонки, ограничивая распространение выполненного движения за пределы шейных позвонков. В результате «блокированный» позвонок «разворачивается» в руках врача.

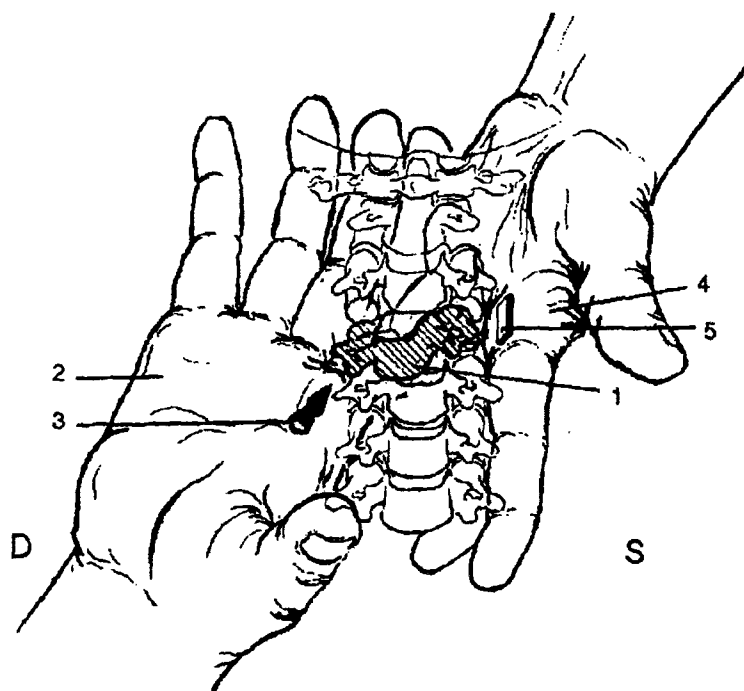


Рис. 4. Положение рук при снятии функционального блока шейного позвоночного двигательного сегмента

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

Проведение движения: техническая реализация такой разноплановости в движении рук возможна при проведении указанных линейных смещений в позвоночном двигательном сегменте 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-направляющей руки смещается вентро-кранио-медиально. Это движение передается на локтевой сустав, предплечье, кисть и фалангу II пальца и далее на заднелатеральную поверхность сустава блокированного позвоночного двигательного сегмента пациента.

Ошибки выполнения

1. Руки врача двигаются по кругу так, что правая рука смещается краниально, а левая - каудально. В результате возникает латерофлексия шейного отдела позвоночника, левый суставной отросток смещается каудально, поэтому нет возможности провести вентро-краниальное смещение его суставной поверхности.

2. Врач не использует гигиену поз и движений и выполняет линейные смещения только руками, в результате этого руки совершают движения навстречу друг другу, оказывая медиальное смещение на суставные отростки позвонка. В результате этого позвонок совершает угловое движение вместо линейного.

Техника использования каудо-дорзального смещения центра тяжести тела врача

Показание: коррекция функциональных блоков в шейно-грудном переходе.

Исходное положение (рис. 5): врач слегка сгибает ноги в суставах, проводит экстензию таза до исчезновения поясничного лордоза. Фиксирующе-ограничивающая рука (1) фиксирует вышерасположенный позвонок блокированного позвоночного двигательного сегмента, оставаясь неподвижной. Тело врача (2) вместе с фиксирующе-направляющей

рукой (3) смещается дорзо-каудо-латерально (направление указано стрелкой).

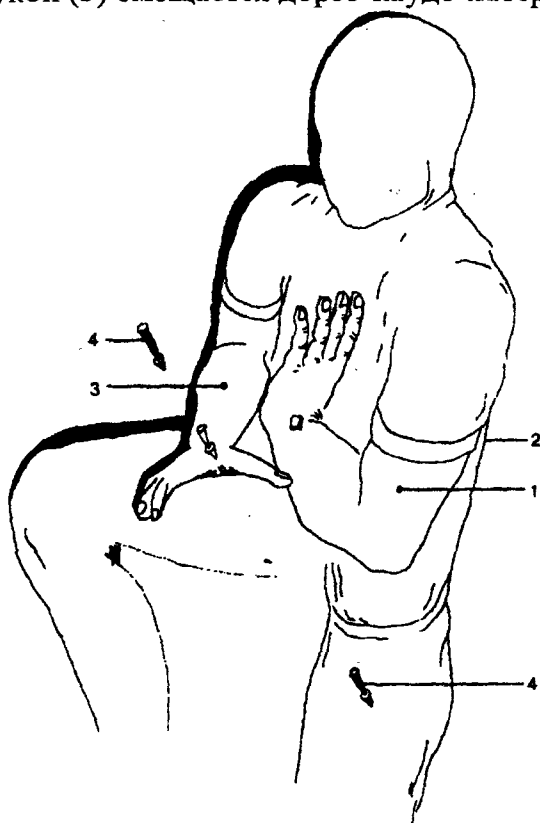


Рис. 5. Гигиена поз и движений врача с использованием техники каудо-дорзального смещения центра тяжести своего тела

- 1 - фиксирующе-ограничивающая рука;
- 2 - положение корпуса врача;
- 3 - положение фиксирующе-направляющей руки;
- 4 - направление смещения ПДС

Техника использования кранио-вентрального смещения центра тяжести тела врача

Показание: трехплоскостная мобилизация на шейно-грудном переходе.

Исходное положение (рис. 6): ноги в небольшой флексии, поясничный лордоз сглажен. Фиксирующе-ограничивающая рука (1) фиксирует нижерасположенный позвонок блокированного позвоночного двигательного сегмента, оставаясь неподвижной. Тело врача (2) вместе с фиксирующе-направляющей рукой (3) смещается вентро-кранио-латерально (указано стрелкой).

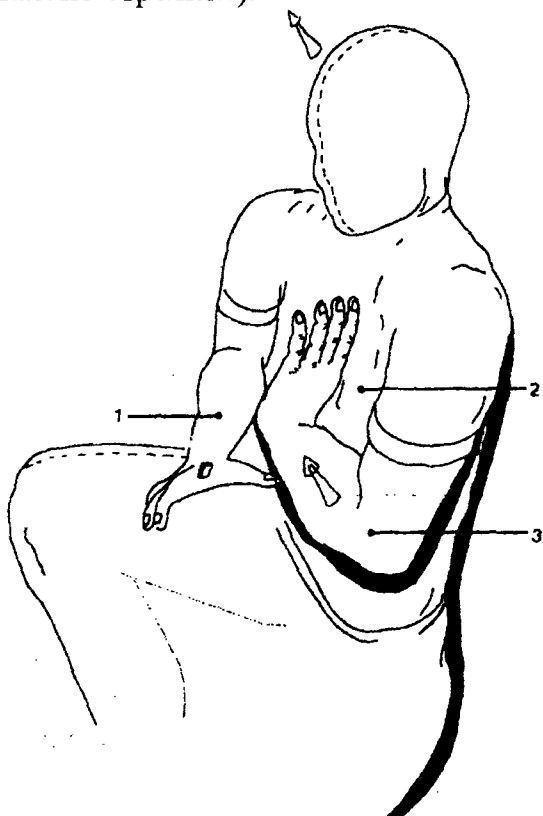
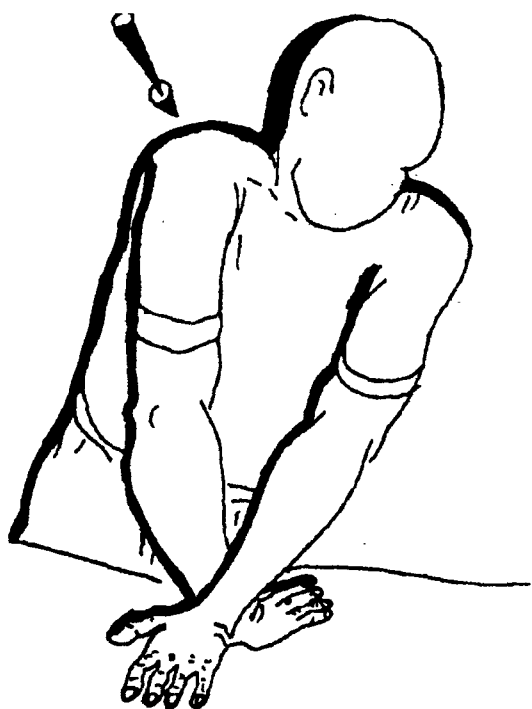


Рис. 6. Гигиена поз и движений врача с использованием техники кранио-вентрального смещения центра тяжести своего тела

- 1 - положение фиксирующе-ограничивающей руки;
- 2 - положение корпуса врача;
- 3 - положение фиксирующе-направляющей руки

Техника использования вентро-каудального смещения центра тяжести тела врача



Применение: функциональные блоки грудного отдела позвоночника подвздошно-крестцового сочленения.

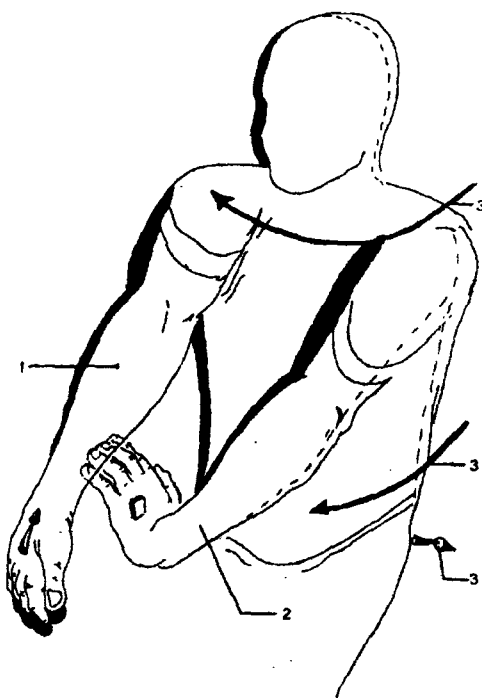
Исходное положение (рис. 7): врач стоит как можно дальше от пациента, руки расположены на уровне блокированного сустава.

Движение: врач смещает центр тяжести своего тела вперед за счет использования силы «падения» своего тела. Манипуляционный толчок в вентральном направлении осуществляется как «остановка падения» тела врача.

Рис. 7. Гигиена поз и движений врача с использованием техники вентро-каудального смещения центра тяжести своего тела

Комбинация использования техники дорзо-каудального смещения центра тяжести тела врача и силы мышц его таза

Применение: флекссионный вариант функционального блока подвздошно-крестцового сочленения.



Исходное положение (рис. 8): врач стоит как можно ближе к кушетке, фиксирует рукой (1) крыло подвздошной кости, другой рукой (2) - крестец.

Движение: врач смещает центр тяжести тела назад, достигая равновесия с телом пациента таким образом, чтобы подвздошная кость сместилась каудо-дорзо-латерально; далее врач ротирует свой таз таким образом, чтобы рука фиксировала таз.

Ошибки: подъем крыла подвздошной кости за счет флексии своего локтевого сустава и флексии своего туловища.

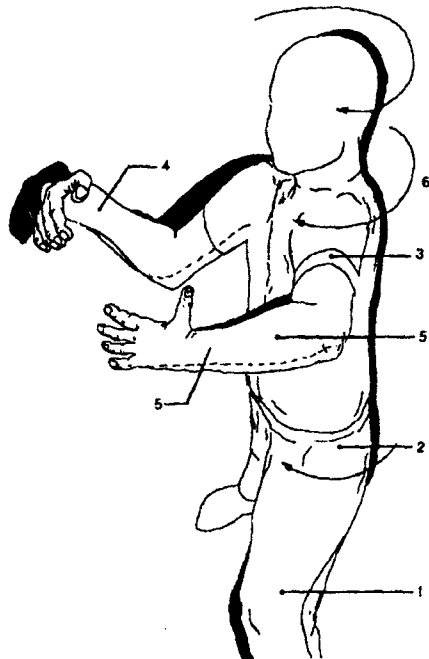
Рис. 8. Гигиена поз и движений врача с использованием техники дорзо-каудального смещения центра тяжести своего тела и сокращения мышц таза

- 1 - рука, фиксирующая крыло подвздошной кости;
- 2 - рука, фиксирующая крестец;
- 3 - направление смещения корпуса и руки врача

Техника использования ротации туловища врача

Применение: функциональные блоки грудного отдела позвоночника.

Исходное положение (рис. 9): ноги полусогнуты в суставах (1), таз в экстензии (2) так, чтобы был сглажен поясничный лордоз, плечи опущены (3). Фиксирующе-направляющая рука (4) фиксирует противоположное плечо пациента, палец фиксирующе-ограничивающей руки (5) фиксирует нижерасположенный позвонок (для техники противодержания).



Движение происходит за счет ротации туловища врача вместе с фиксирующе-направляющей рукой против фиксирующе-ограничивающей руки.

Ошибки: недостаточная фиксация фиксирующе-ограничивающей руки и ее вовлечение в движение; флексия туловища пациента и ограничение подвижности врача; латерофлексия туловища врача — перегрузка боковых мышц поясничного региона.

Рис. 9. Гигиена поз и движений врача с использованием техники переноса веса тела с ноги на ногу

- 1 — положение ног;
- 2 — положение таза;
- 3 — положение плеч;
- 4 — рука, фиксирующая плечо пациента;
- 5 — рука, фиксирующая позвонок;
- 6 — направление смещения корпуса врача

3. ГИГИЕНА ПОЗ И ДВИЖЕНИЙ ПРИ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Исходное положение пациента - сидя, опираясь спиной на тело врача, позвоночник флексирован таким образом, чтобы максимальная выраженность изгиба находилась на уровне диагностируемого органа.

Исходное положение врача - выпрямлен поясничный лордоз для предохранения его от перегрузки (за счет флексии суставов ног и экстензии таза).

Исходное положение рук врача - охватывают тело пациента таким образом, чтобы кисти рук были свободны от напряжения. При этом пальцы одной руки фиксируют исследуемый орган, а пальцы другой руки анализируют объем совершаемого движения. Давление на орган соответствует его плотности.

Направление движения:

- за счет смещения тела пациента корпусом врача относительно своих неподвижных пальцев, фиксирующих исследуемый орган;
- в направлении, противоположном анализируемому (для дорзального смещения органа производится вентральное смещение тела пациента);
- при наличии спайки в связках органа создается преднапряжение тканей в направлении перпендикулярном её расположению, а мобилизация производится вдоль «укороченной» связки в направлении ограничения пассивного движения). При птозе воздействие осуществляется вдоль «растянутой» связки (в направлении увеличения пассивного движения). При спазме органа механическое его раздражение производится в направлении фиксации, и совпадает с направлением его пассивного смещения.

Необходимо учитывать, что чем точнее применяемая техника, тем меньше требуется силы для проведения манипуляции. Чем сильнее производится напряжение на пальцы, тем меньше их чувствительность. Чем выше болезненные ощущения пациента, тем больше

напряжение его мышц.

4. МЕТОДЫ САМОЗАЩИТЫ ВРАЧА

Защита должна соответствовать уровню работы врача. Это связано с тем, что, если врач имеет какое либо заболевание, то уровень его сопротивляемости снижен. Как на уровне иммунной системы, так и на уровне электромагнитных полей, окружающих тело человека. Поэтому он очень легко становится восприимчивым к патологической частоте, имеющейся у пациента. По статистике врач стоит по частоте смертности на одном месте с летчиками-истребителями. При этом врач конкретной специальности страдает преимущественно от той патологии, которую лечит. Пример: врачи чаще заболевают теми болезнями от которых лечат (не только инфекционисты но и нейрохирурги, окулисты, невропатологи, психиатры).

1. Работа на уровне структурной составляющей-

Мануальный терапевт должен соблюдать гигиену поз и движений, предохраняя позвоночник от перегрузки.

А. Воздействие на оптимальность статики и динамики-

Врачу необходимо зеркало в кабинете и при диагностике неоптимальности статики и динамики производить тренировку на неустойчивой опоре (V.Janda), активацию агонистов движения (механическую, электрическую, дыхательную).

Б. Висцеральная мануальная терапия

При овладении висцеральной терапией врачу необходимо следить за балансом расположения собственных внутренних органов. Для этого необходимо контролировать расположение пульсации брюшной аорты относительно пупка. При их несоответствии, необходимо проводить механическую или химическую коррекцию дисфункции внутренних органов у себя, а потом у пациента.

В. Кранио-сакральная терапия

При овладении кранио-сакральной терапией врачу необходимо следить за балансом своей кранио-сакральной системы. Для этого необходимо анализировать наличие асимметрии расположения костей черепа у себя, наличие асимметрии ротации стоп в положении лежа, наличие гипотонуса грудино-ключично-сосцевидной и верхней порции трапециевидной мышцы (признак компрессии блуждающего нерва, часто возникающий при ротации височных костей)

При наличии дисфункции необходимо проводить самокоррекцию при помощи активации кранио-сакрального механизма своими руками, оказывая воздействие на основную, затылочную и теменные кости с одновременным выполнением дыхания и движением стоп.

Г. Прикладная кинезиология

Для правильной оценки мышечного тестирования врач сам не должен иметь функционально расслабленных мышц, иначе при тестировании пациента, он тестирует собственные проблемы, используя тело пациента, как проводника. В этом случае врач обращает внимание, что у нескольких пациентов он находит одинаковые проблемы, или пациент имеет функциональную слабость всех мышц.

Для исключения этого при выявлении слабой мышцы необходимо провести терапевтическую локализацию на собственные нейро-эмоциональные точки и сила тестируемой мышцы пациента изменится. Необходимо восстановление собственного здоровья при помощи коллеги, владеющего Прикладной кинезиологией.

Д. Коррекция эмоциональной составляющей

При использовании методик коррекции эмоциональной составляющей в своей врачебной практики необходимо провести самодиагностику:

1 - наличие у себя психологической реверсии

2 - болезненность точек начала или конца меридианов на лице

3 - спазм диафрагмы и нарушения паттерна дыхания

Е. Коррекция электромагнитного дисбаланса

1. Коррекция канально-меридианной системы

При использовании методов коррекции *канально-меридианной системы* врачу необходимо следить за балансом своей.

Одним из признаков её дисбаланса является наличие болезненности точек K27.

Необходимо стимулировать возбуждающую точку активного меридиана соответственно времени и седативную точку патологически активного меридиана. Использовать специальные виды гимнастики, активизирующие меридианную систему.

2. При использовании в работе методов коррекции дисфункции чакр

Необходимо активизировать каждую чакру в соответствующий ей день, используя соответствующий цвет, музыку, триграмму.

При наличии дисфункции своего собственного организма, используя методы мануального воздействия на тело пациента, врач не только не может оказать положительного воздействия на здоровье пациента, но и сам приносит своему здоровью существенный вред.

5. ФИЗИОЛОГИЯ МЫШЕЧНОГО СОКРАЩЕНИЯ

СТРУКТУРНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ (ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ)

• компенсаторные изменения:

- формируются при избытке афферентации в соответствующий сегмент спинного мозга (компрессия корешка, воспаление органа);

- уменьшают подвижность ПДС и висцерального органа;

- снижают тонус соответствующей мышцы, ограничивая ее активность.

• патогенетические изменения:

- сохраняются после устранения очага гиперафферентации;

- поддерживают дефицит афферентации соответствующих мышц;

- вызывают статическую и динамическую перегрузку других мышечных групп и органов.

ВИДЫ МЫШЕЧНОГО СОКРАЩЕНИЯ:

1. Концентрическое - сокращение при котором места прикрепления мышц сближаются, а тонус сохраняется неизменным (подавляющий режим работы).

2. Эксцентрическое - сокращение при котором места прикрепления мышц удаляются, а тонус сохраняется неизменным (уступающий режим работы).

3. Изометрическое - сокращение при котором места прикрепления мышц остаются постоянными, а тонус увеличивается (уравновешенный режим работы).

ПАТОЛОГИЯ МЫШЕЧНО-СКЕЛЕТНОЙ СИСТЕМЫ И ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ОРГАНОВ

Функциональная	Органическая
Нарушение функции и положения составляющих элементов(ПДС, висцеральные органы, кости черепа) в виде остановки их биомеханического спиралевидного трехнаправленного эндоритма (ФБ ПДС FLFdRs, ФБ (печени Cr LD)	Нарушение функции и положения составляющих элементов(ПДС, висцеральные органы, кости черепа) в виде искажения спиралевидного движения(каудальное смещение органа при его опущении, LF ПДС при боковой грыже диска)
Реагирует на механическую, дыхательную или химическую провокацию	Может реагировать только на химическую провокацию
Корректируется преимущественно методами мануальной, висцеральной, краниосакральной терапии	Корректируется воздействием на химическую составляющую: • выведение токсинов паразитов; • введение пищевых добавок

ВАРИАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА

А. Динамическое сокращение:

1. предназначено для выполнения быстрых кратковременных произвольных движений при выполнении концентрического и эксцентрического сокращения мышцы;
2. регуляция осуществляется на уровне центральной нервной системы;
3. возможно произвольное изменение силы сокращения;
4. при появлении афферентного сигнала первой включается в поддержание тонуса;
5. передача информации идет электрическим импульсом;
6. характеризуется быстрым утомлением;
7. при тестировании оценивается как сопротивление давлению.

Б. Тоническое сокращение:

1. предназначено для длительного поддержания постоянной длины мышцы;
2. регуляция на уровне таламо-паллидарной системы;
3. произвольное изменение силы сокращения невозможно (влияет искажение периферической афферентации: ПДС, висцеральный орган, триггерные зоны и др.);
4. реагирует на импульс через три секунды после возникновения изометрического сокращения;
5. импульс передается при помощи медиаторной системы передачи;
6. утомление наступает медленно;
7. при тестировании оценивается как увеличение силы сопротивления.

ПРАВИЛА МЫШЕЧНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ

Исходное положение:

- пациент выполняет двух направленное сокращение мышцы
- врач контролирует отсутствие синкинезии в соседних регионах.

Проведение теста:

1-я фаза:

- рука врача - барьер для движения
- пациент производит умеренное изометрическое сокращение

2-я фаза:

- рука врача - барьер для движения
- пациент пытается увеличить силу изометрического сокращения

3-я фаза:

- врач производит кратковременное растяжение мышцы
- пациент пытается сохранить исходную длину мышцы

РЕЗУЛЬТАТЫ МЫШЕЧНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ

Норма	Функциональная мышечная слабость
1-я фаза: достаточная сила изометрического сокращения	1-я фаза: достаточная сила изометрического сокращения (возможен тремор)
2-я фаза: сила сокращения возрастает в 1,5 раза	2-я фаза: сила сокращения не увеличивается, появляется частый крупно амплитудный тремор
3-я фаза: сила сокращения возрастает (симптом натянутой тетивы)	3-я фаза: сила сокращения падает (симптом растянутой резины)

ОСНОВНЫЕ ОШИБКИ ПРИ ТЕСТИРОВАНИИ

Неправильное исходное положение	=> включение в движение синергистов
Выполнение первой фазы тестирования с максимальной силой	=> быстрое утомление мышцы
Врач работает в уступающем режиме (концентрическое сокращение)	=> тонус не изменяется
Врач работает в подавляющем режиме (эксцентрическое сокращение)	=> тонус снижается
Пациент задерживает дыхание, касается участков тела	=> проводится терапевтическая локализация
Врач касается суставов пациента	=> проводится терапевтическая локализация

ФАКТОРЫ, РЕАЛИЗУЮЩИЕ ТОНУС МЫШЦ.

Периферический уровень

• ноцицепторы, проприоцепторы, барорецепторы, виброрецепторы (фасция периост, связки, сухожильный аппарат Гольджи).

Сегментарный уровень

- функциональный блок
- компрессия корешка
- дуальная торзия
- венозный застой
- лимфостаз
- меридианный дисбаланс

Таламический уровень.

- висцеральный орган
- нейрологический зуб

Центральный уровень

- эмоциональный дисбаланс
- эндокринные нарушения
- обменные процессы

АССОЦИИРОВАННАЯ МЫШЦА

Определение - мышца, имеющая эмбриональные связи с конкретным позвонком, органом, зубом, меридианом, костью черепа.

Формирование - при патологии в одном из составляющих звеньев, при возникновении дисфункции ее тонусной регуляции в ней формируется функциональная слабость.

Клиника - определяется вторичным укорочением и гиперактивностью антагониста.

Терапевтическая локализация -

рука над патогенным очагом (дисфункция органа, ПДС, химическое соединение и др.) реагирует исчезновением функциональной слабости (положительная реакция).

при локализации на саногенный очаг дисфункции не реагирует (отрицательная реакция).

Провокация - обычно не используется.

ИНДИКАТОРНАЯ МЫШЦА.

Определение - любая исходно сильная мышца (в эмбрионально связанных элементах дисфункции нет, уровни регуляции сохранены).

Терапевтическая локализация -

при расположении руки, магнита, камертона над патогенным очагом формирует функциональную слабость.

Провокация -

А. Механическая - смещение диагностируемого позвонка, органа.

- во всех направлениях вызывает слабость мышцы (органическое поражение, МТ противопоказана).
- во всех направлениях не вызывает слабость мышцы (ошибка ТЛ).
- в одном направлении вызывает слабость мышцы (МТ показана в данном направлении с учетом rebound - mechanism).

В. Дыхательная - проводится в сочетании с механическим смещением, вызывающим слабость мышцы.

- на обе фазы дыхания сохраняется слабость (торзия твердой мозговой оболочки).
- на одну фазу дыхания исчезает мышечная слабость (используется при МТ).
- на обе фазы дыхания исчезает мышечная слабость (ошибка диагностики).

Патобиомеханические изменения	Цель методов мануальной терапии
Расслабленная мышца Растянутая мышца Укороченная мышца Функциональный блок <i>мышечного генеза</i> (комбинация латерофлексии и ротации в одном направлении в сочетании с флексией и экстензией) <i>суставного генеза</i> (комбинация латерофлексии и ротации в разном направлении в сочетании с флексией и экстензией) <i>связочного генеза</i> экстензия в сочетании с латерофлексией разной направленности <i>дурального генеза</i> (ротация в разном направлении без наличия других угловых движений) <i>внутрикостного генеза</i> (экстензия или флексия без сопутствующих угловых движений) Локальная гипермобильность регионарный постуральный дисбаланс мышц неоптимальная статика Атипичный моторный паттерн Неоптимальная динамика	Повышение тонуса мышцы посредством восстановления ее оптимальной афферентации: на периферическом, сегментарном и центральном уровне. Увеличение ее возбудимости и уменьшение ее длины. Снижение ее возбудимости, увеличение ее длины. Восстановление подвижности суставов позвоночника и конечности, Устранение остановленного движения посредством, изменения направленности ротации позвонка при сохранении других движений. Восстановление в суставах линейного смещения, соответствующего остановленному угловому движению тела позвонка, Восстановление длины связок, устранение в них триггерных точек, Растяжение (раскручивание) твердой мозговой оболочки, Восстановление симметричности длины надкостницы с правой и левой стороны. Восстановление возбудимости межпозвонковых мышц, устранение смещения регионарного центра тяжести. Статическое переучивание с использованием неустойчивой опоры, Восстановление последовательности включения 5-ти групп мышц, выполняющих соответствующий моторный паттерн. восстановление последовательности включения моторных паттернов различных регионов позвоночника и конечностей

Характеристика болевого синдрома расслабленной мышцы

Патогенез	снижение тонуса и возбудимости мышцы, являющейся агонистом, типичных моторных паттернов, что требует ее динамической и статической компенсации со стороны мышц различных регионов позвоночника и конечностей.
локализация болевого синдрома	в мышцах и регионах, имеющих статическую или динамическую перегрузку, расположенных в различных регионах позвоночника и конечностей.
визуальные критерии в статике	наличие остановленного падения тела пациента-направление падения совпадает с направлением смещения региона, в котором локализуется расслабленная мышца.
купирующее положение	положение тела, при котором сближаются места прикрепления статически перегруженной мышцы.
провоцирующее движение	моторный паттерн, при котором мышца является агонистом.
купирующее движение	моторный паттерн, в котором сближаются места прикрепления динамически перегруженной мышцы.
мануальная терапия	направлена на восстановление постурального тонуса и возбудимости расслабленной мышцы.

Диагностика формирования мышечного дисбаланса с позиции первичности мышечного укорочения или расслабления

характеристика	первичное расслабление мышцы.	первичное укорочение мышцы.
патогенез	формируется вследствие функционального снижения тонуса мышцы как реакция на гипоафферентацию и сопровождается ее гиповозбудимостью.	формируется как реакция мышцы на гиперафферентацию, снижение активности меридиана и др., и сопровождается ее гипervозбудимостью.
визуальные критерии	статика - взаимоудаление мест ее прикрепления, динамика - запаздывающее включение в моторные паттерны.	статика - сближение мест ее прикрепления, динамика - опережающее включение в моторные паттерны.
формирование атипичного моторного паттерна	только в одном направлении, в котором расслабленная мышца не выполняет роль агониста и требует компенсации ее динамической несостоятельности.	в нескольких направлениях, вследствие опережающего включения укороченной мышцы раньше (или вместо) агониста.
коррекция	устранение гипоафферентации расслабленной мышцы и ее статическая и динамическая реедукация.	устранение гиперафферентации укороченной мышцы, и ее постизометрическая релаксация.

6. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

Терапевтическая локализация

Пальпаторный контакт руки пациента с поверхностью кожи на месте локализации остистого отростка, точек акупунктуры, висцерального органа и т.д., в результате которого появляется изменение силы мышцы.

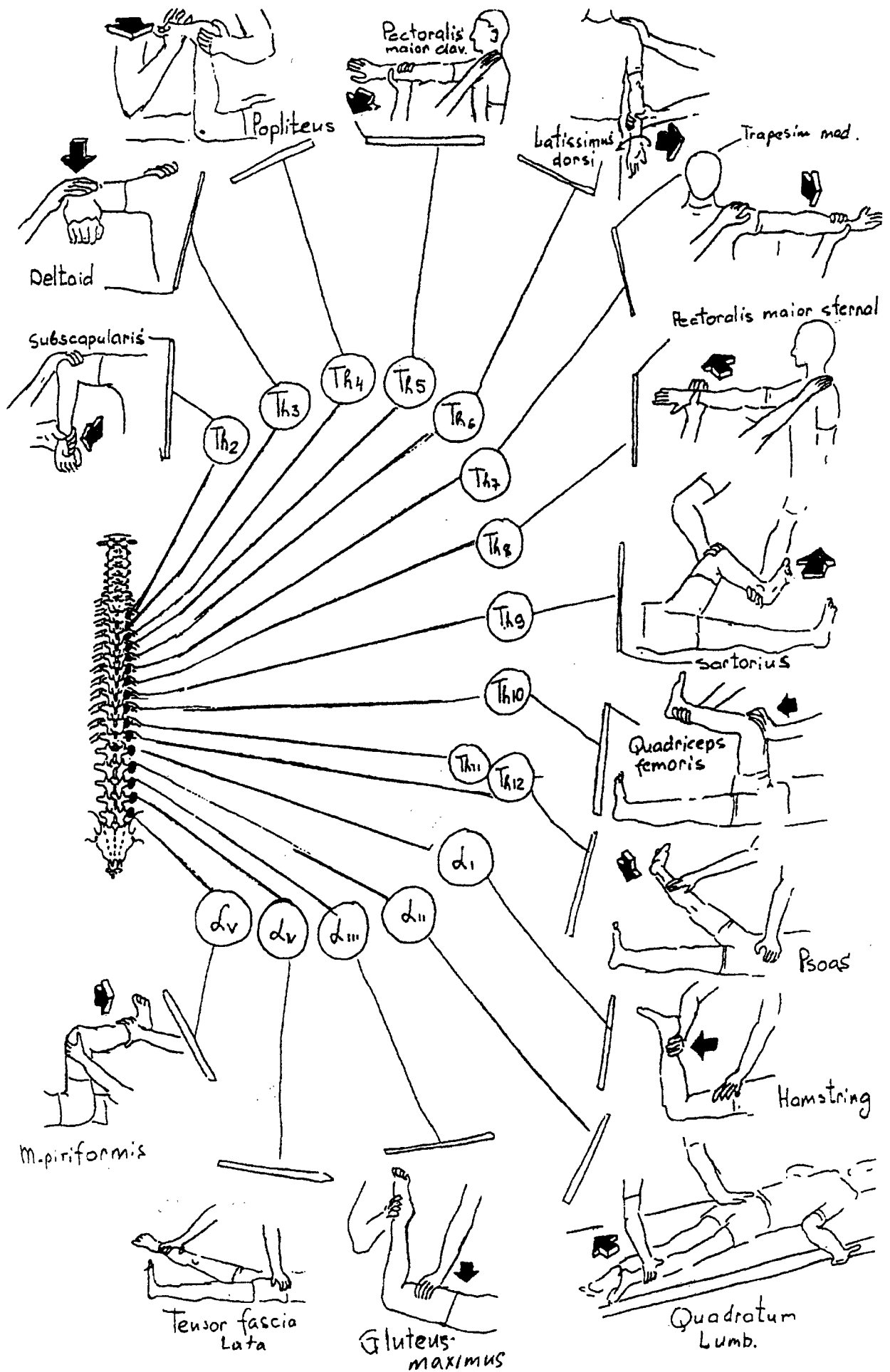
Провокация

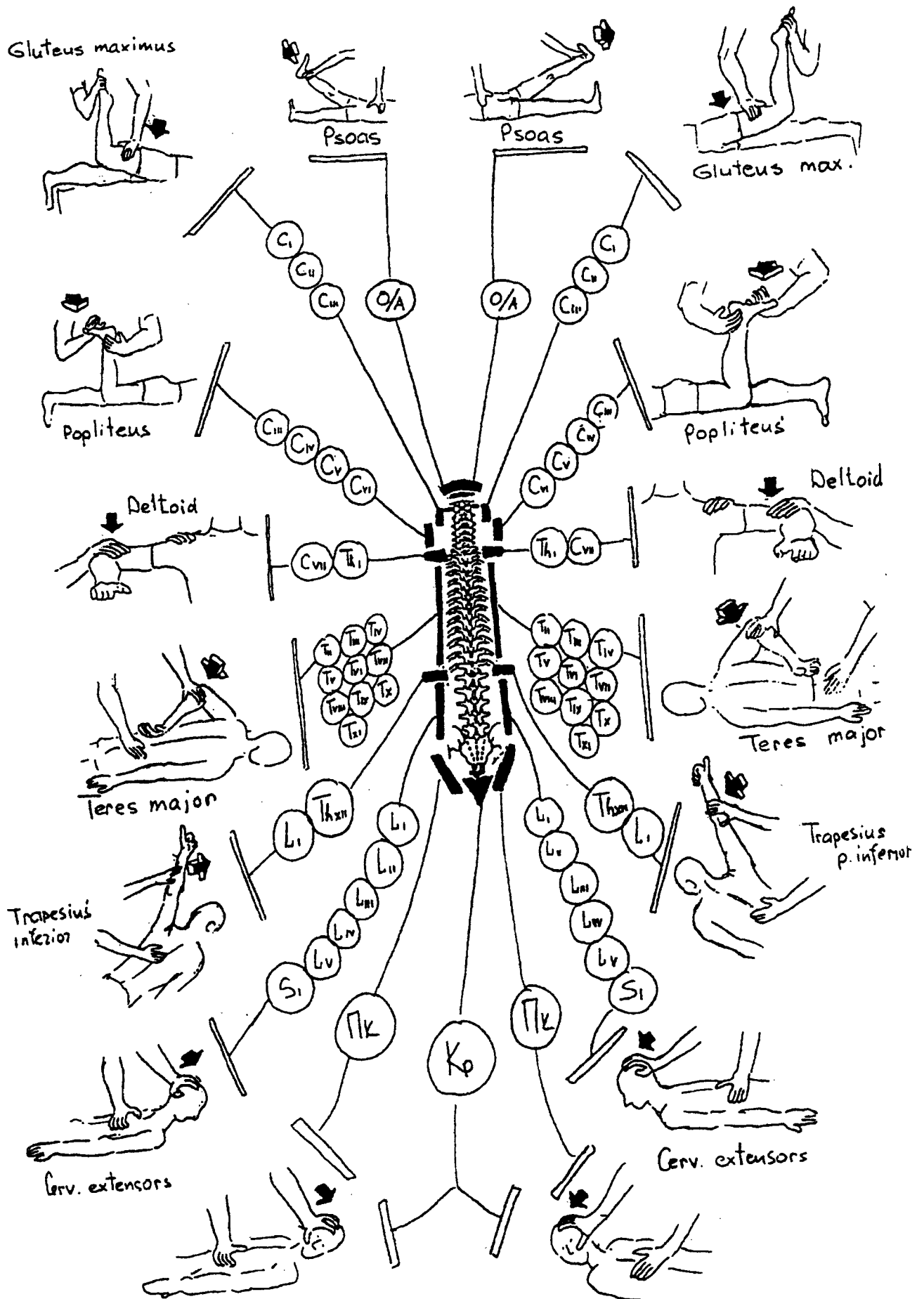
Увеличение активности имеющегося очага поражения посредством раздражения:

1. Механическое раздражение -
растяжение мышцы, давление на точку, смещение позвонка органа.
2. Химическое раздражение - локализация на кожу, слизистые оболочки химических веществ (токсинов, пищевых добавок).
3. Эмоциональное раздражение -
проговаривание вслух или мысленно слов, дат, воспроизведение событий.

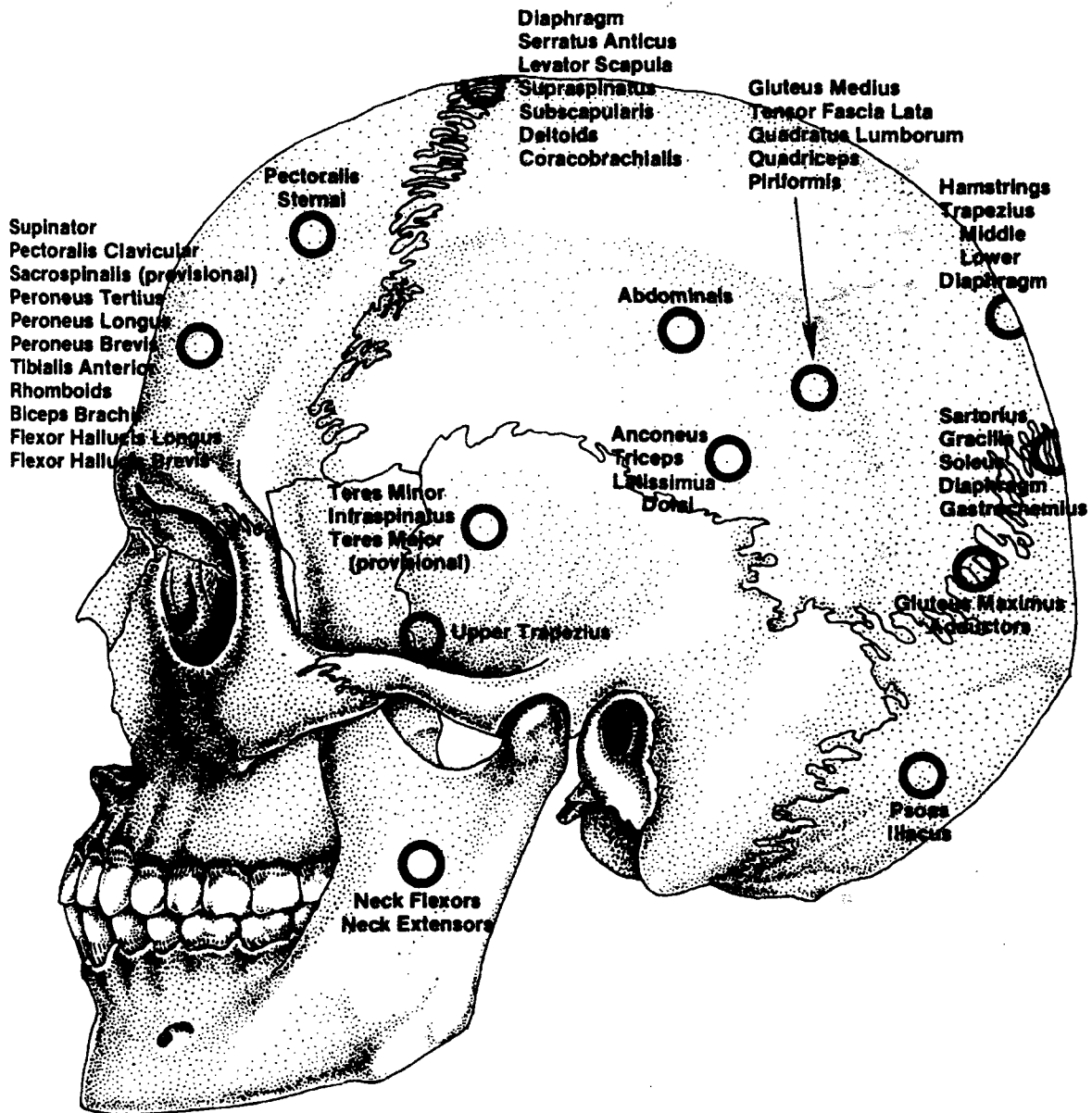
ВАРИАНТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ БЛОКОВ

Сублюксация	Фиксация
(Функциональный блок мышечный) • образован вследствие мышечного дисбаланса • возникает в тех позвонках, которые имеют ассоциативные связи с мышцами • визуальная оценка - асимметрия одного из позвонков • Терапевтическая локализация - на остистый отросток одного позвонка • Провокация - пассивное смещение остистого отростка в разные стороны, дыхание • Лечение - мобилизация пассивным смещением в сочетании с актом дыхания	(Функциональный блок суставный) • образован вследствие дискового или внутрисуставного дисбаланса. • возникает в тех позвонках, которые с мышцами имеют приобретенные связи • визуальная оценка - асимметрии позвонков нет • Терапевтическая локализация - на остистые отростки двух соседних позвонков • Провокация пассивное смещение остистых отростков друг против друга или активное движение региона конечности или туловища • Лечение - манипуляция в направлении линейного смещения



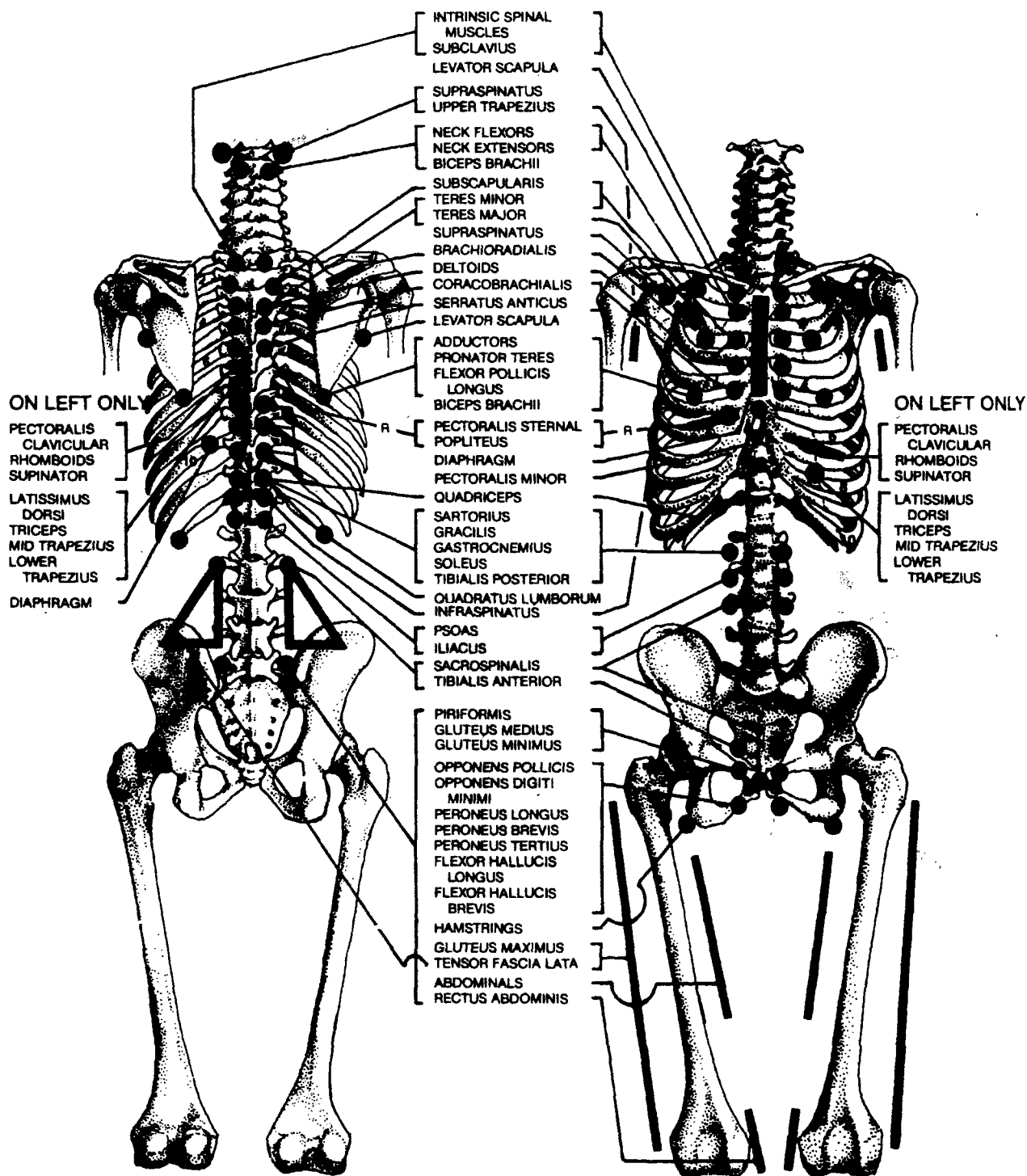


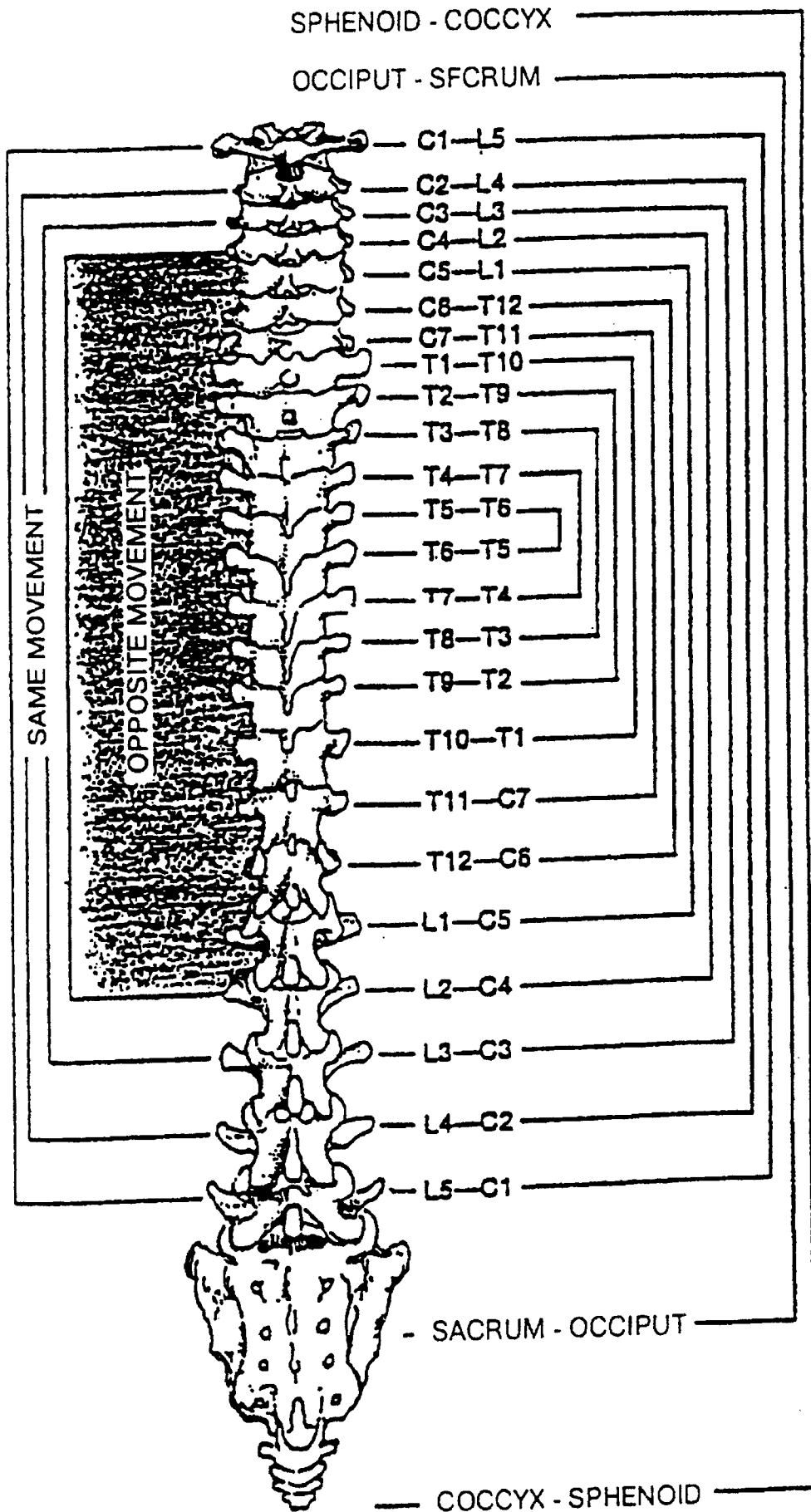
НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫЕ ТОЧКИ



Lateral view.

НЕЙРОЛИМФАТИЧЕСКИЕ ТОЧКИ





7. СХЕМА АССОЦИИРОВАННЫХ СВЯЗЕЙ МЫШЦ

Мышца	Сублокация	Фиксация	Орган	Меридиан	Время активности ти меридиана	Нейрологический зуб	Нейрососудистое обеспечение	Нейролимфатическое обеспечение	Точка тревоги	Питание	Особенности
Подлопаточная мышца 3.55	T-2	грудина	сердце	сердце	11-13.00	2 сверху	Брега	Передний плр: 2-е межреберное пространство около грудины Задний плр: T-4, T-3 между поперечными отростками.	В области верхней челюсти от нижнего края глазницы к носовому отверстию с обеих сторон	Концентрат сердца или экстракт нуклеопротеина, Vit E, комплекс B, C	
Ключоплечевая мышца	-	-	легкие	легких	3-5.00		Брега	Передний плр: 2-4 межреберное пространство около грудины Задний плр: между T3,4 около пластин	От скулолобного шва в сторону теменной кости	Концентрат легких или экстракт нуклеопротеина, Vit C, A	
Передняя зубчатая мышца	-	-	легкие	легких	3-5.00	2 сверху	Брега	Передний плр: в 3, 4, 5 межреберьях ближе к груди Задний плр: между поперечными отростками T3-4, T4-5, T5-6	Прямо кзади от уха на вертикальной линии пересекающей сквамозный шов	Vit C, A, экстракты легких	
Дельтовидная мышца 1.59	T-3	C5-7 Th1	легкие	легких	3-5.00	3 сверху	Брега	Передний плр: 3-е межреберное пространство около грудины Задний плр: между T3-4, около лопатки	Область надбровья с обеих сторон	Vit C, экстракт легких, РНК (ЭНКАД, РНК, деринат)	При слабости средней порции дельтовидной мышцы и триггерных точек в верхней порции трапециевидной мышцы, провсрнуть тракцией акромноклавикулярный сустав

Мышца	Субъективная	Фиксирующая	Орган	Меридиан	Время активности тн меридиана	Нейрологический зуб	Нейрососудистое обеспечение	Нейролимфатическое обеспечение	Точка тревоги	Питание	Особенности
Подниматель лопатки	-	-	Пара- щитовидная железа	легких	3-5.00	-	Брегма	Передний илр: в 1 межреберье рядом с грудной Задний илр: в брюшке малой круглой мышцы с двух сторон	Чуть вверх и латерально к соединению лямбдовидного и саггитального швов над теменной костью	Кальций с паратиреоид- ным экстрактом	
Подколенная мышца 1.57	T-4	C3-6	Жел- чный пузырь	Желчный пузырь	23-1.00	4 сверху	Медиальный отдел колена у мениска над медиальной связкой	Передний илр: 5с межреберное пространство от середины сосковой линии до грудной справа Задний илр: между T5 и T6 справа	По обе стороны от затылочного бугра	Соли желчи, VitA, экстракты листьев свеклы	
Ключичная порция большой грудной мышцы 3.46	T-5	-	желудок	желудок	7-9.00	5 сверху	бугры лобной кости	Передний илр: 6с межреберное пространство от сосковой линии до грудной слева, которое обычно воздействует на мышцы слева и справа	теменно- височный шов со стороны теменной кости	VitB1, B12,	
Двуглавая мышца плеча	-	-	желудок	желудок	7-9.00	-		Передний илр: в 4 межреберье начался в месте прикрепления третьего ребра к ключице Задний илр: над пластинкой аксиса		VitB1, B12,	

Мышца	Сублокация	Фиксация	Орган	Меридиан	Время активности меридиана	Нейрологический зуб	Нейрососудистое обеспечение	Нейролимфатическое обеспечение	Точка тревоги	Питание	Особенности
Флексоры шеи 2.64	-	Лобная кость, (ротация, компрессия)	синусы	желудок	7-9.00	1 сверху	Над рамой нижней челюсти под скуловой костью	Передний илр: в 1-м межреберье ниже ключицы и на 7.5 см. латеральнее грудного ключичного сочленения Задний илр: над пластиной аксиса	Два краниальных стресс рецептора лежат на горизонтальной линии - один выше изади сосцевидного отростка, а другой у нижней его части	Пиридоксин, ниацинамид	
Экстензоры шеи	-	L1-L5	синусы	желудок	7-9.00	-	С двух сторон на ветви нижней челюсти	Передний илр: в 1-м межреберье ниже ключицы и на 7.5 см. латеральнее грудного ключичного сочленения Задний илр: над пластиной аксиса	Два краниальных стресс рецептора лежат на горизонтальной линии - один выше изади сосцевидного отростка, а другой у нижней его части	Пиридоксин, ниацина МИД	Слабость экстензоров шеи с одной стороны - фиксация КПС с этой же стороны, Слабость экстензоров шеи с обеих сторон - фиксация крестца Слабость экстензоров в среднем положении головы - фиксация L1-L5.
Широчайшая мышца спины	T-6	-	Поджелудочная железа	селезенки	9-11.00	-	На теменной кости у чешуйчатого шва кзади от проекции слухового прохода	Передний илр: 7е межреберное пространство слева у реберно-хрящевого сочленения Задний илр: между дугами T7-8 слева	В области крыла основной кости		

Мышца	Субъективная	Физикация	Орган	Меридиан	Время активности ти меридиана	Нейрологический зуб	Нейрососудистое обеспечение	Нейролимфатическое обеспечение	Точка тревоги	Питание	Особенности
Верхняя порция трапецевид- ной мышцы	-	-	глаз, ухо	почки	17-19.00	-	Над соединением сфеноида и височной кости чуть выше скуловой арки	Передний плр: вдоль биципитального желобка плеча Задний плр: над задней аркой I позвонка.	Лежит вдоль косой линии поднимающейся вверх от глабеллы и рас- пространяющего- ся латерально.	VitA, B, кальций и E.F.A.	
Средняя и нижняя порция трапецевид- ной мышцы 1.65	T-7	T12-L1	Селезе- нки	селезенки	9-11.00	8 сверху	На 2.5 см. выше лямбды над сакральным швом	Передний плр: в 7 межреберье вдоль мамиллярной линии Задний плр: между поперечными отростками T7 и T8	Выше височно- теменного шва	VitC, кальций, экстракт селезенки	
Трехглавая мышца плеча	-	-	Поджел удочная железа	селезенки	9-11.00	-	На теменной кости выше височной и кзади от наружного слухового отверстия	Передний плр: в 7-м межреберье у соединения реберного хряща Задний плр: между поперечными отростками T7 и T8	Параллельно сакральному шау у его наиболее верхней трети		
Грудная порция большой грудной мышцы 3.48	T-8	-	печень	печени	1-3.00	5 сверху	Билатерально 1.5-2 см. аверх от выпуклостей на передней поверхности лобной кости, 1.5- 2см. от средней линии.	Передний плр: 5е межреберное пространство от сосковой линии и грудины справа, которое обычно воздействует на мышцы слева и справа. Задний плр: между T5-6, около дуги обычно справа	лобая кость в области лобно- теменного шва	Липотропные факторы, Vit A, экстракты печени	

Мышца	Сублокация	Фиксация	Орган	Меридиан	Время активности ти меридиана	Нейрологический зуб	Нейросоудистое обеспечение	Нейролимфатическое обеспечение	Точка тревоги	Питание	Особенности
Ромбовидная мышца	-	-	печень	печени	1-3.00	-	Билатерально 1.5-2 см. вверх от выпуклостей на передней поверхности лобной кости, 1.5- 2 см. от средней линии	Передний илр: в 6 мехребры слева от грудины к соску Задний илр: между лопечными отростками T6 и 7 слева	Чуть выше верхнего соединения лямбдоидального и сквамозного швов над теменной костью	Vit A, экстракты печени	
Портняжная мышца 2.49	T-9	-	надпочечники	перикард	19-21.00	6 снизу	на сходе теменного и затылочного швов	Передний илр: 5 см. над пупком, 1.2 см. от средней линии Задний илр: T11-T12с обеих сторон около дуг позвонков	Затылочный- теменной шов по обе стороны от межтеменного	Экстракты надпочечников, тирозин Vit B.	
Камбаловидная мышца	-	-	надпочечники	перикард	19-21.00	-	Расположен над лямбдой	Передний илр: 5 см. выше и 2 см. латеральное пупка Задний илр: между остистыми отростками T11 и T12	Расположен чуть ниже шва вдоль затылочной кости	Экстракт надпочечников	
Укроножная мышца	-	-	надпочечники	перикард	19-21.00	-	Расположен над лямбдой	Передний илр: 5 см. выше и 2 см. латеральное пупка Задний илр: между остистыми отростками T11 и T12		Экстракт надпочечников, тирозин, Vit B6.	
Стрельчатая мышца	-	-	надпочечники	перикард	19-21.00	1 снизу	Расположен над лямбдой	Передний илр: 5 см. выше и 2 см. латеральное пупка Задний илр: между остистыми отростками T11 и T12	находится на горизонтальной линии пересечения шей лямбдоидальных швов	экстракт надпочечников, инициамид	

Мышца	Сублюксация	Фиксация	Орган	Меридиан	Время активности Т.И. меридиана	Нейрологический зуб	Нейрососудистое обеспечение	Нейролимфатическое обеспечение	Точка тревоги	Питание	Особенности
Четырехглазая мышца бедра 2.56	T-10		тонкая кишка	тонкой кишки	13-15.00	7 снизу	Теменная выпуклость, задняя поверхность	Передний илр: передняя часть реберно-хрящевого сочленения между 8 и 11 ребрами. Задний илр: дуга 8-9.	Переносца в сторону лобной кости	VitD, Q10.	
Пояснично-подвздошная мышца 1.53, 3.59	T11-12	C0-1	почки	почки	17-19.00	8 снизу	1-1.5 см. латерально по отношению к внешней затылочной выпуклости	Передний илр: 1.2 см. над пупком, 1.2 см. от средней линии Задний илр: T 12, L2 между остистыми и поперечными отростками	Точка выше аисочно-теменного шва в средней части	Vit E, A и экстракты почек	
Экстензоры бедра 2.54	L-1		прямая кишка	толсто и. кишки	5-7.00	5 снизу	1.2 см. над лямбдовидным швом	Передний илр: над малым вертелом бедренной кости Задний илр: верхнее крестцово-подвздошное сочленение в области заднеахерней подвздошной ости.	Вдоль межтеменного шва с обеих сторон		
Квадратная мышца поясницы 2.68	L-2		аппендикс	толсто и. кишки	5-7.00	4 снизу	теменная выпуклость, задняя поверхность	Задний илр(два): конец и верхний край 12 ребра, дуга T 11.	Затылочная кость ближе к затылочному отверстию с обеих сторон	Vit E, C, A.	

Мышца	Сублокация	Фиксация	Орган	Меридиан	Время активности по меридиану	Исцеляющий зуб	Нейрососудистое обеспечение	Нейролимфатическое обеспечение	Точка триггера	Питание	Особенности
Большая ягодичная мышца 1.55	L-3	C1-3	Репро- дуктив- ные органы	перикард	19-21.00	3 снизу	На лямбдовид- ном шве по середине между лямбдой и астероном	Передний илр: средне-латеральная часть бедра Задний илр: между задней верхней подздо- шной остью и остис- тым отростком L5.	линии параллельные межтеменному шву и переходящие на теменно- затылочный шов		
Мышца напрягающая широкую фасцию бедра 2.47	L-4	-	Толстая кишка	Толстой кишки	5-7.00	2 снизу	Теменная выпуклость	Передний илр: вентро-латеральная поверхность бедер с обеих сторон. Задний илр: треугольная область с верхушками у L2, L4 и гребня подзатылочной кости.	Линии сходящиеся одним концом к теменно- затылочному шву	Ацидофилюс, двух валентное железо, comfrey	
Грушевидная мышца 2.60	L-5	-	Репроду- ктивные органы, прос- тата	перикард	19-21.00	2 снизу	Теменная выпуклость задняя поверхность	Передний илр: по верхнему краю симфиза. Задний илр: верхний край крестцово- подзатылочного соединения	линии с обеих сторон от затылочного бугра параллельные теменному шву	Vit E, цинк, гонадные экстракты	
Алдуكتورы бедра	-	-	Кли- макс (предста- тельная железа, матка)	перикард	19-21.00	1 снизу	Средняя лямбдовид- ного шва	Передний илр: прямо под соском Задний илр: у нижнего угла лопатки	Вдоль паристальной возвышенности	Vit E, гонадные экстракты	

Мышца	Сублокализация	Фиксация	Орган	Меридиан	Время активности меридиана	Нейрологический зуб	Нейроосудительное обеспечение	Нейролимфатическое обеспечение	Точка тревоги	Питание	Особенности
Большая круглая мышца 1.63	-	T1-12	НЧК нарушения	Задний срединный меридиан	-	-	В области больших крыльев основной кости	Передний илр: 2e межреберное пространство 5 см. от грудины Задний илр: между поперечными отростками T2-3	Линия проходящая через скуловую кость к низу с обеих сторон	Кислотнощелочной дисбаланс	
Малая круглая мышца	-	-	Щитовидная железа	Третьего обогрени- теля	21-23.00	-	На височной кости чуть книзу большого крыла сфеноида. Второй васкулярный рефлекс находится у соединения первого ребра, грудины и ключицы (K27)	Передний илр: во втором межреберье ближе к грудине Задний илр: между поперечными отростками T2-3	На верхней челюсти под косым углом начинаясь ниже внутренней части орбиты и продолжаясь книзу и латерально по направлению к молярам	Йод, тирозин, УНВ6. Тиреоидные экстракты	
Грудно-ключично-сосцевидная мышца 2.66	-	Лямбдо-видный шов	синус	желудка	7-9.00	-	Ветвь нижней челюсти под скуловой костью	Передний илр: 1e межреберное пространство в 4,5 см. от грудины Задний илр: дуга C2.	На горизонтально и линии выше переносицы и кзади сосцевидного отростка	Ниаминамид пиридоксина	
Жевательные мышцы	-	Лобная кость	-	желудка	7-9.00	-	-	-	-	-	

Мышца	Сублокация	Фиксация	Орган	Меридиан	Время активности меридиана	Нейрологический зуб	Нейросоудальное обеспечение	Нейролимфатическое обеспечение	Точка тревоги	Питание	Особенности
Прямые мышцы живота 2.71	-	Сакральный шов	Тонкой кишки	Тонкой кишки	13-15.00	-	Билатерально на паритетальной выпуклости, 2,5 см. кзади от лобно-теменного шва	Передний нлр: переднемедиальная поверхность бедра Задний нлр: между заднесперхней подвздошной остью и поперечным отростком L5.	-	VitE, луоденальные экстракты	-
Надостная мышца	-	-	Головной мозг	Перед него среднего меридиана	-	-	брегма	Передний нлр: расположен ниже ключовидного отростка в брюшке малой грудной мышцей Задний нлр: у задней части поперечного отростка I позвонка	Аминокислоты, экстракты мозга	-	-
Подостная мышца	-	-	Тимус	Тройной обогреватель	21-23.00	-	Над грудной у перехода рукоятки в тело	Передний нлр: в 5 межреберье ближе грудные Задний нлр: расположен над пластиной T 12	На верхней челюсти под углом начинаясь вниз внутреннего края орбиты и тянется вниз латерально по направлению к молярам	Экстракты тимуса, бета каротин, Vit C	-
Передняя лестничная мышца	-	Теменная кость	-	желудка	17-19.00	5 сверху	-	-	-	-	-

Мышца	Субъективная	Фиксация	Орган	Меридиан	Время активности меридиана	Нейрологический зуб	Нейроослабляющее обеспечение	Нейролимфатическое обеспечение	Точка тревоги	Питание	Особенности
Диафрагма 3.33	-	-	-	-	-	-	Три точки: у бровей, лямбды, и примерно на 1.2 см. выше и впереди по отношению к лямбде	По всей длине грудины	-	-	-
Мышца противопоставляющая мизинец	-	-	-	желудка	7-9.00	-	Билатерально над лобной возвышенностью	Передний плр: на симфизе у его нижнего края Задний плр: между остистым отросткам L5 и задним гребнем подвздошной кости	-	-	Слабость этой мышцы связана с синдромом гороховидно-крючковой костей. Коррекция сублокации в запястье обычно усиливает эту мышцу.
Малая грудная мышца	-	-	-	-	-	-	-	Передний плр: расположен выше мечевидного отростка	-	цинк	Когда найдена слабость проверить на дисбаланс правый и левый лимфатические протоки
Малоберцовая длинная и короткая мышцы	-	-	Мочевой пузырь	Мочевой пузырь	17-19.00	-	Бугры лобной кости	Передний плр: расположен у нижней рамы симфиза, чуть латеральное его Задний плр: расположен между L5 и задним гребнем подвздошной кости	Расположен вдоль горизонтальной линии прямо над бровями	Тиамин, кальций калий	-
Передняя большеберцовая мышца	-	-	Мочевой пузырь	Мочевой пузырь	17-19.00	-	На лобной возвышенности	Передний плр: на 0.6 см. над симфизом Задний плр: над пластиной L2	Вдоль горизонтальной линии прямо над бровями	Тиамин, калий, Vita	-

Мышца	Сублокация	Функция	Орган	Меридиан	Время активности	Нейрологический зуб	Нейрососудистое обеспечение	Нейролимфатическое обеспечение	Точка тревоги	Питание	Особенности
Задняя большеберцовая мышца	-	-	Надпочечники	Перикард	19-21.00	-	Над лямбдой	Передний илр: на 5 см. выше и на 1 см. латеральное пупка Задний илр: между остистым и поперечным отростками T11 и T12	-	Экстракт надпочечников	Подозревайте эту мышцу во всех случаях пронации лодыжки. Провоцирование ладьевидной кости вверх будет обычно облегчать боль вдоль мышц
Пронатор круглый и квадратный предплечья	Лучевая кость	-	желудок	желудок	9-11.00	-	Билатерально на центральной части лямбдоидальной шва	Передний илр: ниже ареала соска Задний илр: у нижнего угла лопатки	-	-	-
Подключичная мышца	-	-	-	-	-	-	-	Передний илр: расположен у соединения 1 ребра, грудины и ключицы Задний илр: над пластиной первого грудного позвонка	-	Магнесия	Если переключатель К 27 (R27) очень болезненный протестировать на необходимость магнесии

8. СТРУКТУРНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЗДОРОВЬЯ. КОМПРЕССИОННЫЙ СИНДРОМ ПОЗВОНОЧНИКА

ДИАГНОСТИКА КОРЕШКОВОЙ КОМПРЕССИИ.

Жалобы - стреляющая боль, с проводящей из поясничного отдела до стопы, по соответствующему дерматому, для каждого спинного корешка.

Объективный статус:

- снижение чувствительности и сухожильных рефлексов соответствующих для компремированного корешка.
- в нейтральном положении возможна слабость соответствующих мышц стопы (кисти)
- провокация движения соответствующим отделам позвоночника в направлении флексии, экстензии, латерофлексии, ротации
- данная провокация изменения силы тестируемых мышц бедра и стопы (плеча, кисти)

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МЫШЕЧНОЙ СЛАБОСТИ ПРИ КОМПРЕССИИ КОРЕШКОВ.

1. Выявляется слабость всех мышц, иннервируемых данным корешком и расположенных ниже компрессии.

2. Терапевтическая локализация малоэффективна. Вместо нее используется компрессия (положение сидя, давление на голову).

3. Последовательность возникновения неврологического поражения:

- снижение тонуса мышц
- гиперестезия - гипостезия
- болевые ощущения

4. Сила мышц изменяется при положении «сидя - лежа». При движении в одну из сторон - флексия, латерофлексия, экстензия, ротация.

5. Слабость мышц исчезает (уменьшается) после растяжения твердой мозговой оболочки, устранения дисфункций таза, сублюксации и фиксации соответствующих ПДС.

СООТВЕТСТВИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОВОКАЦИИ ПАТОБИОМЕХАНИЧЕСКОМУ ИЛИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОМУ ИЗМЕНЕНИЮ СТРУКТУР ПОЗВОНОЧНИКА.

<i>Направление движения, уменьшающее интенсивность болевого синдрома</i>	<i>Наименование патобиомеханического и патоморфологического изменений</i>
экстензия туловища (шеи)	стеноз спинномозгового канала, фасеточный артроз
латерофлексия в сторону локализации боли	латеральная протрузия (пролапс) межпозвонкового диска
латерофлексия в противоположную сторону от локализации боли	медиальная протрузия (пролапс) межпозвонкового диска
флексия	гипертрофия желтой связки
ротация	функциональный блок

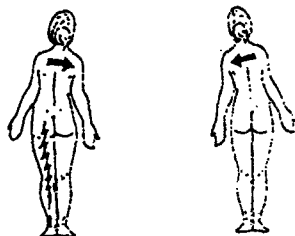
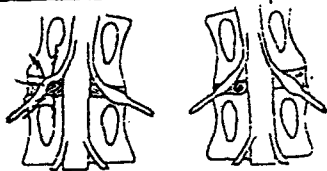
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ КОМПРЕССИИ КОРЕШКОВ

1. Исследование в положении сидя.
2. Проведение провокации - флексия, экстензия, латерофлексия, ротация.
3. Исследование в положении лежа.
4. Повторное проведение провокации в направлении вызывающем слабость мышц при тестировании сидя.
5. Определение направления движения туловища увеличивающего и/или уменьшающего силу иннервируемых мышц.

КОМПРЕССИЯ ШЕЙНЫХ КОРЕШКОВ

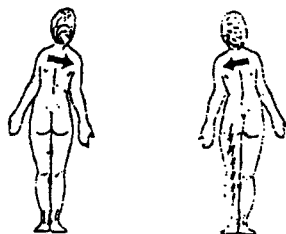
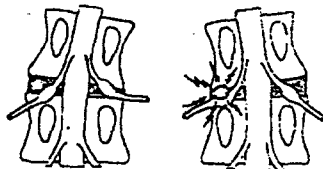
Уровень	Наименование мышцы
C5	надостная (Сд) дельтовидная (Сд)
C6	плечелучевая мышца плеча, двуглавая мышца, лучевой разгибатель кисти, локтевой разгибатель кисти
C7	треглавая мышца плеча, лучевой флексор
C8	локтевой флексор кисти
Th1	червеобразные мышцы

Направление движения, уменьшающее интенсивность болевого синдрома	Наименование патобиомеханического и патоморфологического изменений
---	--



латерофлексия в противоположную сторону от локализации боли

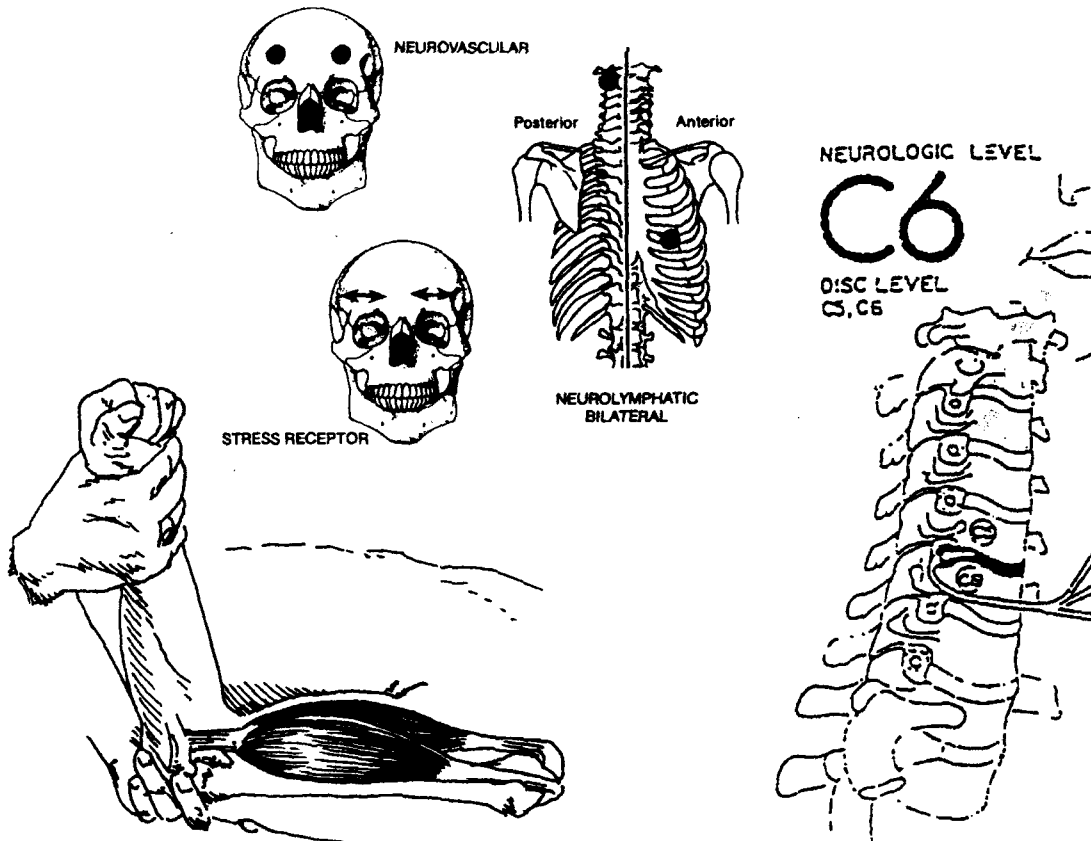
медиальная протрузия (пролапс) межпозвонкового диска



латерофлексия в сторону локализации боли

латеральная протрузия (пролапс) межпозвонкового диска

BICEPS BRACHII & BRACHIALIS



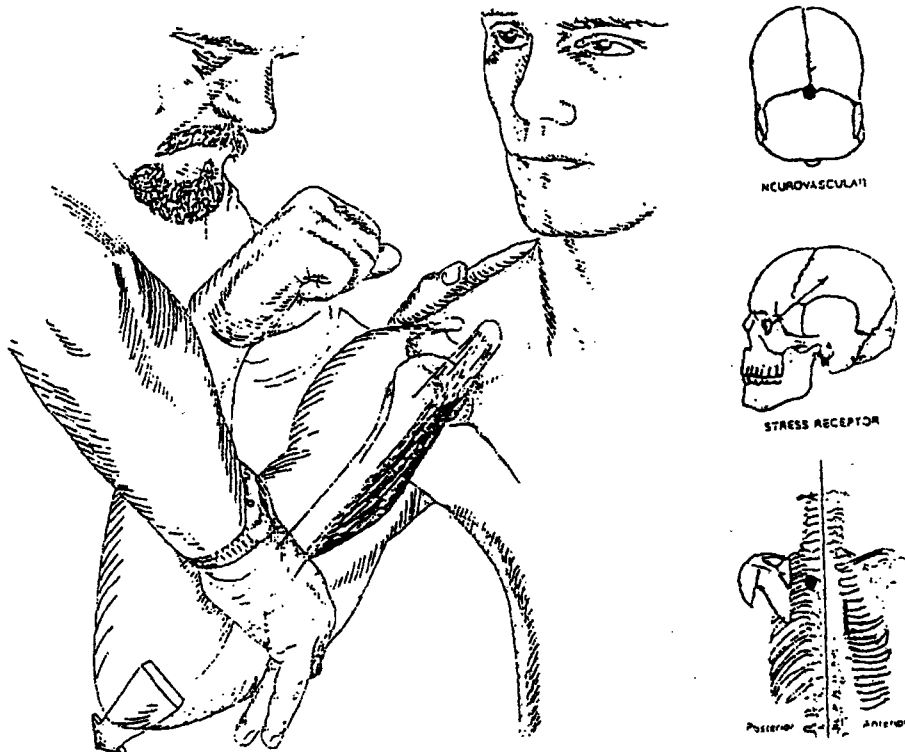
Иннервация BICEPS – мышечно-кожный нерв, C5, 6

BRACHIALIS - мышечно-кожный нерв, лучевой нерв, C5, 6

Питание – бетаин, HCl, доуденальный экстракт, хлорофил.

Меридиан - желудок Орган – желудок

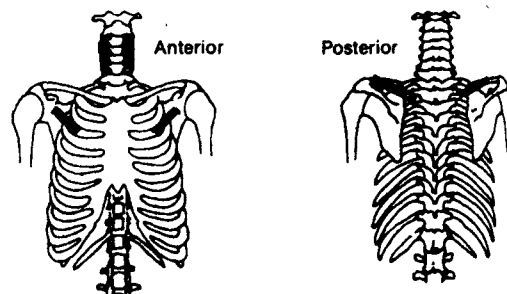
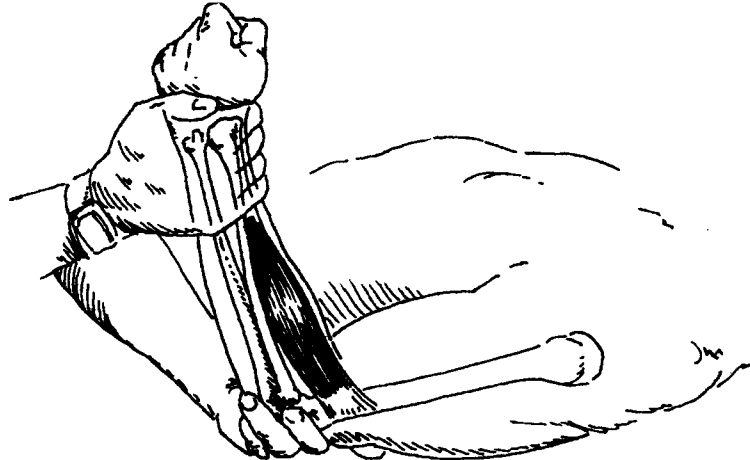
CORABRACHIALIS



Иннервация - мышечно-кожный нерв, C6, 7

Питание – lung glandular, Vit. C. Меридиан - легкие Орган – легкие

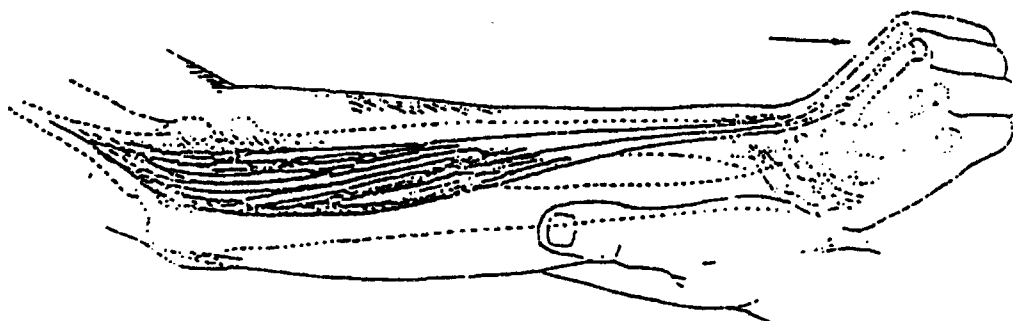
BRACHIRADIALIS



NEUROLYMPHATIC

Иннервация - лучевой нерв, C5, 6

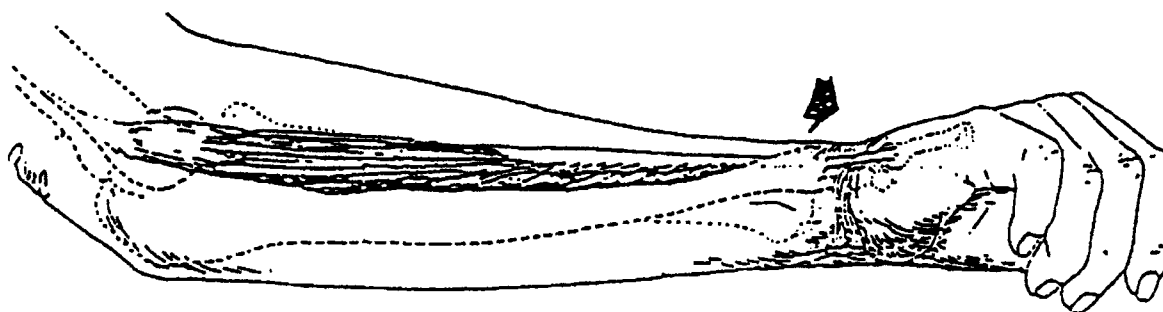
EXTENSOR CARPI RADIALIS LONGUS/BREVIS



Иннервация - лучевой нерв, C5, 6, 7, 8

Тестирование – давление на дорсальную поверхность кисти, вдоль второй пястной кости в направлении сгибания и незначительно к локтевой стороне

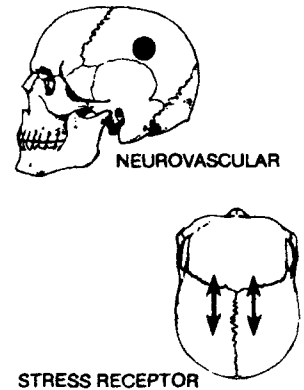
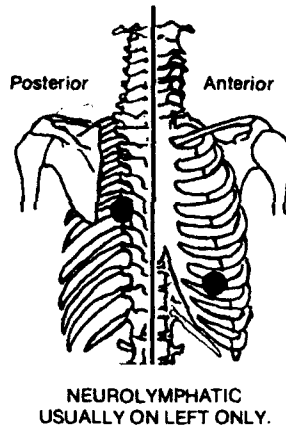
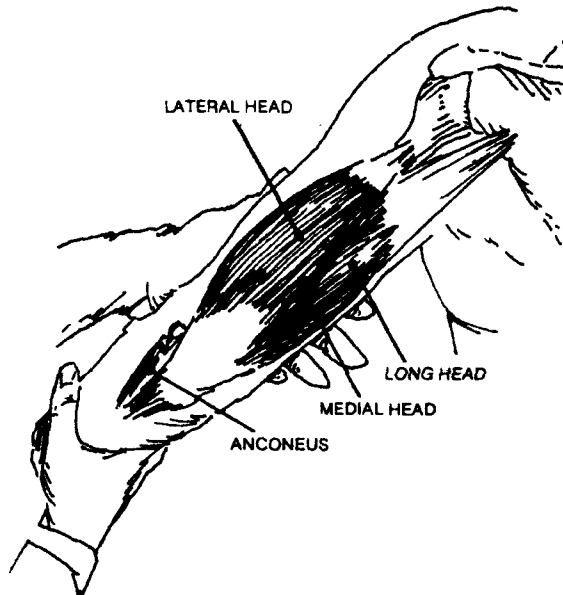
EXTENSOR CARPI ULNARIS



Иннервация - лучевой нерв, C6, 7, 8

Тестирование – давление на дорсальную поверхность кисти вдоль постороне мизинца в направлении сгибания к лучевой стороне

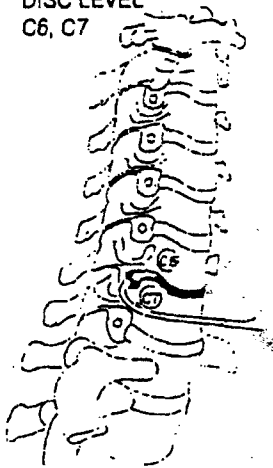
TRICEPS BRACHII



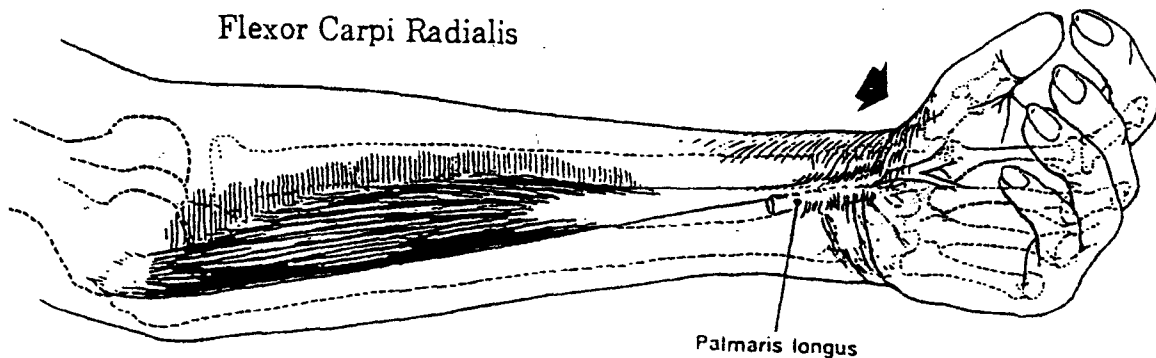
NEUROLOGIC LEVEL

C7

DISC LEVEL
C6, C7



Иннервация - лучевой нерв, C6, 7, 8, T1
Питание - возможно splin glundilars
Меридиан - поджелудочная железа
Орган - селезенка



Иннервация: Медиальный нерв C6, 7, 8

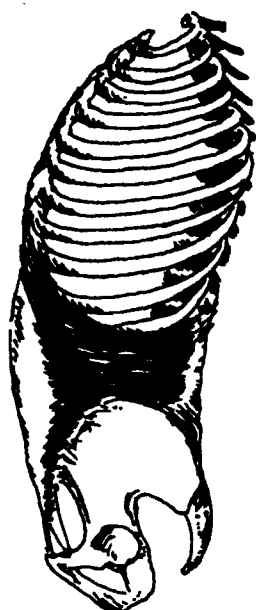
Пациент: Ладонями вверх, рука в положении неполной супинации свободно лежит на столе или руке исследователя. Пациент производит сгибание в лучезапястном суставе в сторону лучевой кости, пальцы расслаблены.

Тестирование: Давление на возвышение большого пальца в направлении разгибания и локтевой кости

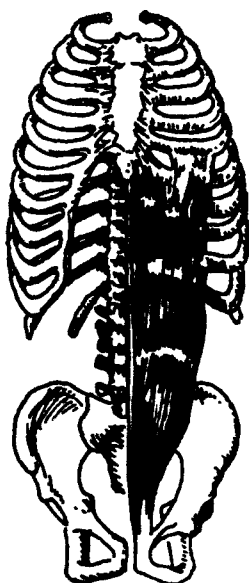
ТЕСТИРУЕМЫЕ МЫШЦЫ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ КОМПРЕССИИ СПИННЫХ КОРЕШКОВ

Порядковый номер корешка	Наименование мышцы
L1(2)	косые мышцы, живота поперечная мышца живота, квадратная мышца поясницы, пояснично-подвздошная, портняжная мышца
L2(3)	четырёхглавая мышца, приводящие мышцы бедра, пояснично – подвздошная, портняжная мышца
L4	передняя большеберцовая четырёхглавая бедра приводящая бедра
L5	разгибатель большого пальца, задняя большеберцовая, экстензоры бедра, большая ягодичная, средняя ягодичная, грушевидная
S1	длинная малоберцовая, короткая малоберцовая, третичная малоберцовая, экстензоры бедра, большая (средняя) ягодичная мышца, грушевидная
S2	длинный флексор большого пальца, флексоры пальцев (II-Y)

ABDOMINALS



Transverse abdominal



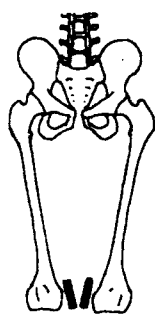
Rectus abdominis



External oblique abdominal

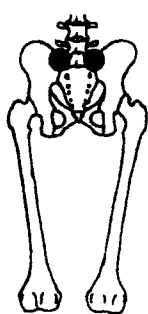


Internal oblique abdominal

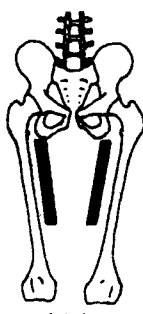


Anterior

NEUROLYMPHATIC — RECTUS ABDOMINIS



Posterior



Anterior

NEUROLYMPHATIC — OBLIQUE ABDOMINALS



Posterior



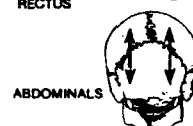
NEUROVASCULAR



RECTUS



TRANSVERSE



ABDOMINALS

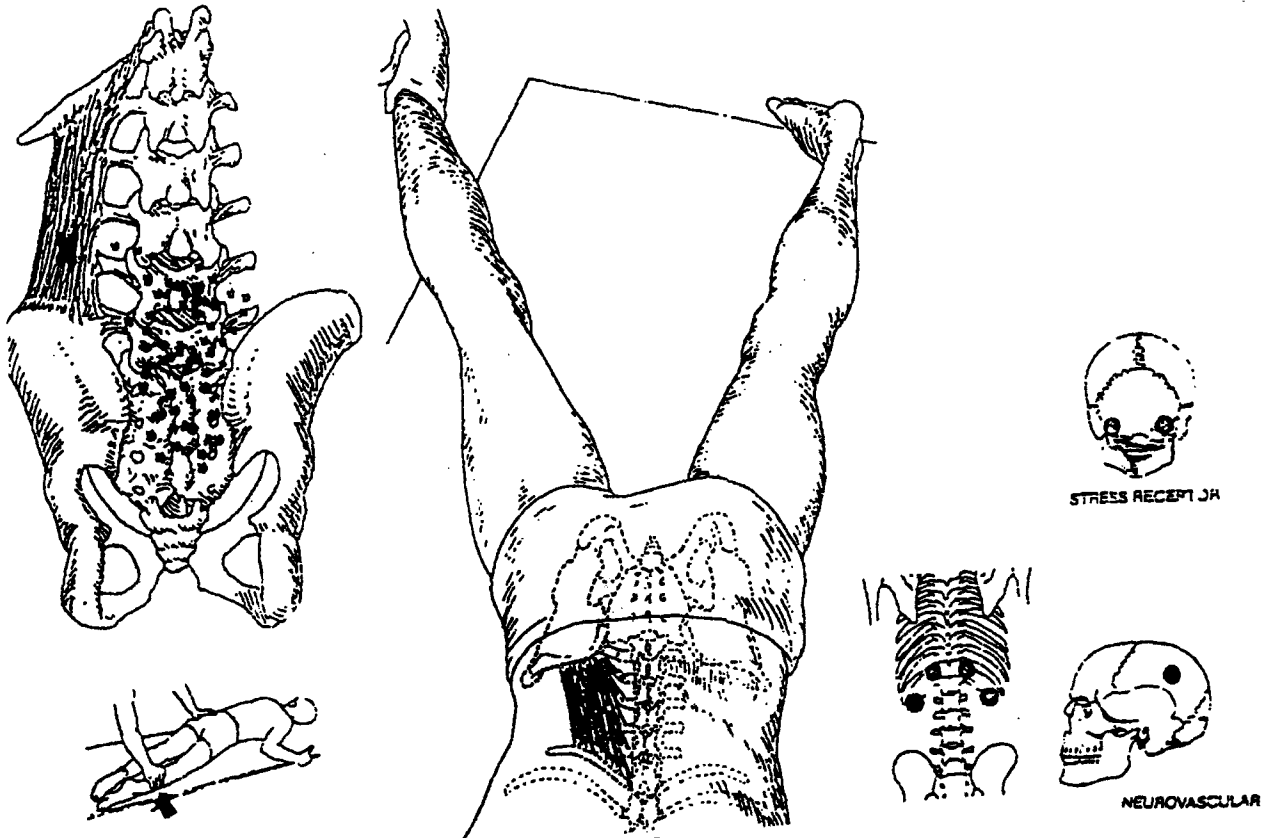
STRESS RECEPTORS

Питание – витамин Е, концентрат двенадцатиперстной кишки или нуклепротеиновый экстракт

Меридиан – тонкий кишечник

Орган - тонкий кишечник

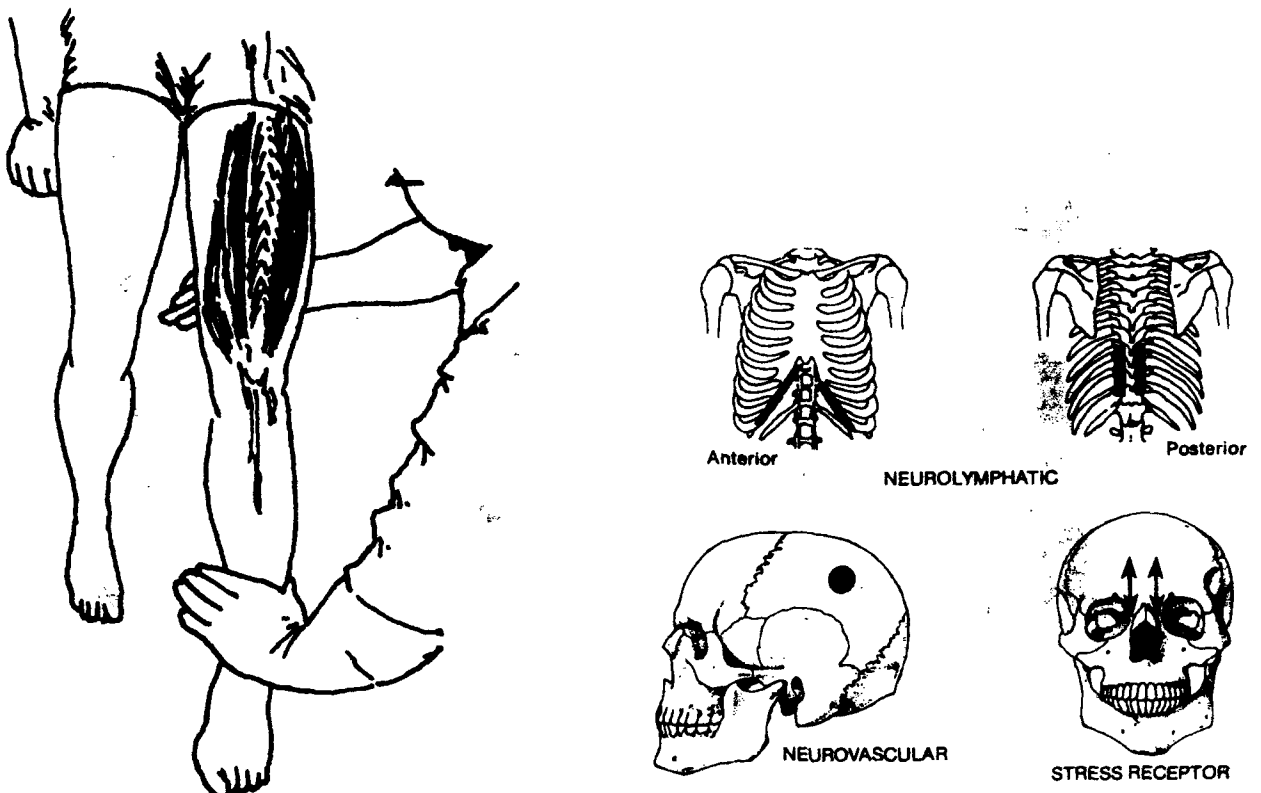
QUADRATUS LUMBORUM



Иннервация – поясничное сплетение T12, L1, 2, 3

Питание – витамины Е, С и А. Меридиан – толстый кишечник. Орган – аппендикс

QUADRICIPS – Rectus Femoris

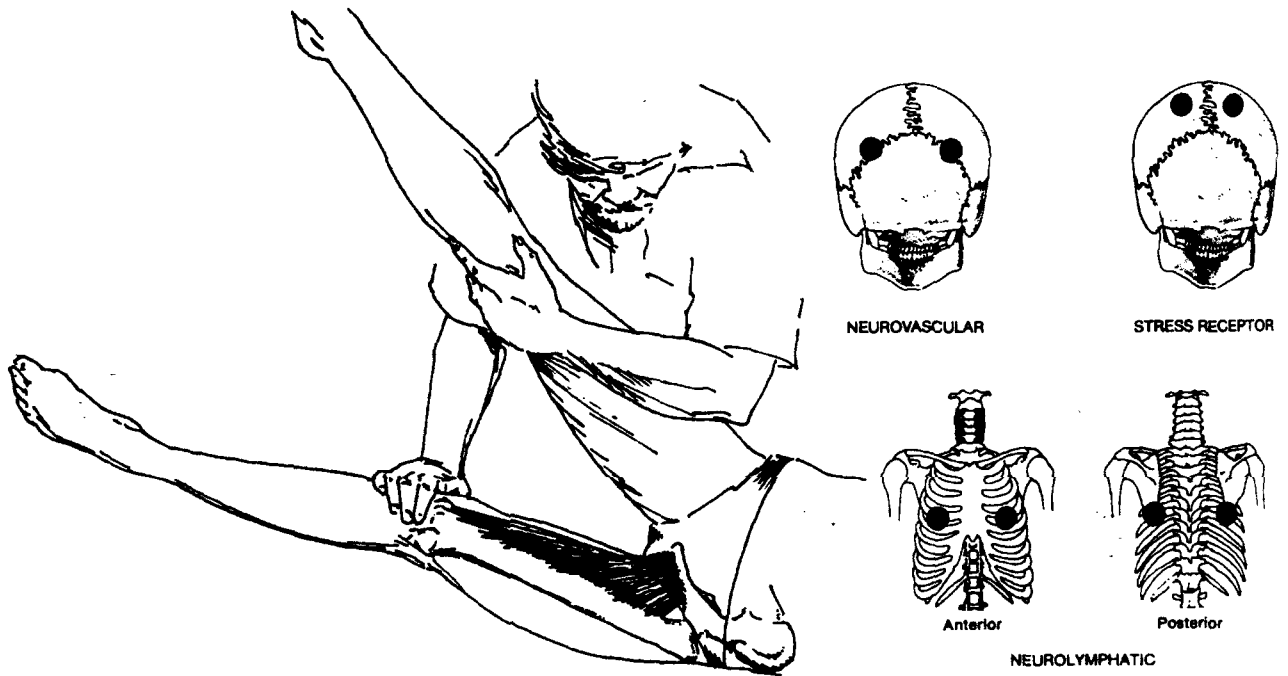


Иннервация – бедренный нерв, L1, 2, 3

Питание – витамины Д.

Меридиан – тонкий кишечник. Орган – тонкий кишечник

ADDUCTORS

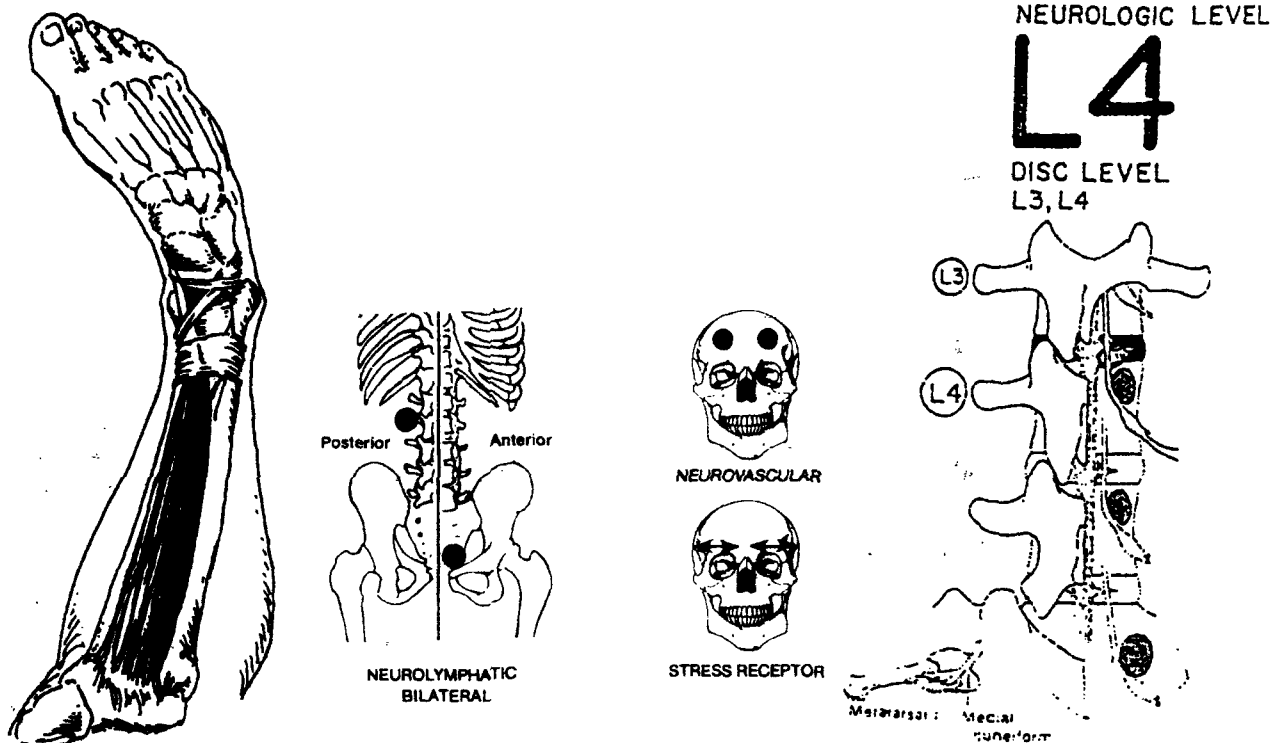


Иннервация – бедренный и запирающий нервы

Питание – экстракт эндокринных желез, витамин Е, омега 3, цинк

Меридиан – перикард. Орган – репродуктивные органы

TIBIALIS ANTERIOR

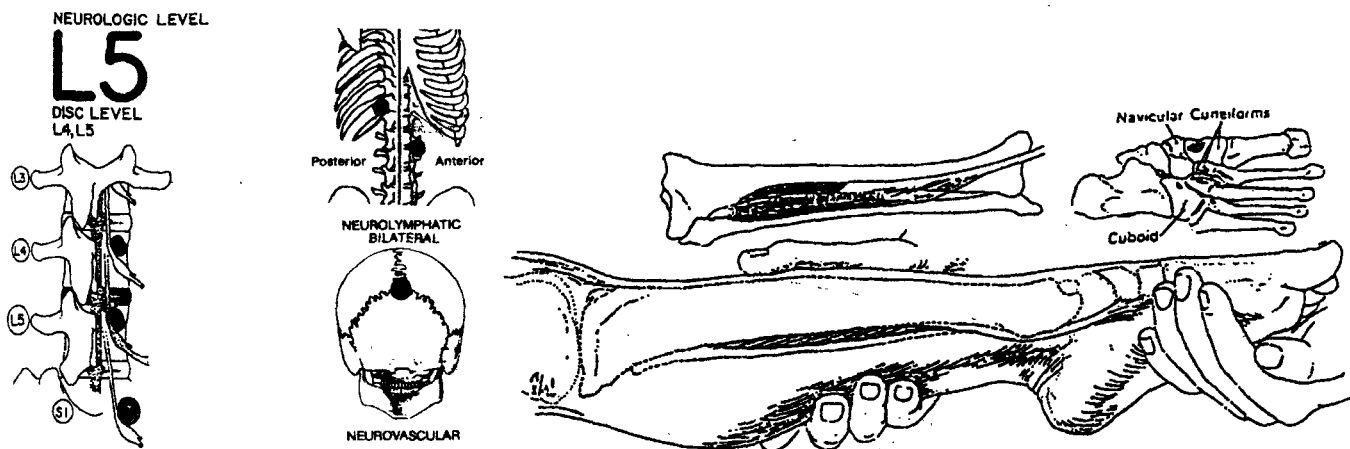


Питание – витамин А

Меридиан – мочевого пузыря

Орган – мочевого пузыря

TIBIALIS POSTERIOR

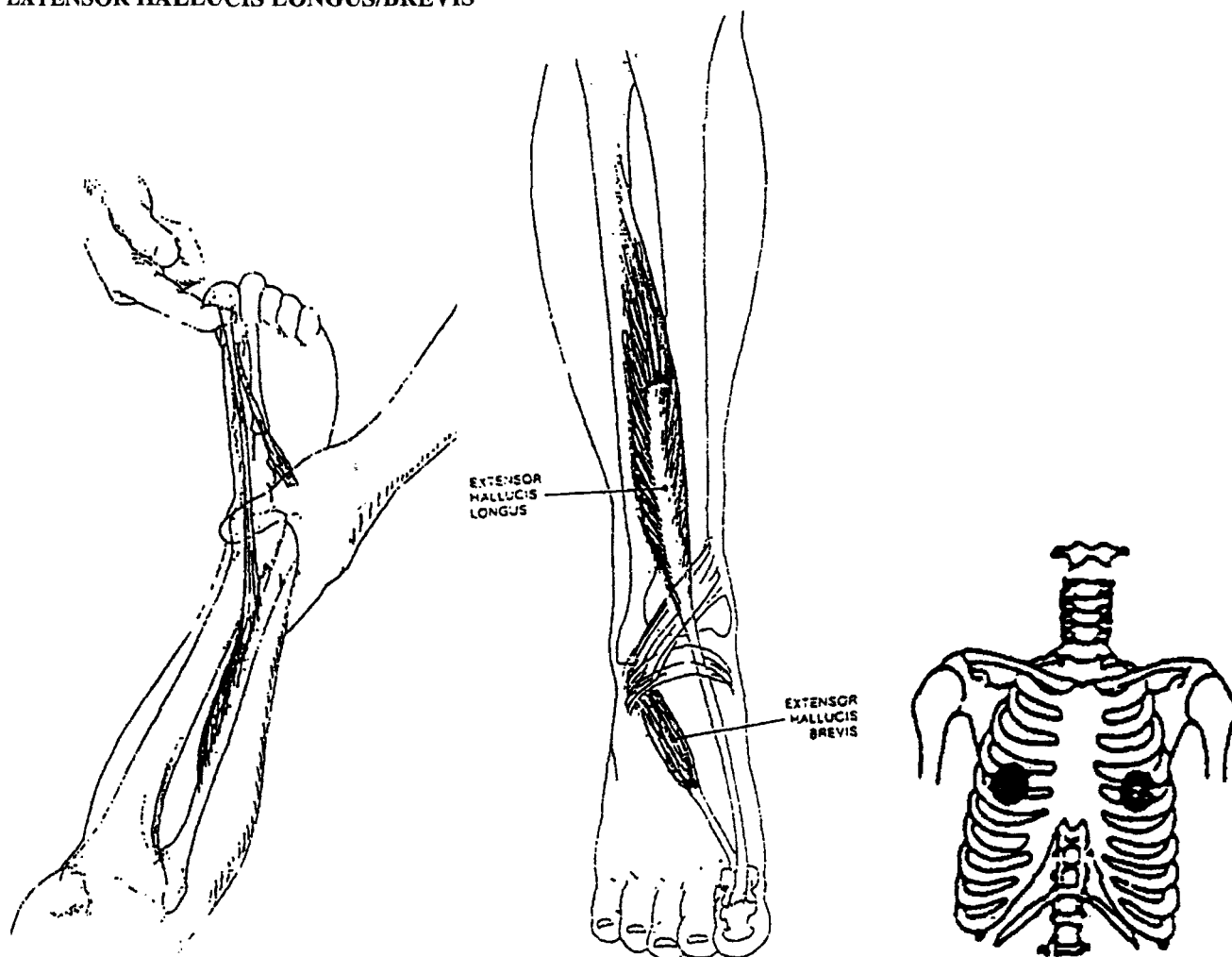


Иннервация – большеберцовый нерв, L4, 5, S1

Питание – витамин А Меридиан – желчный пузырь.

Орган – желчный пузырь

EXTENSOR HALLUCIS LONGUS/BREVIS

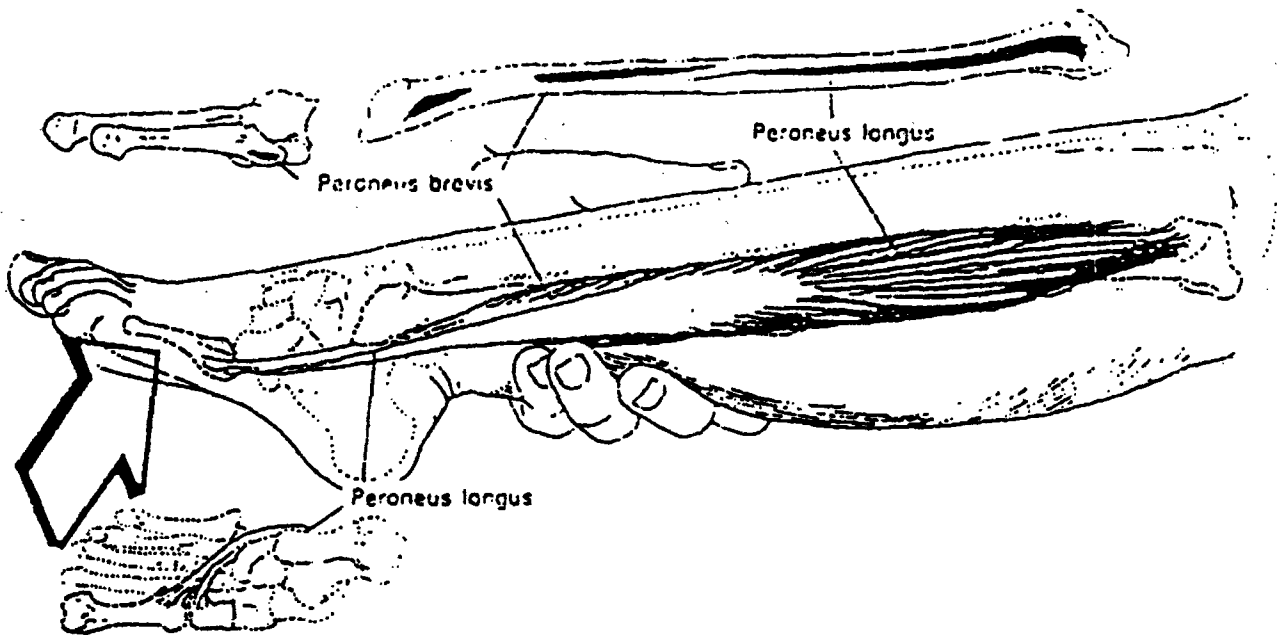


Иннервация

длинный разгибатель 1-го пальца - малоберцовый нерв, L4, 5, S1

короткий разгибатель 1-го пальца - малоберцовый нерв, L5, S1

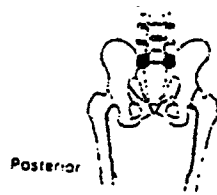
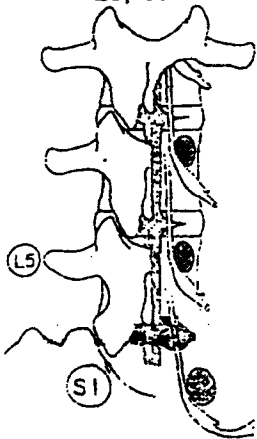
PERONEUS LONGUS/BREVIS



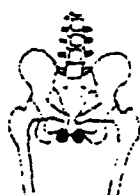
NEUROLOGIC LEVEL

SI

DISC LEVEL
L5, SI



Posterior

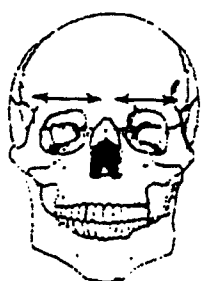


Anterior

NEUROLYMPHATIC



NEUROVASCULAR



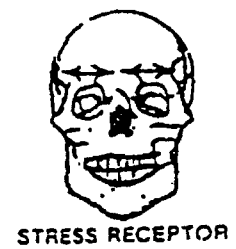
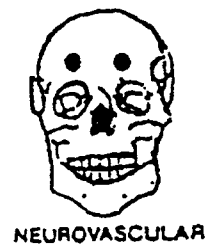
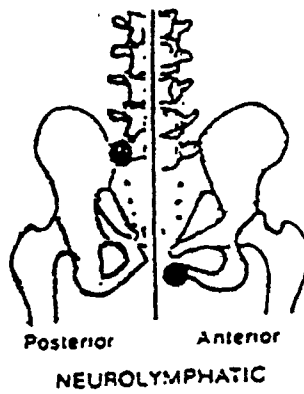
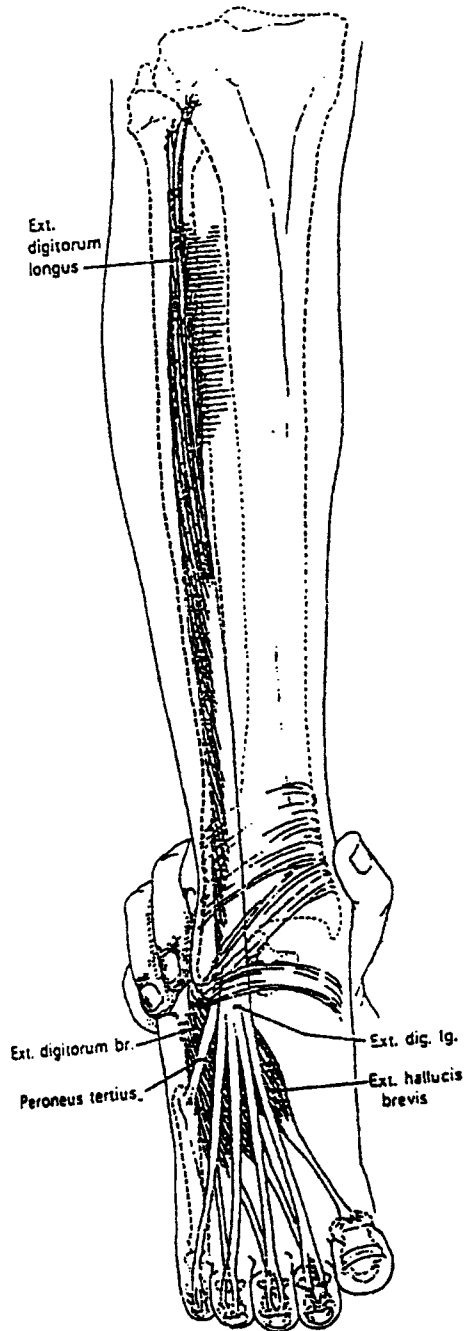
STRESS RECEPTOR

Питание – кальций, комплекс витамина В, избегать чавелевых кислот (реверт, шпинат)

Меридиан – мочевой пузырь.

Орган – мочевой пузырь

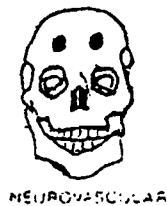
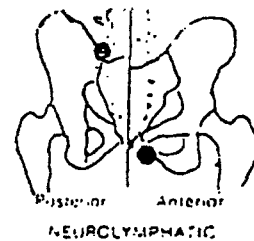
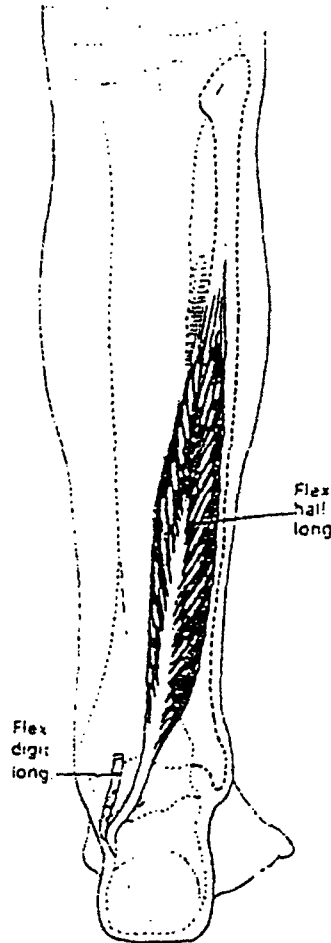
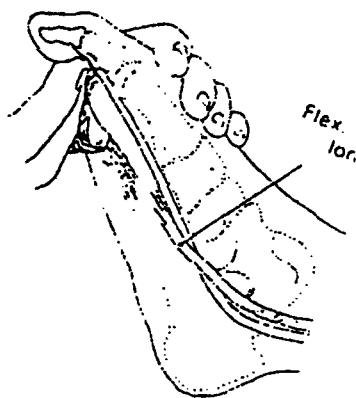
PERONEUS TETRIS



FLEXOR HALLICIS LONGUS

NEUROLOGIC LEVEL

S 2



Иннервация: *Longus* - Большеберцовый нерв, L5, S1,2.

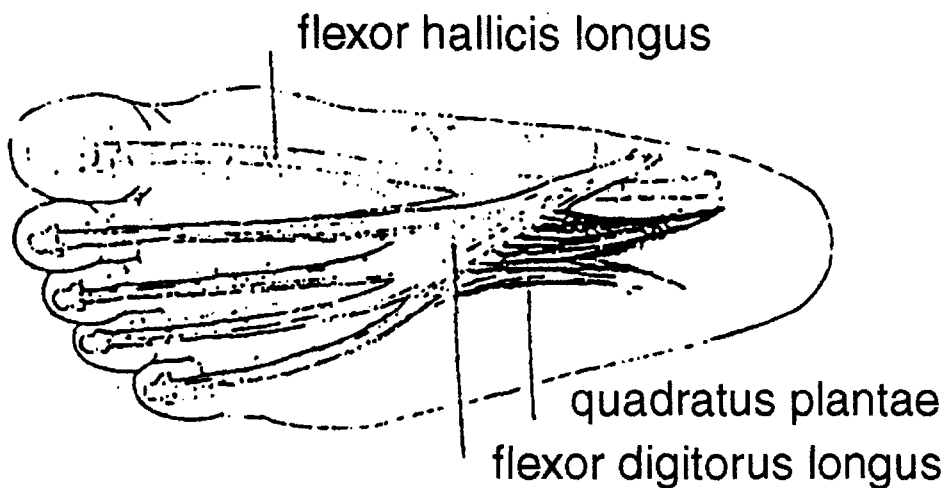
Brevis - Большеберцовый нерв, L5 S1.

Тестирование: Давление оказывается на последнее сочленение большого пальца в попытке произвести разгибание в суставе.

Питание: Сырокопченный концентрат. Меридиан: *Circulation sex*.

Орган: Ни один из имеющих, однако отмечены корреляции с синдромом тарзального туннеля.

FLEXOR DIGITORUM BREVIS



АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ КОМПРЕССИИ КОРЕШКОВ

1. Расположение тела пациента в направлении движения, провоцирующем слабость иннервирующих мышц.
2. Определение максимальной болезненности одного из остистых отростков исследуемого позвоночного двигательного сегмента.
3. Устранение категорий таза;
 - расположение блоков под крылом подвздошной кости и тазобедренным суставом до исчезновения боли при пальпации остистого отростка
4. Повышение внутричерепного давления;
 - тестирование сильной индикаторной мышцы (экстензоры бедра)
 - ягулярная компрессия - слабость экстензоров бедра указывает на сторону для воздействия на сакротуберальную связку
5. Растяжение сакротуберальной связки в направлении уменьшающем боль в области ключично - вертебральной связки в сочетании с ягулярной компрессией и выполнением 4-5 глубоких дыхательных движений.
6. Корректирование остальных дисфункций таза в следующей последовательности:
 - устранение - дисфункции крестца, позвоночника;
 - сублюкации L5-C1, L4-C2, L3-C3
7. Устранение дисфункций соответствующего ПДС:
 - исходное расположение пациента в направлении ротации и латерофлексии уменьшающих слабость мышцы;
 - проведение линейного толчка кранио-вентро-латерально или каудо-дорзо-латерально (с учетом rebound - mechanism)
8. Повторное тестирование силы иннервирующих мышц и их реакции на провокацию.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ НЕОПТИМАЛЬНОЙ ДИНАМИКЕ.

(Среди провоцирующих факторов преобладает ходьба, движения).

А. Визуально определяется:

- основное направление движения, провоцирующее боль.
- локализация мышцы-агониста выполняемого моторного паттерна, включающейся в движение с опозданием (диагностика ее функциональной слабости)
- локализация мышцы, включающейся в движение с опережением (поиск возможной функциональной слабости ее антагониста).

В. Пальпаторно определяется:

- место расположения положительной терапевтической локализации.

С. Методом провокации определяется:

- необходимость воздействия (физического, химического, эмоционального).

9. ХИМИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЗДОРОВЬЯ

Критерии нормореакции

Отсутствие функционально расслабленных мышц. Отсутствие гипертоничности мышц - ТЛ на точке К 27.

не ослабляет индикаторную мышцу Отсутствие аллергических реакций.

Критерии химических функциональных нарушений в организме

Наличие функционально расслабленной мышцы, ассоциированной с органом не реагирующей на механическую провокацию Наличие функционально расслабленной мышцы, ассоциированной с дефицитом, наличие аллергических реакций на вещество, локализация которого на теле пациента формирует функциональную слабость мышц.

Мышца	Вещества
дельтовидная	витамин С, РНК
мышца, напрягающая широкую фасцию бедра	железо, ацидофилин, бифидобактерии, лактобактерии
экстензоры бедра	витамин Е. кальций, бетаин
ключичная порция большой, грудной мышцы	витамин В, В12
широчайшая мышца спины	витамин А
трапециевидная	витамин А, С, кальций
подлопаточная	витамин В., С, Е, калий, магний
четырехглавая	витамины группы В, витамин D
малоберцовые	витамины группы В, кальций
подвздошно-поясничная	витамины А, Е
грушевидная	витамины А, Е
ягодичные	витамин Е
малая круглая	йод, марганец, железо, витамин А, селен, водоросли
портняжная	витамин С, В5, женьшень, цинк, иногда - NaCl
подколенная	витамин А
грудинная порция большой грудной мышцы	витамин А, желчь
большая круглая	К, Na, цинк, водоросли
надостная	РНК

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ХИМИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

1. *Определение мышцы-индикатора.*

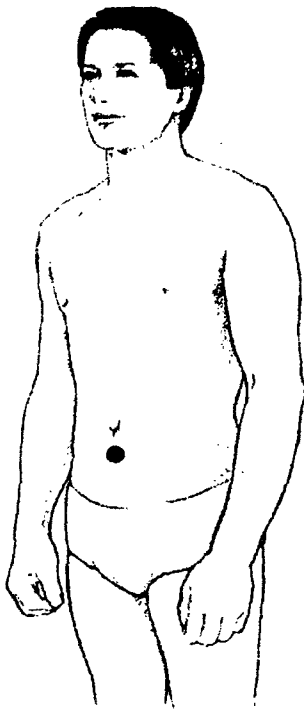
2. *Проведение химической провокации:*

вещество (масло, мясо, хлеб) располагается на теле пациента под южным полюсом магнита; определяются вещества, вызывающие функциональную слабость или сверхоблегченность мышцы-индикатора.

3. *Поиск патогенетически значимого органа.*

4. *Терапевтическая локализация на висцеральные органы* и поиск органа, терапевтическая локализация на который вызвало функциональное изменение силы мышцы.

5. *Диагностика причины* (механической, химической, энергетической), вызвавшей нарушение органа и ее коррекция.



Зона для тестирования химических веществ

АЛГОРИТМ ТЕСТИРОВАНИЯ НА НЕДОСТАТОК ВЕЩЕСТВ

1. Определение функционально слабой или гипертоничной мышцы

2. Химическая провокация

-химическое вещество располагается на животе или производится диагностика по зонам Ридлера

-устраняется функциональная слабость мышцы - вещество в недостатке

-определение дозы и кратности применения данного вещества

3. Определение органа, нарушающего усвоение вещества

-терапевтическая локализация на внутренние органы появление функциональной слабости - подтверждение патогенетической значимости органа

4. Поиск причины функционального нарушения органа

-структурные нарушения (дисфункция, диспозиция, нарушения крово-лимфообращения)

-химические - потребность в ферментах, витаминах, минералах

-энергетические (меридианный, эмоциональный дисбаланс)

АЛГОРИТМ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ИЗБЫТОК ВЕЩЕСТВ (ТОКСИЧНОСТЬ)

1. Определение индикаторной мышцы

2. Химическая провокация

-химическое вещество (витамины, минералы) располагается на животе под южным полюсом магнита

-диагностика зон Ридлера

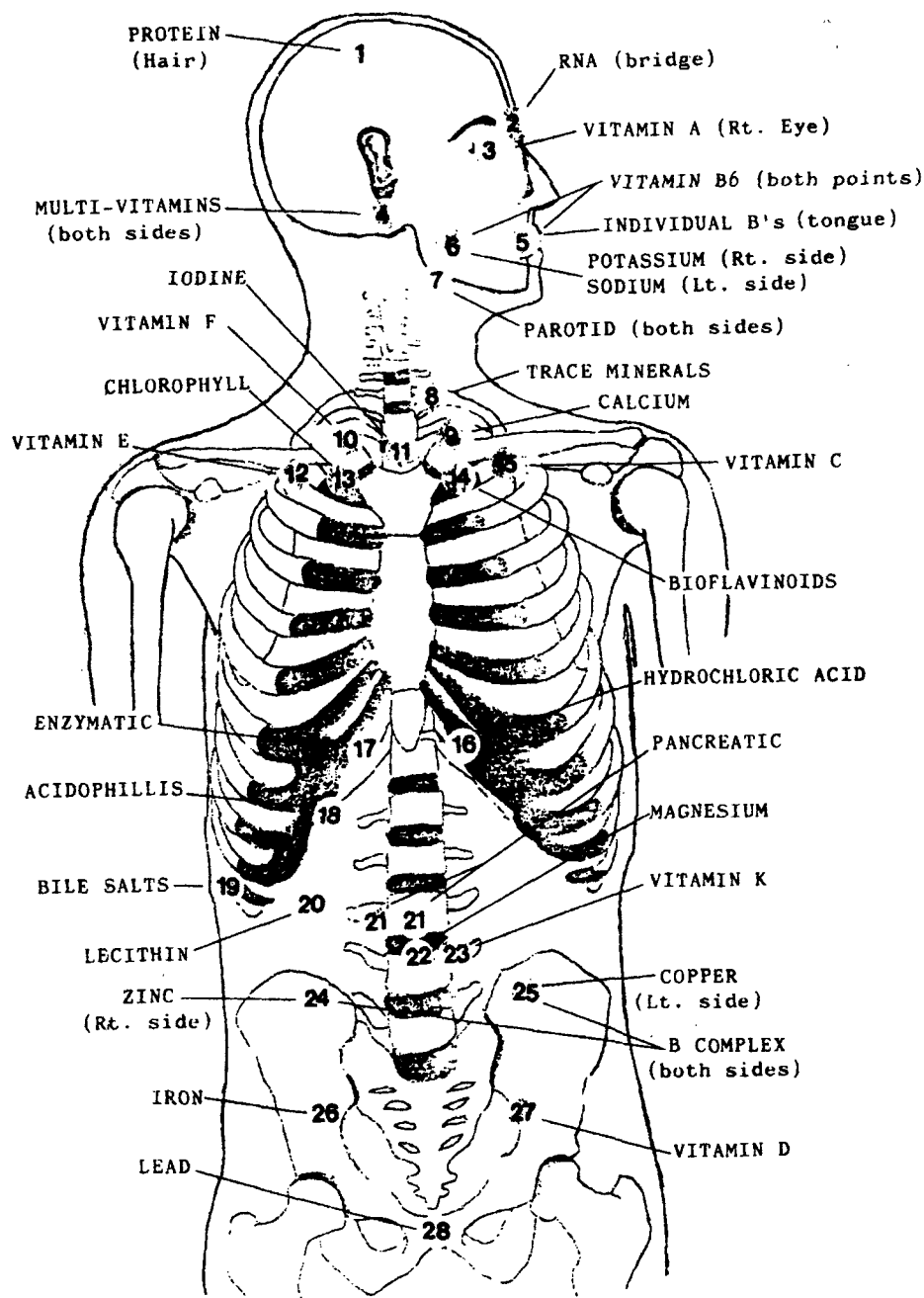
-ослабление мышцы-индикатора - вещество в избытке

3. Определение патогенетического детоксицирующего органа с одновременно проводимой терапевтической локализацией на выделительных органах. Усиление мышцы-индикатора - подтверждение патогенетической значимости органа.

4. Поиск причины функционального нарушения органа.

-структурные нарушения (дисфункция, диспозиция, нарушение крово-лимфообращения)
-химические нарушения (потребность в добавках - витамины, минералы, интоксикации, инфекции)

-энергетические нарушения (меридианный дисбаланс, чакры, эмоции)



ДИАГНОСТИКА ТОКСИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ И ИНФЕКЦИИ.

1. Диагностика дисфункции органов детоксикации (печень, почки, толстый кишечник, легкие)

- функциональная слабость ассоциированной мышцы
- слабость мышцы-индикатора при терапевтической локализации на органе

2. Коррекция причины дисфункции органа

3. Химическая провокация

- расположение химических провокаторов на коже под южным полюсом магнита (кофеин, парацетомол, фенол, ацетальдегид, перекись водорода, глютамин)
- ослабление индикаторной мышцы - признак нарушения определённого этапа детоксикации

4. Коррекция

- биомеханические нарушения
- химические нарушения
- энергетические нарушения

ВЛИЯНИЕ ХИМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НА ДРУГИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ЗДОРОВЬЯ.

1. Влияние на энергетические процессы.

- память о перенесенном химическом повреждении (печень, толстый кишечник, почки, легкие)

- канально-меридианный дисбаланс (опосредованно через дисфункцию висцерального органа, дисфункцию мышц на пути следования меридиана)

- чакральные нарушения (опосредованно через органы, расположенные в области чакр)

2. Влияние на биомеханику

- слабость мышц, вследствие дефицита витаминов, минералов

- нарушение образования соединительной ткани (хрящи, надкостница, связки, кости, мышцы, фасции)

- дефицит аминокислот, витаминов, минералов, интоксикация

- висцеральные органы (интоксикация, дефицит)

- на нервную регуляцию (интоксикация, дефицит)

Варианты нарушений биохимических процессов.

I. Недостаток веществ (витаминов, минералов, аминокислот, полиненасыщенных жирных кислот).

1. Недостаток поступления.

2. Нарушение процессов всасывания.

3. Нарушение процессов усвоения.

4. Нарушения транспортировки в системе лимфы или крови.

5. Нарушение поступления к месту назначения.

6. Патологическое усиление выведения.

II. Избыток веществ (Vitt A, Zn, Си, К, Мд, Са, дисбаланс полиненасыщенных жирных кислот).

1. Избыточное поступление.

2. Нарушение процессов выведения или эллеминации.

III. Наличие токсических веществ.

1. Химикаты (нитраты, пестициды, гербециды, консерванты продуктов).

2. Токсические металлы (Hg-зубная амальгама, рыба в зоне промстоков; Al-тара для напитков, аэрозоли, фармпрепараты; Cd-яркие красители).

3. Радиоактивные вещества, жёсткое излучение.

4. Аллергии.

IV. Инфицированность (острая и хроническая).

1. Грибковая.

2. Вирусная.

3. Паразитарная.

4. Бактериальная.

V. Память о перенесенной травме (общая и местная).

1. Структурная.

2. Химическая.

3. Биологическая.

4. Эмоциональная.

5. Клеточная.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА АМИНОКИСЛОТ, УГЛЕВОДОВ.

1. Нарушение работы энтероцитов

1.1. Химические нарушения

- воспаление тонкого кишечника (инфекция, бактерии)

1.2. Биомеханические нарушения

- спазм висцеральной мускулатуры, спаечный процесс;
- нарушение кровоснабжения
- нарушение лимфооттока
(ассоциированные мышцы - прямая мышца бедра и мышцы живота)

1.3. Энергетические нарушения

- меридиан тонкого кишечника
- нарушение желудочной чакры

2. Нарушение работы поджелудочной железы (цинк, витамины гр. В)

2.1. Химические нарушения

- токсические нарушения
- инфекционные нарушения (вирусы)

2.2. Биомеханические нарушения

- нарушение крово-лимфообращения
- дисфункция, диспозиция органа
(ассоциированные мышцы: широчайшая мышца спины, трехглавая мышца плеча;

функциональный блок - Thvi-vii)

2.3. Энергетические нарушения

- меридиан селезенки - поджелудочная железа
- нарушение желудочной чакры

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ЖИРОВ

1. Нарушение работы энтероцитов

2. Нарушение работы поджелудочной железы

3. Нарушение работы печени, желчевыводящих путей

- химические: дефицит витамина С, таурин, фосфотидилхолин, полиненасыщенные жиры
- токсические
- инфекционные
- биомеханические (дисфункция, диспозиция желчного пузыря, сфинктера Одди, спазм

диафрагмы

4. Ассоциированные мышцы: большая грудная мышца, ромбовидная мышца;

функциональный блок Thiv

5. Энергетические дисфункции: нарушение меридиана печени; нарушение желудочной и сердечной чакры; эмоции (гнев)

Использование точек начала и конца меридианов диагностике химических нарушений

Lg19 тирозин, Ве, фолиевая кислота, Fe, Cu, тирозиназа, B3

V1 триптофан, фолиевая кислота, Fe, Ве, B3

VB1 холин, пантотеновая кислота

GI20 глицин, B2, B6, фолиевая кислота, Mn, Zn, глютаминовая кислота, пантотеновая кислота

TR23 нарушение углеводного обмена, B6, B5, C, Zn, Cu, Cr, Fe, тирозиназа, фолиевая кислота

E1 гистамин, кинин, аргинин, пролин, глицин,серин, фенилаланин, B6, Zn

Связь определённых мышц с нутриентами

1. Тиамин (B1)	- мышцы, связанные с В - комплексом: третичная, длинная, короткая, малоберцовые, большая грудная ключичная порция, левая малая грудная, верхняя трапецевидная, квадратная мышца поясницы.
2. Рибофлавин (B2)	- подлопаточная, а также все мышцы, связанные с В комплексом.
3. Ниацин (B3)	-грудинно-ключично-сосцевидная, передние лестничные, разгибатели шеи, а также все мышцы, связанные с В-комплексом.
4. Пиридоксин	- передние лестничные, разгибатели шеи, грудинно-ключично-сосцевидная, а также все мышцы, связанные с В-комплексом.
5. Фолиевая кислота (P)	- показательна общая мышечная слабость на активность правой и левой половин головного мозга.
6. Витамин А	- грушевидная, широчайшая спины, квадратная поясницы, передняя большеберцовая, подколенная, ромбовидная, верхняя трапецевидная, большая грудная грудинная порция.
7. Витамин С	- портняжная, передняя зубчатая, дельтовидная (все порции), подлопаточная, клювоплечевая, квадратная поясницы.
8. Zn	- малая грудная справа, большая круглая (электролитный баланс), большая грудная ключичная порция.
9. K	-общая мышечная слабость (опосредованно портняжная и стройная или большая круглая).
10. Cr	- может быть отражением углеводного дисбаланса, иногда широчайшая мышца спины
11. Fe	- слабость напрягателя широкой фасции бедра с обеих сторон, с одновременной активацией левой половины головного мозга.

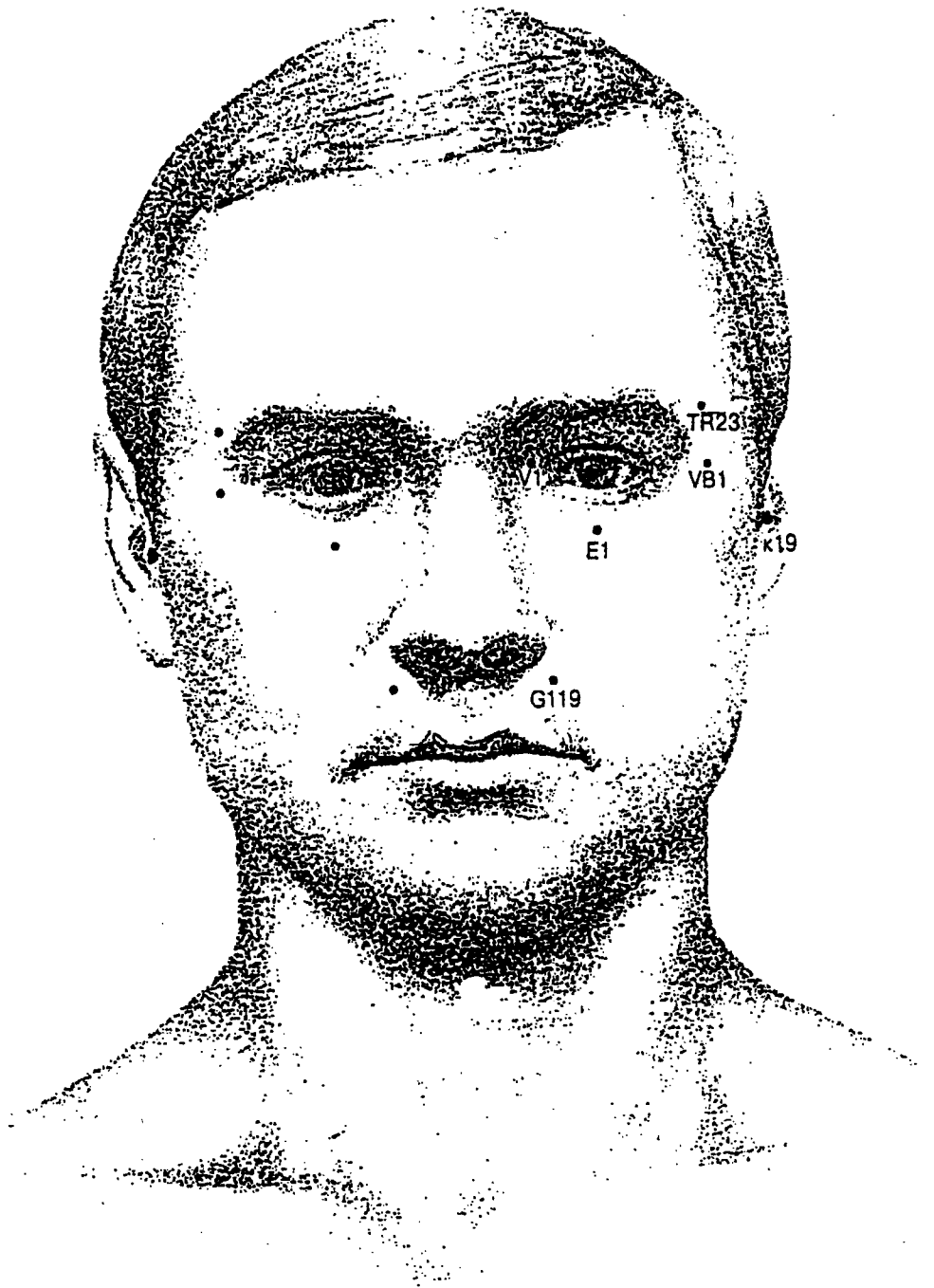
ДИАГНОСТИКА ДЕФИЦИТА АМИНОКИСЛОТ

Использован материал Семинара Шелдона С. Дила, проведенного в Санкт-Петербурге в 1998 году.

Терапевтическая локализация билатерально на соответствующие точки меридиана вызывает слабость сильной мышцы - индикатора. Расположение таблетки соответствующей аминокислоты в рот устраняет данную слабость.

Соответствие недостатка аминокислот дисфункции акупунктурной системы.

Название меридиана	Название точки тревоги	Локализация	Название аминокислоты
Желудок	E1	Непосредственно под глазом	Таурин
Желудок	E45	Латеральная сторона дистальной фаланги второго пальца	Триптофан
Селезенка, поджелудочная железа	RP1	Тыл стопы в области дистальной фаланги большого пальца стопы	Цитрулин
Селезенка, поджелудочная железа	RP21	Подмышечная область в шестом межреберье по средней подмышечной линии	Гистидин
Сердце	C1	Передняя стенка подмышечной ямки. Место пересечения m. pectoralis major и coracoclavicular m. biceps brachii	Серин
Сердце	C9	Лучевая сторона дистальной фаланги пятого пальца руки	Глицин
Тонкая кишка	IG1	Локтевая сторона дистальной фаланги пятого пальца руки	Лецин
Тонкая кишка	IG9	Задняя часть плеча на границе с дельтовидной мышцей, на 1 цунь выше задней кожной складки подмышечной ямки	Глутамин
Мочевой пузырь	VI	Область глазницы кнутри от медиального угла глаза на 0,3 см	Пролин
Мочевой пузырь	V67	Латеральная сторона тыла дистальной фаланги пятого пальца стопы	Орнитин
Почки	R1	Подошвенная область в промежутке между второй и третьей плюсневными костями на уровне 2/5 расстояния от второго пальца до края пятки	Цистин
Почки	R27	Грудная область под нижним краем ключицы латеральное передней срединной линии	Карнитин
Перикард	MC1	Грудинная область в четвертом межреберье латеральное передней срединной линии	Валин
Перикард	MC9	Центр кончика дистальной фаланги третьего пальца кисти кпереди от ногтя на 0,3 см (ладонная поверхность)	Изолейцин
Тройной обогреватель	TR1	Локтевая сторона тыла дистальной фаланги четвертого пальца кисти на 0,3см от корня ногтя	Тирозин
Тройной обогреватель	TR23	Латеральный край брови у верхнелатерального края орбиты	Цистеин
Желчный пузырь	VB1	Область глазницы латеральное наружного угла глаза на 0,5см	Фенилаланин
Желчный пузырь	VB44	Тыльная поверхность дистальной фаланги четвертого пальца ноги, латеральное корня ногтя на 0,3 см	Аспарагиновая кислота
Печень	F1	Тыльная поверхность дистальной фаланги первого пальца стопы латеральное основания корня ногтя 0,3см.	Метионин
Печень	F14	Шестое межреберье кнаружи от передней срединной линии	Глутаминозая кислота
Легкие	P1	Верхний край второго ребра кнаружи от передней срединной линии	Треонин
Легкие	P11	Тыльная поверхность первого пальца кисти в области дистальной фаланги кнаружи от корня ногтя на 0,3см	Аргинин
Толстая кишка	GI1	Тыльная поверхность второго пальца в области дистальной фаланги с латеральной стороны	Аланин
Толстая кишка	GI20	Область носа кпереди от носогубной складки в бороде у середины заднего края	Лизин



ЦВЕТОВОЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СООТВЕТСТВИЕ ЧАКРАМ (Использован материал Шелдона С. Дила, представленные на семинаре в Санкт-Петербурге в 1998 году)

Цветное соответствие чакрам

7 чакра - коронарная
Я общаюсь с вселенной.
Я открыт для любой области знаний.
Я сам заключаю в себе свет.
Я способен освещать других.

6 чакра - бровная
Я ясно вижу все вокруг, я понимаю, что происходит вокруг.
Я сосредоточен. Я настороже и вместе с тем я себя легко, спокойно чувствую в настоящем.

5 чакра - горловая
Я могу свободно выражать свои мысли, у меня свободная речь.
Все, что я говорю, ценно.
У меня есть право, чтобы меня слушали. Я говорю правду вполне легко, комфортно. Я чувствую себя безопасно в том, что я говорю.

4 чакра - сердечная
Я знаю, что такое любовь, и я ее понимаю, я принимаю любовь от других.
Я свободно делюсь любовью с другими.
Я сам есть любовь
Я соединен с самим собой.

3 чакра - солнечное сплетение
Мне комфортно оттого, что мой кишечник чувствует себя хорошо.
Я не вбираю в себя отрицательную энергию.
Я в контакте с моей вселенной.

2 чакра - сакральная (крестцовая)
Я выражаю себя посредством своей сексуальности. Мне вполне комфортно от сознания своего пола. Мне нравится быть мужчиной (женщиной).
Я плодovit (подовита).
Размножаюсь с большой легкостью.

1 чакра - корневая
Я сосредоточен на своем существовании.
Я чувствую себя безопасно со всеми своими качествами.
Я удовлетворен тем, что я унаследовал.

Ладонные чакры

Эмоциональное соответствие чакрам
7 чакра - фиолетовый
Связь с эпифизом, верхним отделом мозга, правым глазом.

6 чакра - индиго
Связь с гипофизом, нижним отделом мозга, левым глазом, ушами, носом.

5 чакра - синий.
Связь со щитовидной железой, паращитовидной, горлом, бронхиолами.

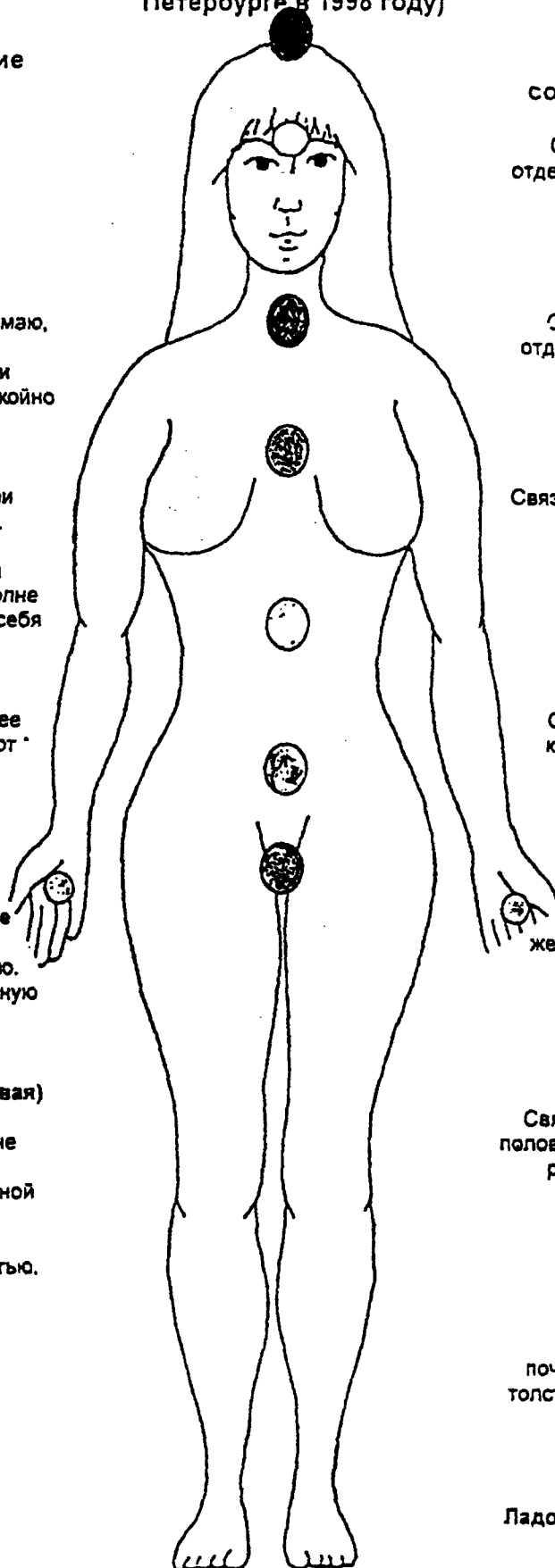
4 чакра - зеленый.
Связь с тимусом, системой кровообращения, сердцем, кровью, руками.

3 чакра - желтый.
Связь с поджелудочной железой, желчным пузырем, желудком, печенью, симпатической нервной системой.

2 чакра - оранжевый
Связь с половыми органами, половыми железами, органами размножения, селезенкой.

1 чакра - красный.
Связь с надпочечниками, почками, мочевым пузырем, толстым кишечником, ногами, позвоночником.

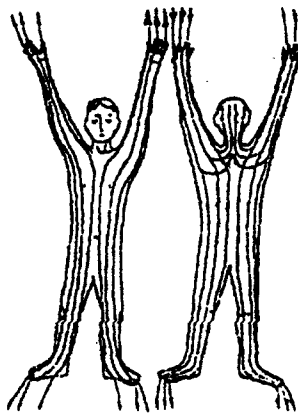
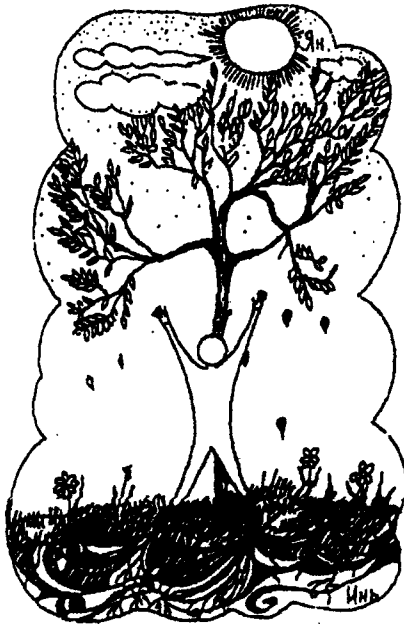
Ладонные чакры - розовый.
Альтернатива зеленому.



10. ДИСБАЛАНС МЕРИДИАННОЙ СИСТЕМЫ

критерии баланса меридианной системы

- 1 Возникновение активности меридиана в соответствующее время суток.
2. Появление функциональной слабости мышц, ассоциированных с меридианом, являющимся активным в конкретный период времени
3. Появление функциональной слабости индикаторной мышцы и усиление ассоциированной мышцы возникает при -
 - а) терапевтической локализации на точке тревоги активного меридиана,
 - б) при раздражении седативной точки активного меридиана,
 - в) при линейном массаже против хода меридиана,
 - г) при расположении южного полюса магнита над седативной точкой активного меридиана.
4. При тестировании мышц, ассоциированных с неактивными меридианами, в момент исследования выявляется:
 - а) отсутствие функциональной слабости
 - б) отсутствие сверхоблегченности (локализация северного полюса магнита над брюшком вызывает функциональную слабость).
5. Отсутствие функциональной слабости индикаторной мышцы при терапевтической локализации на точке тревоги неактивного меридиана.
6. Появление функциональной слабости ассоциированной мышцы возникает при линейном массаже по ходу неактивного меридиана.

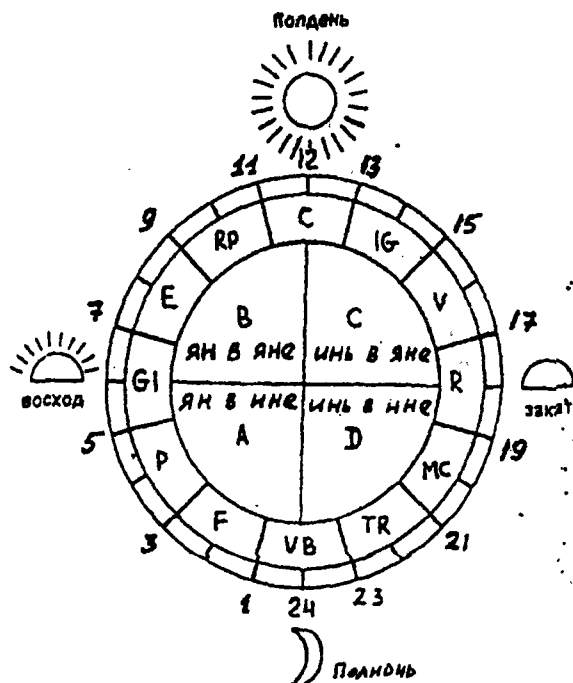


Функциональные нарушения меридианной системы вследствие дисбаланса энергии между каналами (дисфункция часов тела)

Патогенез Активность меридианов сменяет друг друга, но не соответствует времени, где находится данный пациент сейчас

Клиника - нарушены процессы сна и бодрствования, состояние постоянной слабости.

Причины - перелет в другую местность, ночная работа, преобладание в эмоциональной сфере негативных эмоций, нарушивших цикличность смены активности меридианов, патологическая активность одного из меридианов.



Диагностика

А) Мышцы, ассоциированные с каналом, который должен быть активен, не имеют функциональной слабости

В) В индикаторных мышцах не появляется функциональная слабость при терапевтической локализации точки тревоги активного меридиана

Лечение - восстановление активности меридиана, который должен быть активным во время исследования

1. Одновременное раздражение сигнальной точки спаренного меридиана и точки GV 20 постукиванием 2 раза в сек (30-60 раз) до восстановления функциональной слабости мышц ассоциированных с меридианом, который в норме должен быть активным в данное время

Проверка

Через 5 мин повторное тестирование ассоциированных мышц. Если в них вновь исчезли признаки функциональной слабости - причина в патологической активности одного из меридианов

Функциональные нарушения в меридианной системе

Избыточная активность одного и недостаточная активность спаренного меридиана, несоответствующая времени его активности

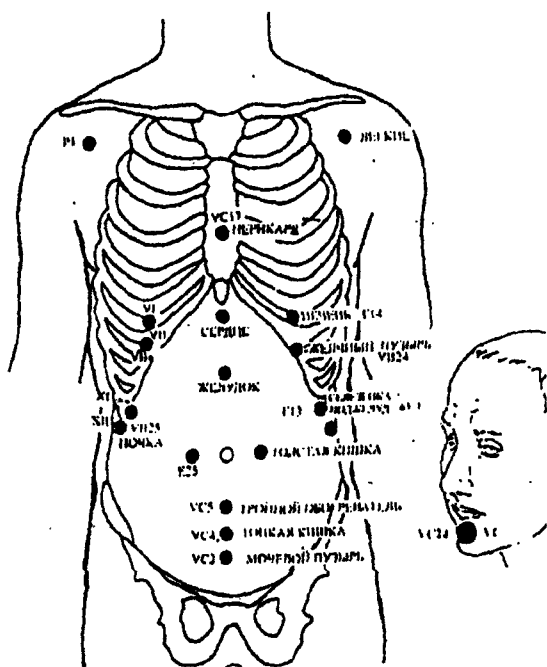
причины:

меридианные - сдвиг активности всех меридианов по часовому поясу, *эмоциональные* - наличие стрессовой ситуации имеющей определенную эмоциональную окраску в прошлом или настоящем, неадекватно воспринимаемой пациентом.

структурные - дисбаланс внутреннего органа, функциональные блоки суставов, его поддерживающие, особенно на шейном отделе позвоночника, спазм диафрагмы

химические - нарушение обмена аминокислот, жиров, углеводов, поддерживающие патологическую активность меридианов, имеющих точки своего начала или конца на лице, интоксикация, поддерживающая дисфункцию внутреннего органа

нарушение функции нервной системы - патологическая активность примитивных рефлексов у взрослого, повышенная активность симпатической или парасимпатической нервной системы



МО-ПУНКТЫ

Функциональные взаимосвязи между локализацией функционально расслабленных мышц и дисфункцией конкретного меридиана

Мышца	Меридиан
Подлопаточная мышца	Сердца
Клювоплечевая мышца, передняя зубчатая мышца, дельтовидная мышца, поднимающая лопатку	Легких
Подколенная мышца	Желчного пузыря
Ключичная порция большой грудной, двуглавая плеча, флексоры шеи, экстензоры шеи, грудино-ключично-сосцевидная, жевательные, передняя лестничная, мышца, противопоставляющая мизинец, пронатор круглый и квадратный предплечья	Желудка
Широчайшая мышца спины, средняя и нижняя порция трапецевидной мышцы, трехглавая мышца плеча	Селезенки
Верхняя порция трапецевидной мышцы	Почек
Грудинная порция большой грудной мышцы, ромбовидная мышца	Печени
Портняжная мышца, камбаловидная мышца, икроножная мышца, стройная мышца, грушевидная мышца, аддукторы бедра, большая ягодичная мышца, задняя большеберцовая мышца	Перикарда
Четырехглавая мышца бедра, прямые мышцы живота	Тонкой кишки
Пояснично-подвздошная мышца	Почки
Квадратная мышца поясницы, экстензоры бедра, мышца, напрягающая широкую фасцию бедра	Толстой кишки
Большая круглая мышца	Задний срединный меридиан
Малая круглая мышца, полостная мышца	Тройного обогревателя
Надостная мышца	Передний срединный меридиан.
Малоберцовая длинная и короткая мышцы, передняя большеберцовая мышца	Мочевого пузыря

Функциональные нарушения меридианной системы вследствие патологической активности одного из меридианов

Патогенез - повышенная активность одного из меридианов и пониженная активность меридиана, с ним спаренного, несоответствующая времени активности и неустраняемая техникой восстановления часов тела.

Клиника -

А) слабость всех мышц, ассоциированных с данным меридианом, нарушение их статической и динамической активности, локализация боли в их укороченных антагонистах,

Б) наличие дисфункции внутреннего органа и функциональных блоков ПДС, соответствующих данным мышцам,

В) Преобладание эмоции, соответствующей данному меридиану.

Диагностика

-А- поиск меридиана, воздействие на который устранило бы повышенную активность меридиана

Основные 3 варианта диагностики

1. на основании тестирования функционально слабых мышц, ассоциированных с определенным меридианом

2. на основании тестирования сильных - индикаторных мышц

3. на основании данных пульсовой диагностики. Терапевтическая локализация на которых вызовет функциональную слабость индикаторных мышц

1 вариант диагностики

А) При тестировании выявлена функциональная слабость мышц, ассоциированных меридианом, имеющим повышенную активность в течение всего времени суток

Б). Проведение терапевтической локализации последовательно на точки тревоги всех меридианов (включая патологически активный меридиан), до тех пор, пока не найдется точка, локализация на которой устранил выявленную функциональную слабость ассоциированных мышц

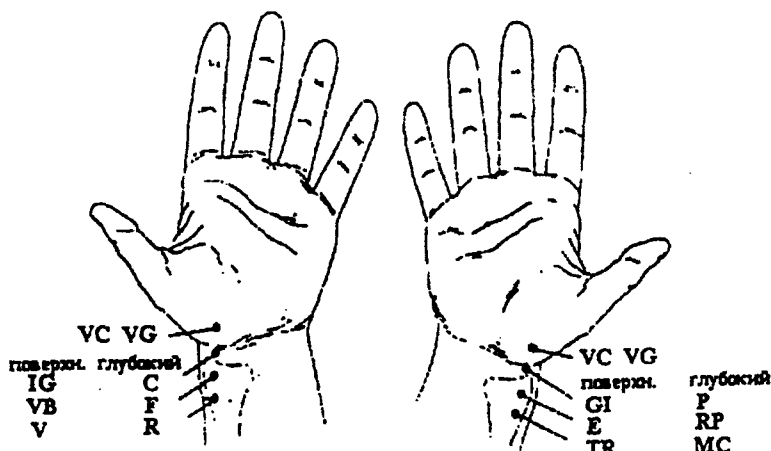
2-й вариант диагностики

А) тестирование индикаторной мышцы

Б) Проведение терапевтической локализации последовательно на точки тревоги всех меридианов до тех пор, пока не найдется точка, локализация на которой вызовет функциональную слабость индикаторной мышцы

3 вариант пульсовая диагностика

1. Терапевтическая локализация на точке пульсовой диагностики вызывает слабость индикаторной мышцы



В) Определение состояния данного меридиана - последовательно производится локализация на его седативную и тонизирующую точку.

Лечение

Активация точки, устраняющей функциональную слабость мышц, ассоциированных с меридианом, имеющим повышенную активность:

- А) механической активацией пальцем
- Б) приложением южного полюса магнита
- В) прижиганием
- Г) акупунктурой
- Д) линейным массажем по ходу меридиана (для активации тонизирующей точки), против хода меридиана (для активации седативной точки)

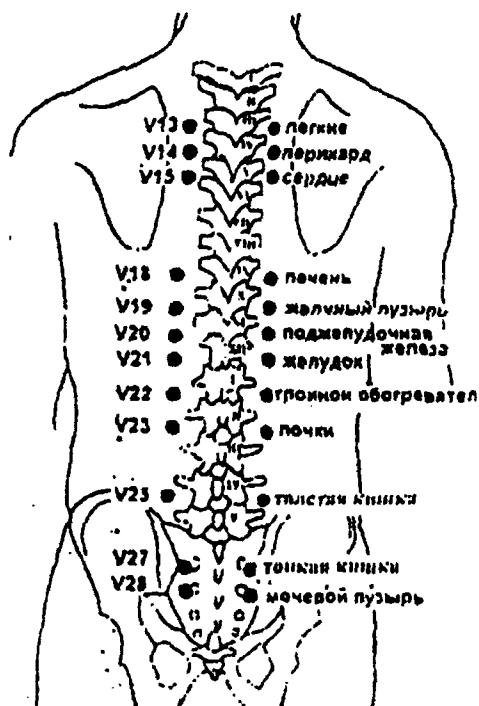
Функциональные нарушения меридианной системы вследствие структурных нарушений

Патогенез наличие патологической активности меридиана, вследствие возникновения функциональных нарушений в сухожильно-мышечных меридианах, функциональных блоков в ПДС, расположенных в местах в месте его шу-пункта.

Клиника - возникновение болевых мышечных синдромов, вследствие формирования функциональной слабости мышц, ассоциированных с меридианом, в процессе ходьбы или дыхания (натяжение твердой мозговой оболочки). Боль иррадирует по ходу сухожильно-мышечной части меридиана.

Диагностика

А) Мышцы по ходу сухожильно-мышечных меридианов напряжены и болезненны с формированием триггерных зон в них Б) Мышцы, ассоциированные с каналом, становятся функционально расслабленными только в положении пациента в фазе ходьбы или при задержке дыхания на фазе вдоха или выдоха

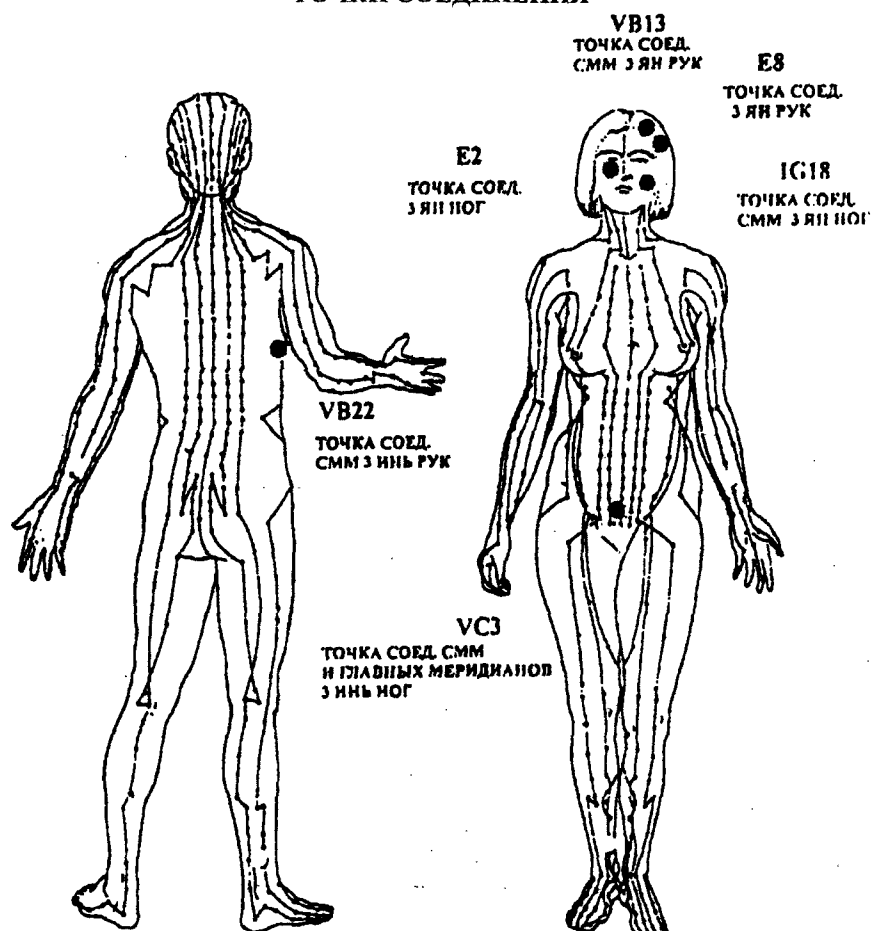


ШУ-ПУНКТЫ

Б)- терапевтическая локализация точек соединения сухожильно-мышечных меридианов, на позвонках, расположенных в области шу-пункта, на триггерных точках по ходу меридианов устраняет функциональную слабость мышц, ассоциированных с меридианом (желательно проверить полученный результат при помощи диагностики точек пульса и мышечного тестирования индикаторной мышцы).

Лечение - 1. Активация точек, устраняющих функциональную слабость мышц, ассоциированных меридианом, имеющим повышенную активность при помощи: механической, магнитной, акупунктурной активации, эфирных масел, линейным массажем по ходу меридиана (для активации тонизирующей точки), против хода меридиана (для активации седативной точки) 2- устранение функционального блока ПДС на уровне шу-пункта.

ТОЧКИ СОЕДИНЕНИЯ



Функциональные нарушения меридианной системы вследствие химических нарушений

Патогенез наличие патологической активности меридиана, вследствие возникновения химических нарушений во внутреннем органе, ассоциировано связанном с меридианом.

Клиника - возникновение болевых мышечных синдромов, связанных с приемом пищи, или дисфункцией органа, аллергические, вирусные реакции по ходу меридиана.

Диагностика

А) Мышцы ассоциированные с меридианом имеют состояние сверхоблегченности. Исходно тестируется нормальная сила, при одновременной локализации на К 27 появляется функциональная слабость.

Б) Терапевтическая локализация на орган или гомеопатические препараты устраняет функциональную слабость мышц, ассоциированных с меридианом (желательно проверить полученный результат при помощи диагностики точек пульса и мышечного тестирования индикаторной мышцы).

Лечение - висцеральная мануальная терапия, коррекция химических нарушений



Необходимые вещества, усиливающие отдельные мышцы

Канал	Мышца	Вещества
P	дельтовидная	витамин С, РНК
GI	мышца, напрягающая широкую фасцию бедра	железо, ацидофилин, бифидобактерии, лактобактерии
GI	экстензоры бедра	витамин Е, кальций, бетаин
E	ключичная порция большой грудной мышцы	витамин В, В12
Rp	широчайшая мышца спины	витамин А
Rp	трапецевидная	витамин А, С, кальций
C	подлопаточная	витамин В, С, Е, калий, магний
IG	четырёхглавая	витамины группы В, витамин D
V	малоберцовые	витамины группы В, кальций
R	подвздошно-поясничная	витамины А, Е
MC	группевидная	витамины А, Е
MC	ягодичные	витамин Е
TR	малая круглая	йод, марганец, железо, витамин А, селен, водоросли
TR	портняжная	витамин С, В5, женьшень, цинк, иногда NaCl
VB	подколенная	витамин А
F	грудинная порций большой грудной мышцы	витамин А, желчь
VG	большая круглая	К, Na, цинк, водоросли
VC	надостная	РНК

Функциональные нарушения меридианной системы вследствие эмоциональных нарушений

Патогенез - наличие стрессовой ситуации в прошлом или настоящем, неадекватно воспринимаемой пациентом, имеющей определенную эмоциональную окраску, поддерживающую активность определенного меридиана.

Клиника - восприятие воздействия факторов внешней и внутренней среды с помощью определенной эмоции (гнева, депрессии, ужаса, и т.д.)

Диагностика

А) Мышцы, ассоциированные с каналом, имеющим точки начала или конца на лице функционально ослаблены.

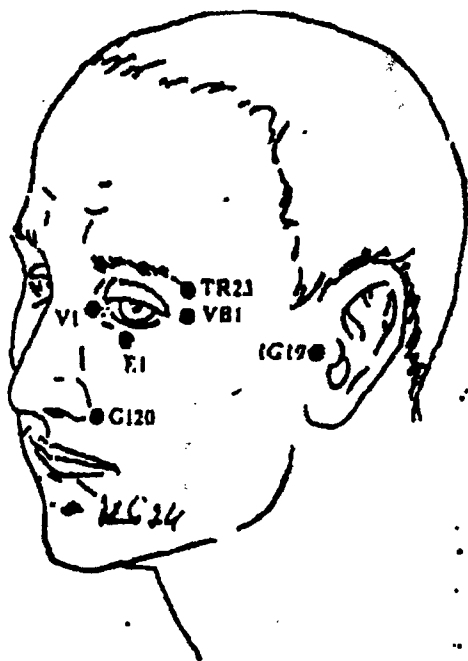
Б) Терапия эмоциональных точек в области лба устраняет функциональную слабость.

Лечение - коррекция эмоциональных нарушений

Активация точек на лице, устраняющих функциональную слабость мышц, ассоциированных с патологически активным меридианом,

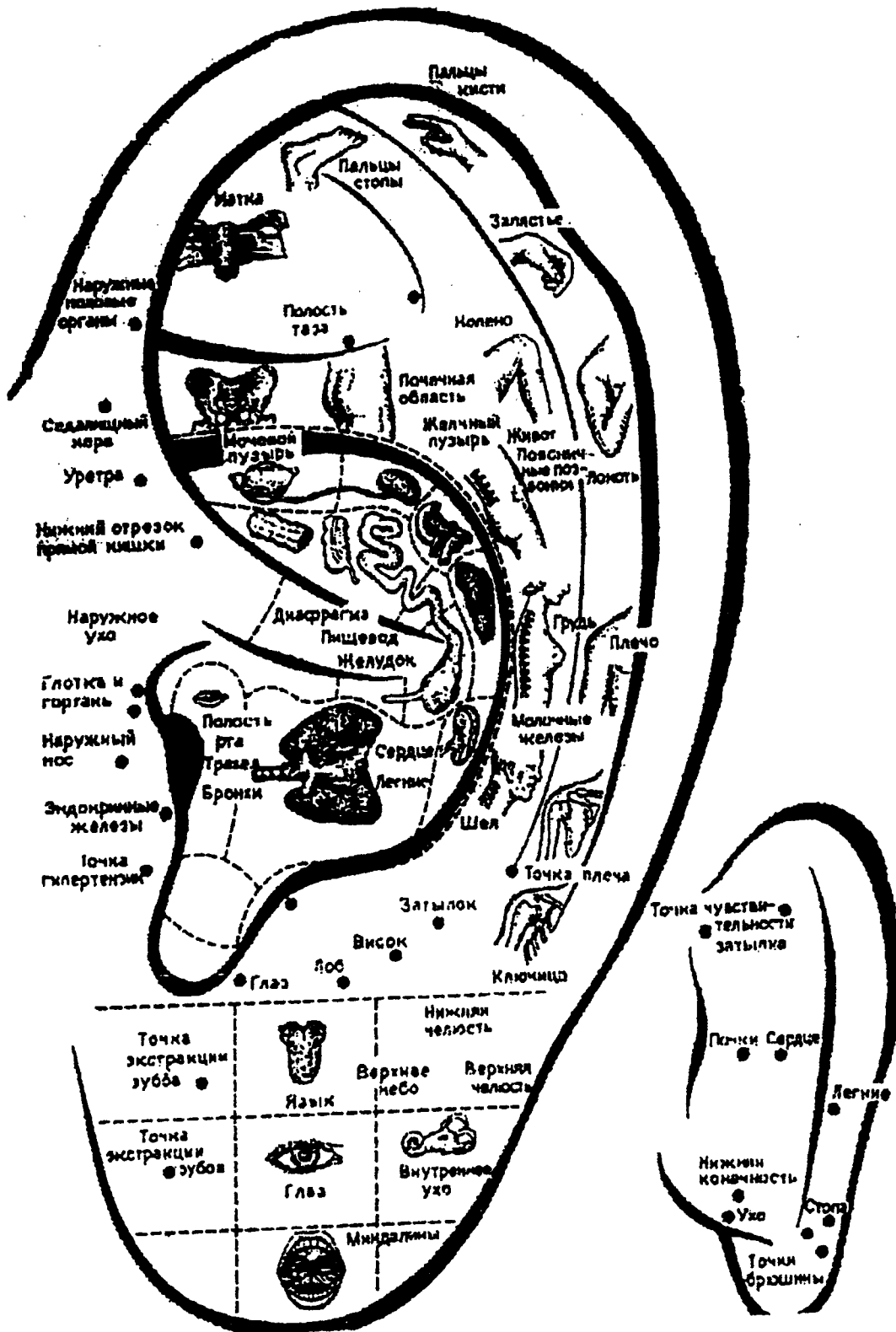
при помощи:

механической, магнитной, акупунктурной активации, эфирных масел, линейным массажем по ходу меридиана (для активации тонизирующей точки), против хода меридиана (для активации седативной точки)

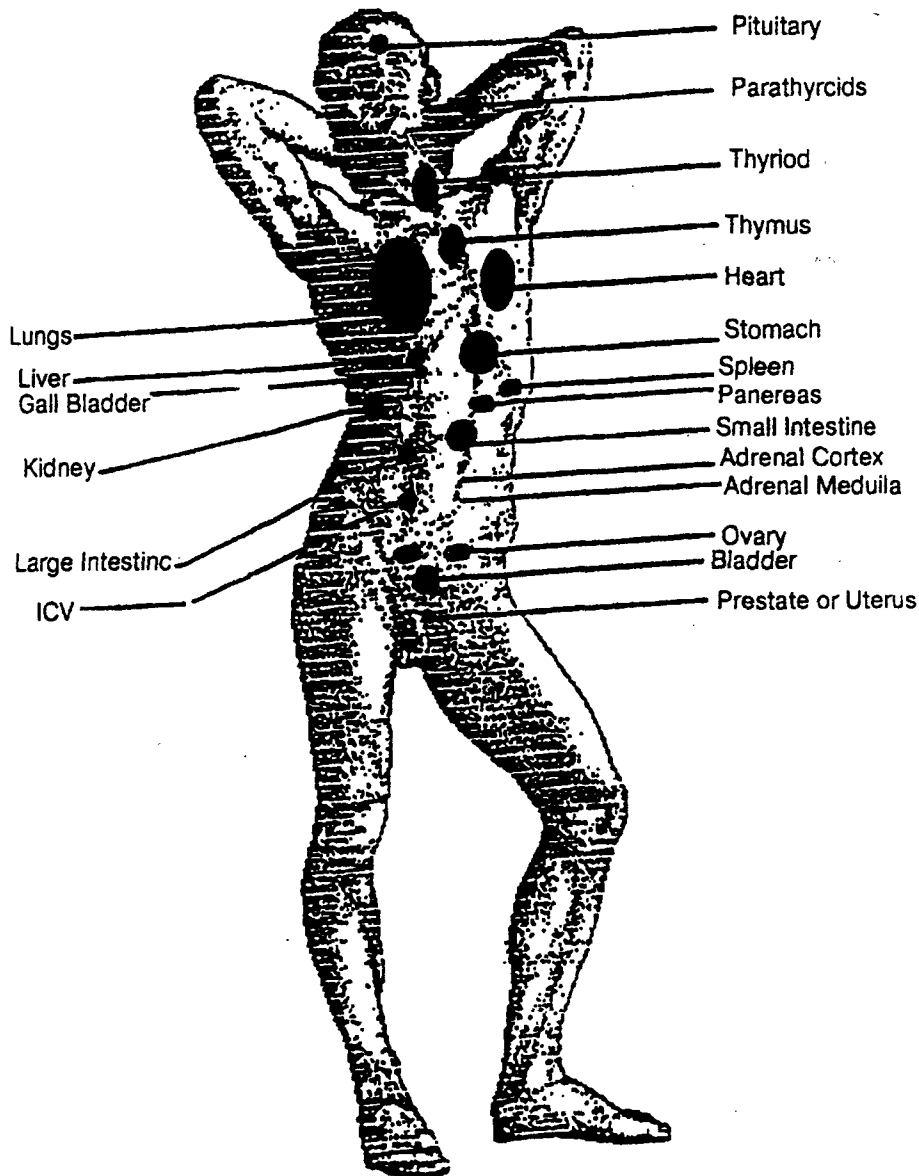


Точки начала и конца янских каналов

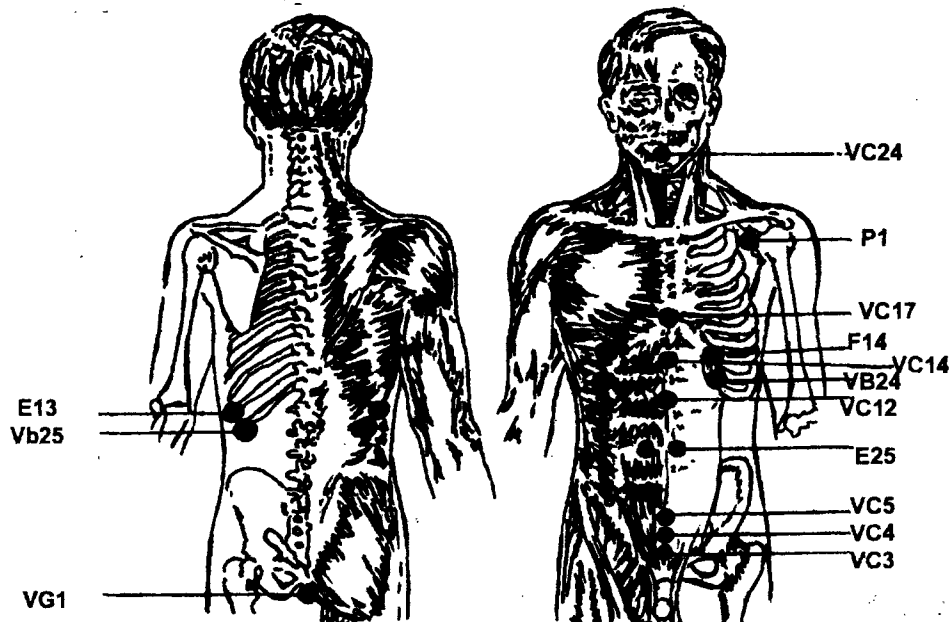
ТОЧКИ АУРИКУЛЯРНОЙ ПУНКТУРЫ

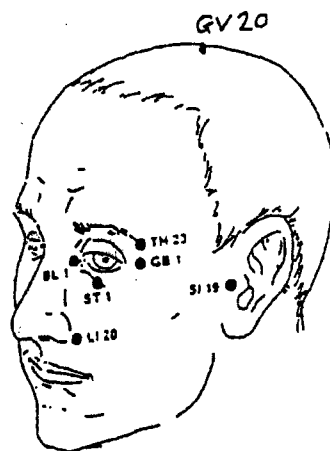
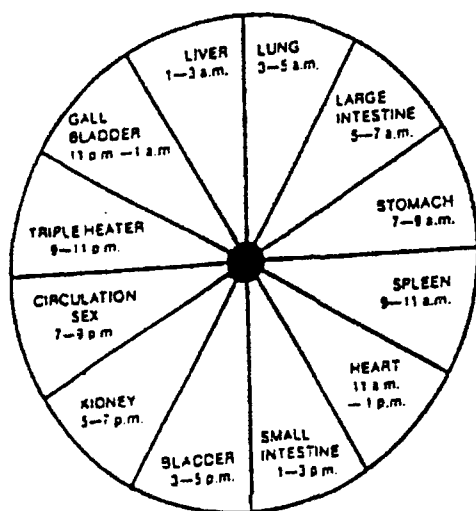


ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ОРГАНОВ



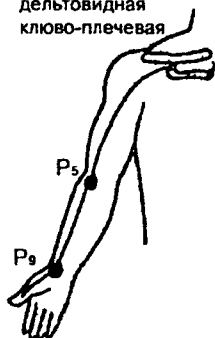
ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ СИГНАЛЬНЫХ ТОЧЕК МЕРИДИАНОВ



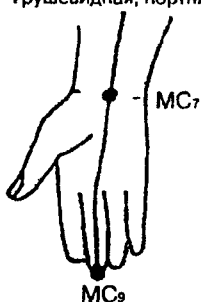


ТОНИЗИРУЮЩИЕ И СЕДАТИВНЫЕ ТОЧКИ МЕРИДИАНОВ

ЛЕГКИЕ D
дельтовидная
ключико-плечевая



ПЕРИКАРД MC
большая, средняя ягодичная,
грушевидная, портняжная



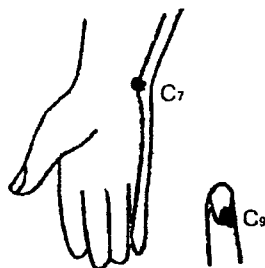
ПЕЧЕНЬ F
грудинная порция большой
грудной мышцы



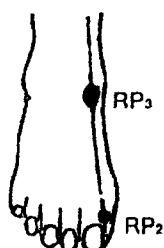
ПОЧКА R
поясничная,
подвздошная



СЕРДЦЕ C
подлопаточная



СЕЛЕЗЕНКА_ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ Rp
широчайшая спины, средняя,
нижняя трапецевидные



МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ
длинная, короткая
малоберцовая



ТОНКАЯ КИШКА JG
мышцы живота
4-х главая, бедра



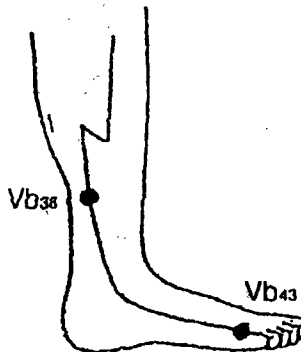
ТРОЙНОЙ ОБОГРЕВАТЕЛЬ
МАЛАЯ КРУГЛАЯ



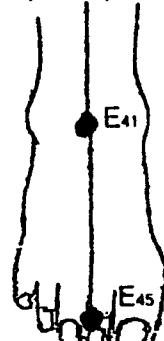
ТОЛСТАЯ КИШКА Gi
экстензоры бедра
квадратная поясничная
tensor fascia lata



ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ
ПОДКОЛЕННАЯ



ЖЕЛУДОК E
Ключичная порция ВГМ,
Экстензоры шеи, киватель
жевательная, флексоры шеи



Меридиан	Тонизирующая точка	Локализация	Седативная точка	Локализация
Легких	P-9	Передне-медиальная часть лучезапястного сустава	P-5	Передне-латеральная часть ямки
Толстой кишки	GI-11	Латеральная поверхность локтя	GI-2	Проксимальный сустав указательного пальца
Желудка	E-41	Передне-медиальная часть голеностопного сустава	E-45	С латеральной стороны кончика 2 пальца стопы
Селезенки и поджелудочной ж-зы	RP-2	Внутренний край кончика большого пальца стопы	RP-5	Передне-внутренняя часть голеностопного сустава
Сердца	C-9	Конец мизинца	C-7	Передне-медиальная часть
Тонкой кишки	IG-3	На тыле кисти у 5 пястно-фалангового сустава	IG-8	На локтевом отростке
Мочевого пузыря	V-67	Кончик мизинца стопы	V-65	В области 5 метатарзального
Почки	R-7	Над медиальной лодыжкой	R-1	На подошве
Перикарда	MC-9	Конец среднего пальца.	MC-7	Передне-медиальная часть
Тройного обогревателя	TR-3	На кисти, в середине задней поверхности	TR-10	У головки лучевой кости
Желчного пузыря	VB-43	Дистальнее 4 метатарзального сустава	VD-38	Середина малоберцовой кости
Печени	F-8	Медиальная часть колена	F-2	1 межпальцевый промежуток на стопе

Алгоритм терапии акупунктурного дисбаланса при помощи воздействия на одну точку.

Алгоритм диагностики:

1. Определение сильной индикаторной мышцы без признаков сверхоблегченности (мышечное тестирование с использованием северного полюса магнита).
2. Определение наличия проблемы в акупунктурной системе в целом. Терапевтическая локализация на VC4 (3/5 пупочно-лобковой линии от уровня пупка) слабой индикаторной мышцы справа (или слева) - проблема акупунктурного дисбаланса с одноименной стороны.
3. Определение приоритетности меридианного дисбаланса в возникновении выявленной проблемы.

Тестирование из пункта 2 вновь повторяется, при этом пациент одновременно на второй руке касается верхушкой третьего пальца средней фаланги большого пальца. Если индикаторная мышца стала сильной, проблема меридианного дисбаланса приоритетна. Если индикаторная мышца осталась слабой - дисбаланс меридианной системы вторичен. Необходимо искать причину в структурных изменениях (подушечка большого пальца касается подушечки второго пальца), нарушениях питания - интоксикация, и/или дефицит веществ (контакт первого и третьего пальцев), эмоциональных проблемах (контакт первого и четвертого пальцев).

Диагностика пульса	Поверхностная пальпация	Глубокая пальпация
Слева	1. Меридиан тонкой кишки 2. Меридиан желчного пузыря 3. Меридиан мочевого пузыря	Меридиан сердца Меридиан печени Меридиан почки
Справа	3. Меридиан тройного обогревателя 2. Меридиан желудка 1. Меридиан легких	Меридиан перикарда Меридиан поджелудочной железы Меридиан толстого кишечника

Слабость индикаторной мышцы при терапевтической локализации врачом - признак дефицита энергии.

Слабость индикаторной мышцы при терапевтической локализации пациентом - признак избытка энергии. Коррекция меридиана будет проводиться с дефицитом энергии.

5. Определение стороны локализации меридиана с дефицитом энергии.

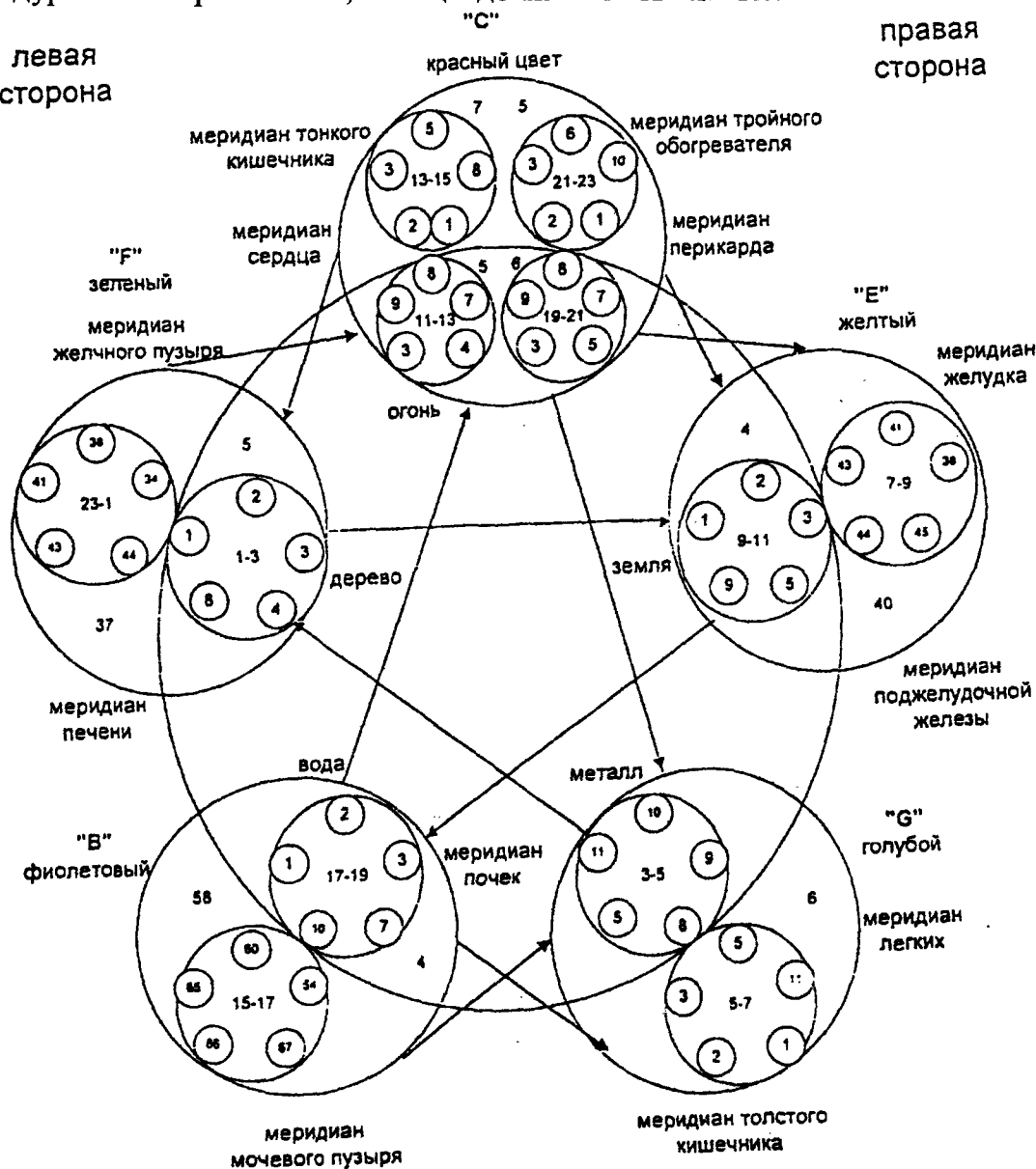
Повторное тестирование индикаторной мышцы с терапевтической локализацией пациентом на точке пульса с одновременным движением глаз вправо и задержкой в этом положении, потом влево. Направление движения глаз, вызвавшее слабость индикаторных мышц свидетельствует о стороне локализации меридиана с избытком энергии.

6. Тестирование ассоциированных мышц, связанных с меридианом, имеющим избыток энергии:

Мышцы должны быть слабые (если они не сверхоблегченные). Терапевтическая локализация на точке тревоги меридиана приводит к их усилению.

7. Определение на точках пульса меридиана с недостатком энергии. Врач производит своей рукой последовательно терапевтическую локализацию на точке пульса и диагностирует появление слабости индикаторной мышцы, используя движение глаз, определяет сторону локализации меридиана с избытком энергии.

8. Тестирует мышцы, ассоциированные с данным меридианом. Если предыдущие процедуры были правильные, мышцы должны быть слабые.



9. На схеме акупунктурной системы необходимо провести следующие исследования:

- определить локализацию меридиана с недостатком энергии (верхний срединный конец звезды), правый (левый) верхний или правый (левый) нижний,
- определить локализацию меридиана с избытком энергии (он представлен в виде кружка, в котором расположены пять маленьких кружков, соответствующих расположению концов звезды).
- найти в круге меридиана с избытком энергии локализацию маленького круга, соответствующего пространственному расположению меридиана с дефицитом энергии (правый верхний конец, или левый нижний конец).
- найти в маленьком круге цифру - она указывает на порядковый номер точки акупунктурного меридиана с избытком энергии, на который необходимо воздействовать для восстановления меридианного баланса.

11. ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЗДОРОВЬЯ

критерии эмоциональной нормореакции

Адекватная реакция организма в ответ на внешние и внутренние воздействия

Функциональные нарушения эмоциональной сферы

-несоответствующая эмоциональная реакция в ответ на внешнее или внутреннее воздействие в виде: избыточности, недостаточности или неадекватности эмоции

причины:

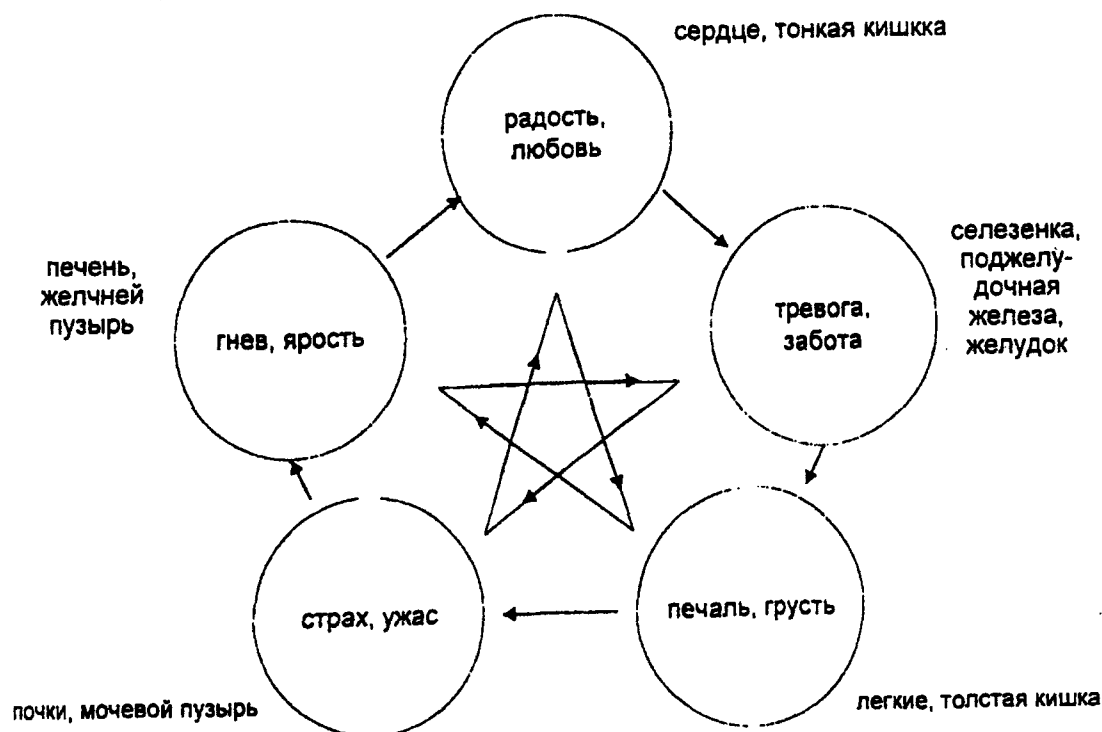
энергетические - активность меридиана, несоответствующая времени его активности

эмоциональные - наличие стрессовой ситуации в прошлом или настоящем, неадекватно воспринимаемой пациентом

структурные - дисбаланс внутреннего органа, функциональные блоки суставов, его поддерживающие, спазм диафрагмы, функциональная слабость мышц:

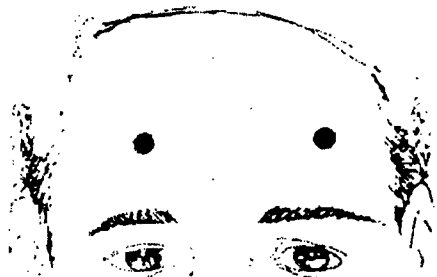
химические - нарушение обмена аминокислот, жиров, углеводов, поддерживающие активность точек начала и конца меридианов на лице, интоксикация, поддерживающая дисфункцию внутреннего органа

нарушение функции нервной системы - патологическая активность примитивных рефлексов у взрослого, повышенная активность симпатической или парасимпатической нервной системы



Алгоритм диагностики эмоциональных нарушений

1. *Положительная терапевтическая локализация* на точках эмоционального стресса, расположенных в области лобных бугров
 - а) появление слабости индикаторной мышцы при их локализации
 - б) устранение функциональной слабости ассоциированной мышцы или устранение функциональной слабости индикаторной мышцы, вызванной положительной провокацией

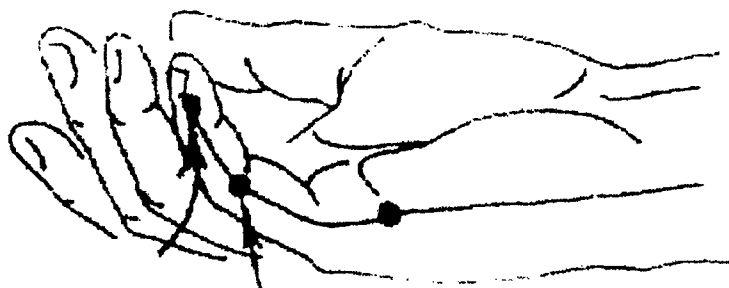


ТОЧКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА

2. *Определение психологической реверсии* - наличие внутреннего сопротивления для преодоления эмоциональной проблемы.

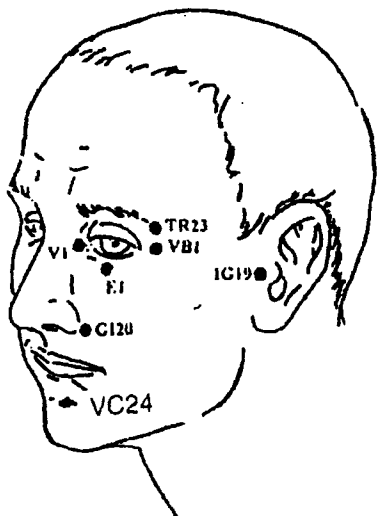
Диагностика-

- а) ответ на провокацию (вслух произносится фраза - я хочу преодолеть....) возникает функциональная слабость сильной индикаторной мышцы
- б) Одновременное раздражение меридианной точки IG3 функциональная слабость индикаторной мышцы устраняется



IG3

3. *Наличие болезненности точек начала и конца меридианов на лице*



Точки начала и конца янских каналов

Алгоритм диагностики эмоциональных нарушений

3. Определение причины, вызвавшей и поддерживающей эмоциональные нарушения (эмоциональной, меридианной, химической, структурной) - посредством провокации, изменяющей силу тестируемых мышц в виде:

- проговаривания вслух проблемы (*эмоциональная причина*),
- терапевтической локализации химических веществ соответствующих, точкам с начала и конца меридианов на лице, болезненным при пальпации (*химический дисбаланс*)

ТКгз - обмен сахара, цитохромоксидазы, углеводородный метаболизм, а-адренэргический метаболизм;

VBi - обмен ацетилхолина. Холин, витамин B3, витамин G (Bz + B3).

Vi - обмен серотонина. Триптофан, витамин B1, железо, витамин E.

Ei - обмен гистамина, кининов. Витамин B1, цинк.

GIgo - обмен тормозных нейротрансмиттеров. Гамма - оксимасляная кислота, глицин, витамин B1, магний, витамин B3.

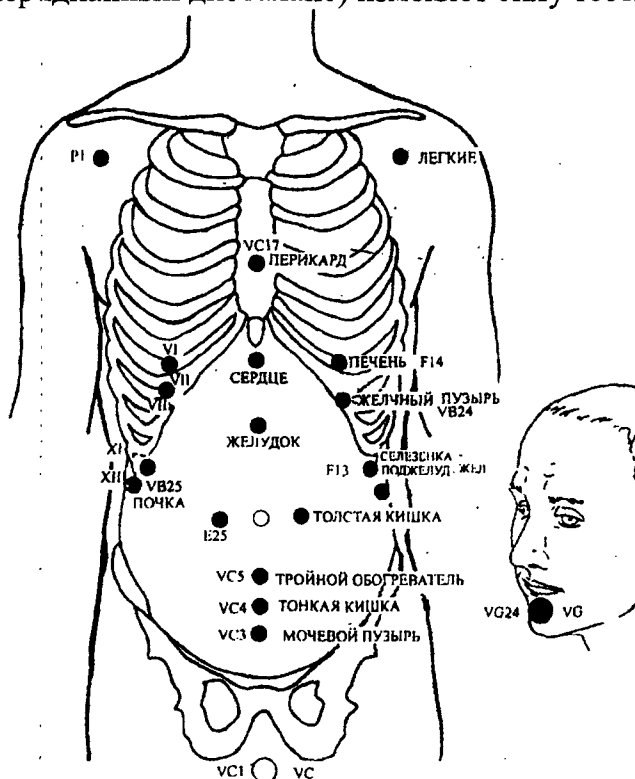
IGi9 - обмен адреналина, норадреналина, (3-аренэргический механизм. Тирозин, витамин C, медь, фолиевая кислота, железо.

EC24 - обмен дофамина.

Эмоциональные нарушения меридианного генеза

1. клиника - во время активности определенного меридиана пациент отмечает усиление жалоб, связанных

2 терапевтическая локализация точек тревоги *соответствующих меридианов*, (меридианный дисбаланс) изменяет силу тестируемых мышц



Эмоциональные нарушения механического генеза

клиника - жалобы на появление дисфункции опорно-двигательного аппарата и внутренних органов и их провокацию пациент связывает с эмоциональным стрессом, в эмоциональной сфере преобладает эмоция соответствующая внутреннему органу, имеющему дисфункцию

механическая провокация органа, диафрагмы, позвонка, связки изменяет силу тестируемых мышц

Алгоритм лечения эмоциональных нарушений

А. устранение внешних причин поддерживающих эмоциональных дисбаланс

Механическая коррекция - устранение дисфункции органа, поддерживающего эмоциональный дисбаланс (спазм диафрагмы).

Меридианная коррекция - активизация седативной точки медиана с повышенной активностью или активация тонизирующей точки меридиана с пониженной активностью.

Химическая коррекция - назначение препаратов, поддерживающих повышенную активность точек начала и конца меридианов на лице.

Б. коррекция собственно эмоциональных проблем

а) Устранение повышенной активности точек начала меридианов на лице.

Диагностика - терапевтическая локализация одной из точек на лице формирует функциональную слабость индикаторной мышцы.

Коррекция - подбор эфирных масел или цветочных эссенций, цветовой гаммы (при помощи цветных очков), музыки (чаще классической), проговаривания определенных словосочетаний, устраняющих функциональную слабость индикаторной мышцы.

б) Устранение эмоциональной проблемы

Диагностика

1. при пальпации эмоциональных точек на лице диагностируется асинхронность пульсации.

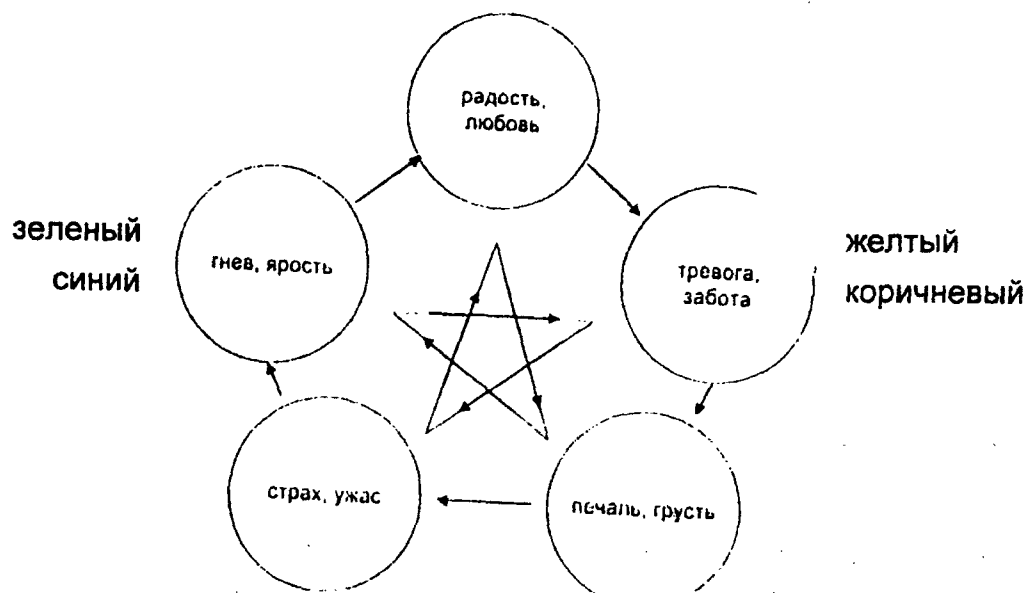
2. терапевтическая локализация на них формирует функциональную слабость индикаторной мышцы,

3. Поиск времени появления эмоционального стресса, воспроизводства ситуации обстановки, людей во время его возникновения устраняет функциональную слабость индикаторной мышцы

Коррекция 1. использование образов, цветowych картин для стирания воспроизведенной ситуации, одновременная механическая активация точек меридианов на лице до исчезновения их болезненности.

Коррекция 2. расположение рук врача на эмоциональных точках, расположенных на лбу до восстановления ощущения их синхронной пульсации.

Цветотерапия эмоциональных нарушений



BACH FLOWER

REMEDIES

1 Страх

11	Страх и тревога неизвестного	Aspen	осина	Я доверился жизненному потоку
12	Страх выбора пути	Cherry Plum	сливовишня	Мои мысли и действия разумны и объяснимы
13	Страх известного	Mimulus -	губоцвет	Я нахожусь в полной безопасности и дышу легко и свободно
15	Страх или тревога за других	Red Chestnut -	красный каштан	Я верю в то, что мои близкие находятся под защитой Господа
14	Ужас	Rock Rose	солнцецвет	Меня наполняет небесный свет

2 Неуверенность и сомнение

21	Понск совета и подтверждения от других	Cerato -	свинчатка	Я верю что приму правильное решение
22	Трусость и падение духа	Gentian -	горечавка	Мое Сердце преисполнено мужества
23	Беспомощность и отчаяние	Gorse -	улекс	Я полагаюсь на силу своей веры
24	Самочувствие утром в понедельник	Hornbeam	граб	Я с легкостью приступаю к выполнению своих обязанностей
25	Сомнение и нерешительность	Scleranthus -	ежа	Я принимаю решения смело и без колебаний
26	Неуверенность в конкретном деле жизни	Wild Oat -	овсюг	Мой внутренний голос направляет меня по верному пути

3 Снижение интереса к настоящему

31	Неспособность к учебе из за прошлых ошибок	Chestnut Bat -	бутоны каштана	Я учусь у всех людей, которые меня окружают
32	Мечтательность, низкий интерес к настоящему	Clematis	ломонос	Я бодр и внимателен в настоящий момент
33	Жизнь прошлым	Honeysuckle	жимолость	Я смотрю не назад, а вперед
34	Глубокое уныние без причины	Mustard	горчица	Меня переполняет радость
35	Низкая энергия	Olive	маслина	Я ощущаю, как моя жизненная энергия день ото дня возрастает
36	Отсутствие мыслей, осмысленной аргументации	White Chestnut	конский каштан	С каждым выдохом я избавляюсь от ненужных мне мыслей
37	Покорность, апатия	Wild Rose	собачья роза	Я ценю свою жизнь и воспринимаю ее как божественный дар

4 Одиночество

41	Самососредоточенность, самоконцентрация	Heather	вереск	В одиночестве я испытываю чувство защищенности
42	Нетерпеливость	Impatiens	недотрога	Я терпелив и спокоен
43	Отчужденность, высокомерие	Water Violet	турча	Я ощущаю теплоту, которую мне дарит общение с другими

5 Повышенная чувствительность на влияние и идеи				
51	Раздражительность после смелого поступка	Agrimony	репейник	Я погружен в себя. Будь что будет
52	Слабоволие и подчиненность	Centauray	золототысячник	Я люблю своих близких, как самого себя
53	Ненависть зависть ревность	Holly	падуб	Я пренсполнен любовью и силой
54	Защита от чуждого влияния	Walnut	грецкий орех	Я верен своим целям и идеалам
6 Подавленность и отчаяние				
61	Чувство ненависти к себе	Crab Apple	дикая яблоня	Весь мой организм и всю мою человеческую сущность очищает и исцеляет сила моей души
62	Подавленность обязанностями	Elm	вяз	Я иду своим путем, находя применение данной мне Господом силой, и признаю пределы своих возможностей
63	Недостаток уверенности и смелости	Larch	лиственница	Я следую своему предназначению и добиваюсь успеха
64	Истощение от нагрузки	Oak	дуб	Моя сила в том, что я умею в нужный момент отказаться от борьбы
66	Самоукор, самообман	Pine	сосна	Я отношусь к своим ошибкам так же, как к успехам
67	Последствие шоковых воздействий	Star of Bethlehem	птицемлечник	Я излучаю силу своей любви
68	Крайняя душевная тоска	Sweet Chestnut	благородный каштан	Сила моей души безгранична
69	Негодование	Willow	ива	Я сам управляю своей жизнью
7 Сверхусилия для блага других				
71	Нетерпимость	Beech	бук	Я воспринимаю жизнь со всеми ее положительными и отрицательными сторонами
72	Эгоистичная одержимость	Chicory	цикорий	Меня связывают с моими близкими теплые отношения, а не цепи излишней заботы
73	Самобичевание самоотреченность	Rock Water	горная вода	Я отношусь к себе с любовью
74	Избыточный энтузиазм	Vervain	вербена	Я открываю для себя новые пути
75	Доминирование	Vine	виноград	Я с уважением отношусь к каждому человеку, ценю его индивидуальные качества

Список литературы.

1. Робэнеску Н. Нейромоторное перевоспитание. - Бухарест.: Медицина и физкультура, 1972. - 268 с.
2. Гранат Р. Основы регуляции движений. - М.: Мир, 1973. - 340 с.
3. Васильева Л.Ф. Нейрогенные механизмы и патогенетическая терапия атипичных моторных паттернов при болевых мышечных синдромах: Дисс. д-ра мед. наук. - М., 1998. - 271 с.
4. Gerz W. This is Applied Kinesiology. - GmbH.: Ullstein Mosby, 1995. - 16 p.
5. Жуков Е. К. Очерки по нервно-мышечной физиологии. - Л.: Лениздат, 1969. - 287 с.
- Руководство по кинезиотерапии. Ред. Бонев. - София: Медицина и физкультура, 1978. - 412 с.
6. Walther D. Applied Kinesiology. - USA: Systems DS, 1988. - 571 p.
7. Васильева Л.Ф., Шмидт И. Р., Коган О. Г. Способ диагностики статических нарушений у пациентов с хроническими болевыми мышечными синдромами. АС 96109392, 1996. - 25 с.
8. Васильева Л.Ф., Коган. О. Г. Способ диагностики динамических нарушений у больных с хроническими болевыми мышечными синдромами. АС 96109160, 1996. - 28 с.
9. Lewit K., Wasilyewa L. Diagnosis of muscular dysfunction by inspection. - // In Rehabilitation of the spine - USA: Williams and Wilkins, 1995. - p. 113-142.
10. Коган О.Г., Шмидт И.Р., Васильева Л.Ф. Визуальная диагностика неоптимальности статики и динамики//, Ман. мед. - 1986. - № 3 - с. 85-92.
11. Фениш Х., Даубер В. Карманный атлас анатомии человека. - Минск: Высшая школа, 1996. - 464 с.
12. Goodheart G. Applied Kinesiology. - London: Edinburg. - 359 p.
13. Lewit K. Manipulative therapy in Rehabilitation of the locomotor system,- Butter-worth.: Heinemann, 1999. - 346p.
14. Lewit K. Postisometric Relaxation in Kombination mit anderen Methoden muskularer Facilitation und Inhibition.//Man.Med. - 1986. - № 24. - S. 30-34.
15. Shafer I. Applied Kinesiology//Modul 1,3,7, London: Edinburg, 1994. - 120 p.
16. Vasilyeva L., Michallov V. Electromyographic substantiation of muscle weakness.// International College of Applied Kinesiology Europe, collected papers.-London - 1995, p.104-117.
17. Бернштейн Н. А. Очерки по физиологии движения и физиологической активности. - М.: Биомедгиз, 1947, - 420 с.
18. Васильева Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия. Клиническая биомеханика и патобиомеханика. - С.-Петербург: Фолиант, 1999. - 400 с.
19. Васильева Л. Ф. Алгоритмы мануальной диагностики и терапии патобиомеханических изменений мышечно-скелетной системы. Новокузнецк, 1999. - 200 с.
20. Чеченин А. Г. Нейромышечные методики в комплексном лечении неврологических синдромов остеохондроза позвоночника. Дисс. канд. мед. наук, Новокузнецк, 1996. -200с.
21. Чеченин А. Г. Перекрестный рефлекс экстензера в мануальной медицине и прикладной кинезиологии // Акт. пробл. прикладной кинезиологии, Владивосток. 1999. - с. 45-49.
22. Шмидт И. Р. Введение в прикладную кинезиологию//Мануальная терапия. -1995. - № 9. - с. 26-30.
23. Синельников Ф. Д. Атлас анатомии человека. - М.: Медицина. - 1967. Т. 1. - 460 с.
24. Иваничев Г. А. Мануальная медицина. - М.: Медицина, 1999. - 400 с.
25. Sanaa V. Manuelle Muskelfunktionsdiagnostik. - GmbH.: Ullstein Mosbv.- 1994.-300 o.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ для курсантов цикла «Мануальная терапия»

1. Васильева Л.Ф. Визуальная диагностика нарушения статики и динамики. Иваново, 1996. 200с. 100илл. Иллюстрированный атлас с подробным описанием визуальных критериев укорочения и расслабления мышц.
2. Васильева Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия (клиническая биомеханика и патобиомеханика). С-Петербург, 1999, 400с, 600илл.
Описаны оригинальные методы визуальной, мануальной и инструментальной диагностики. Представлены критерии биомеханики и патобиомеханики. Приведены более 100 вариантов функциональных блоков позвоночника. Описаны 6 вариантов скрученного таза. Их мануальная диагностика и терапия. Подробно описаны методы мануальной терапии.
3. Рыхликова Е. Функциональные нарушения суставов верхней и нижней конечностей. Прага, 1990, 120с, 170илл. Представлено более 300 методов мануальной диагностики и терапии суставных блоков суставов верхней и нижней конечностей.
4. Васильева Л.Ф. Функциональные блоки суставов позвоночника и конечностей (мануальная диагностика и терапия с основами прикладной кинезиологии). Москва, 2002, 169с, 140илл.
Подробно описаны инструментальные методы диагностики, используемые в прикладной кинезиологии. Детально описаны связочные блоки суставов позвоночника, конечностей и таза.
5. Васильева Л.Ф. Алгоритмы мануальной диагностики и мануальной терапии патобиомеханических изменений мышечно-скелетной системы. Новокузнецк, 1999, 115с, 60илл.
- Представлены варианты формирования патобиомеханики с позиции первичности расслабления мышцы-агониста. Рассмотрены варианты расслабления мышцы как индикатора нарушения кровообращения, лимфообращения, иннервации, дисфункции висцеро-моторных и вертебро-моторных связей. Изложение подробно иллюстрировано (60илл.).
6. Дж.Тревелл, Д.Саймонс. Миофасциальные боли. Часть 1. М.Медицина, пер. с англ. 319с., 150илл.
Представлена локализация триггерные точки и клинические проявления болевых синдромов мышц шеи, верхней конечности. Описаны методы постизометрической релаксации медикаментозных блокад.
7. Дж.Тревелл, Д.Саймонс. Миофасциальные боли. Часть 2. М.Медицина, пер. с англ. 300с., 150илл.
Представлена локализация триггерные точки и клинические проявления болевых синдромов мышц грудного и поясничного отделов позвоночника, мышц живота. Описаны методы постизометрической релаксации медикаментозных блокад.
8. Васильева Л.Ф. Теоретические основы прикладной кинезиологии. Москва, 2002, 215с.
Иллюстрированный атлас с подробным описанием вариантов мышечного тестирования и особенностей формирования функциональной слабости мышц при компрессионных синдромах, описаны методы коррекции эмоциональных и энергетических нарушений, методики диагностики дефицита аминокислот и др.
9. Дж.Шейфер. Прикладная кинезиология. Часть 1-2 Основы мануального мышечного тестирования. Пер. с англ. 1997, . Описаны методы мануальной диагностики и мануальной терапии грыжевых протрузий поясничных дисков. Подробно представлены методы мануальной диагностики и мануальной терапии компрессионных и туннельных синдромов шейного отдела позвоночника.
10. Дж.Шейфер. Прикладная кинезиология. Основы кранио-сакральной терапии. 1997. Пер. с англ. 83с.
Подробно описаны простые алгоритмы диагностики и терапии дисфункции кранио-сакральной системы с позиции их взаимосвязи с мышечно-скелетной системой.
11. Э.Гихин. Атлас манипуляционных техник для мозгового черепа и лица. 1997. 120с, 120илл.
Подробно описано более 100 диагностических и лечебных манипуляций на черепе и тщательно иллюстрировано в трех плоскостях с указанием направления движения при мануальной терапии в каждой из плоскостей.
12. Васильева Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия патобиомеханики органов брюшной полости. Москва, 2002, 86с, 300илл.
Представлена биомеханика и патобиомеханика висцеральных органов. Подробно описаны методы висцеральной диагностики и терапии.
13. Васильева Л.Ф., Тяжелников А. А., Зотов И. Д., Локтионова Н. С. Мануальная терапия с основами прикладной кинезиологии в педиатрии. Москва, 2002.
14. Васильева Л.Ф., Михайлов А. М. Мануальная диагностика и терапия дисфункций внутренних органов. Новокузнецк, 2002.
15. Основы мышечного тестирования. Москва 2002. Представлено тестирование всех мышц. По материалам Уолтера и Шейфера под редакцией Васильевой.
16. Клиника и визуальная диагностика укороченных мышц. Москва 2002. По материалам Тревелл под редакцией Васильевой.
17. Барраль. Висцеральные манипуляции
18. И др.

СПИСОК CD дисков

1. Конгрессы по прикладной кинезиологии.
2. Рыжикова Е. Функциональные нарушения суставов верхней и нижней конечностей
3. Васильева Л.Ф., Михайлов А. М. Мануальная диагностика и терапия дисфункций внутренних органов. Новокузнецк, 2002.
4. Основы мышечного тестирования. Москва 2002. Представлено тестирование всех мышц. По материалам Уолтера и Шейфера под редакцией Васильевой.
5. Клиника и визуальная диагностика укороченных мышц. Москва 2002. По материалам Тревелл под редакцией Васильевой.
6. Барраль. Висцеральные манипуляции
7. Шейфер. Модули 1-6.
8. Височно-нижнечелюстной сустав
9. Анатомические аспекты краниосакральной терапии (с видео)
10. И др.

СПИСОК видеокассет на русском языке. Основной курс (25 видеокассет)

1. Введение в мануальную терапию. Алгоритм диагностики и лечения. Правила пользования книгами и кассетами.
2. Васильева Л.Ф. Биомеханика позвоночника. Спиралевидный механизм.
3. Васильева Л.Ф. Визуальная диагностика укороченных и расслабления мышц.
4. Васильева Л.Ф. Рентгенодиагностика функциональных блоков шейного и поясничного отделов позвоночника
5. Васильева Л.Ф. Мануальная терапия патобиомеханических изменений на всех регионах позвоночника и конечностей. Разбор больного.
6. Васильева Л.Ф. Мануальная терапия патобиомеханических изменений шейного отдела позвоночника. Подробная биомеханика и патобиомеханика шейных позвоночных двигательных сегментов.
7. Васильева Л.Ф. Прикладная кинезиология. 1 часть. Теория и мышечное тестирование расслабленных мышц, поиск причин их возникновения.
8. Васильева Л.Ф. Инструментальные методы диагностики мышечной слабости, роль электромагнетизма в ее формировании, ионизации, дисфункции чакр.
9. Васильева Л.Ф. Особенности мануальной диагностики функциональных блоков мышечного, суставного, дурального, внутрикостного генеза.
10. Васильева Л.Ф. Методы мануальной терапии регионально постурального дисбаланса мышц, двигательного стереотипа. Фильм V. Janda о неоптимальности стереотипа.
11. Васильева Л.Ф. Патобиомеханика таза. Категории таза.
12. Васильева Л.Ф. визуальная диагностика патобиомеханических изменений таза мышечного, суставного, дурального генеза.
13. Васильева Л.Ф. Связочные блоки суставов конечностей. 1 часть.
14. Васильева Л.Ф. Связочные блоки суставов конечностей (разбор пациентов).
15. Васильева Л.Ф. Функциональные сколиозы висцерального, дурального, мышечного генеза.
16. Васильева Л.Ф. Корешковые синдромы шейного отдела позвоночника.
17. Васильева Л.Ф. Корешковые синдромы поясничного отдела позвоночника.
18. Михайлов А.М. Висцеральная мануальная терапия (общие принципы).
19. Кучма Н.С. Кранио-сакральная терапия. Биомеханика черепа.
20. Кучма Н.С. Кранио-сакральная терапия. Патобиомеханика черепа.
21. Яричин А.А. Основы функциональных нарушений химических процессов.
22. Яричин А.А. Интоксикация. Механизмы возникновения, причины нарушения.
23. Яричин А.А. Воспаление. Методы диагностики и терапии.
24. Лерман В.Б. Варианты сахарного диабета, причины и методы коррекции.
25. Михайлов А.М. Новые подходы к висцеральной мануальной терапии.
26. Варенков. Д.Е. Клоачные рефлексy, зоны Ридлера. Диагностика дефицита аминокислот по точкам акупунктуры.

Имеется банк данных около 200 видеокассет на английском языке с синхронным переводом по различным направлениям мануальной терапии.

По вопросам приобретения методической литературы обращаться по телефону (095) 331-35-48 (Васильева Людмила Федоровна)

