

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

Е.П. Сероштан, Л.Ф. Васильева

Федеральный научный клинико-экспериментальный центр
традиционных методов диагностики и лечения Росздрава (г. Москва)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Роль конституциональных особенностей человека в патогенезе заболеваний все чаще является предметом изучения медицинской науки. Результаты данного исследования позволяют на этой основе обеспечить быстрый поиск уровня поражения и индивидуальность лечения пациента.

Конституция – как совокупность относительно устойчивых морфологических и функциональных (в том числе психических) свойств человека, обусловленная наследственностью, а также длительными и (или) интенсивными влияниями окружающей среды [1, 2, 3]. По словам И.Р. Шмидт, конституция обеспечивает специфичность реакции нервной, канально-меридианальной и нейрогуморальной систем при воздействии стрессовых факторов. В связи с этим, учет всех составляющих реактивности организма является принципиально важным для определения локализации наиболее уязвимой зоны организма. Однако существование конституционных типов учитывает только психоэмоциональное различие (психастеническая, психопатическая, циклоидная, шизоидная), избыток одного из «семи чувств» [4] (радостный, гневный, печальный, тоскливый, скорбящий, тревожный, подверженный страху), градация в зависимости от врожденной доминирующей [5], эмоций (12 психоэмоциональных типов), или анатомические особенности человека (астеническая, атлетическая, невропатическая, и т.д.), или гуморально-гормональные различия (вегетативный дисбаланс с преобладанием симпатической или парасимпатической нервной системы), что не учитывает все многообразие связей в организме, в том числе нервной системы. Учитывая то, что тонусно-силовой дисбаланс скелетных мышц отражает нарушение функции нервной системы, а также, используя многообразие связей между скелетной мышцей и другими органами и системами, открытых в прикладной кинезиологии, целесообразно использовать варианты формирования тонусно-силового дисбаланса для более полного опре-

деления морфологических и функциональных свойств человека. Это позволяет выявить локализацию уязвимой зоны на теле человека, подверженную стрессогенным факторам (орган-мишень при любом хроническом заболевании, при дистрессе мышечно-скелетной и нервной системы человека в ответ на постуральную нагрузку). Так как по определению канально-меридианальная система человека развивается вместе с нервной системой внутриутробно.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

Методы исследования:

1. Визуальная диагностика.
2. Компьютерная топография.
4. Мышечное тестирование (МТ).
5. Кинезиологическая диагностика.

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

ЭТАПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

В зависимости от тонусно-силового дисбаланса мышц, соответствующего приоритетно-го меридиана, мы разделили пациентов на 12

групп. Из них наиболее часто были представлены 4 группы:

1-я группа: пациенты с функциональной слабостью m. Psoas (ассоциированный меридиан – меридиан почек) – 30% (рис. 1.1);

2-я группа: пациенты с функциональной слабостью m. Pectoralis major sternalis (ассоциированный меридиан – меридиан печени) – 24% (рис. 1.2);

3-я группа: пациенты с функциональной слабостью m. Quadratus lumborum (ассоциированный меридиан – меридиан толстой кишки) – 16% (рис. 1.3);

4-я группа: пациенты с функциональной слабостью m. Latissimus dorsi (ассоциированный меридиан – меридиан поджелудочной железы-селезенки) – 14% (рис. 1.4).

На остальные 8 групп распределились – 16%.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

Для **1-й группы** при визуальной диагностике выявлено: гиперлордоз в поясничном отделе позвоночника, функциональный блок C0–C1 позвонков, что свидетельствует о функциональной слабости пояснично-подвздошных мышц с двух сторон, и приводит к вентраль-

ному смещению таза. Для таких пациентов характерно поражение почек (часто нефроптоз I или II степени), эмоция страха, активизация рефлекса паралича при страхе.

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

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

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

Для **3-й группы** при визуальной диагностике выявлено: латерофлексия таза в сторону функционально слабой квадратной мышцы поясницы, в сочетании с выпрямленным поясничным отделом позвоночника. Сколиоз грудного отдела позвоночника направлен выпуклостью в сторону укороченной квадратной мышцы поясницы и складку на теле между

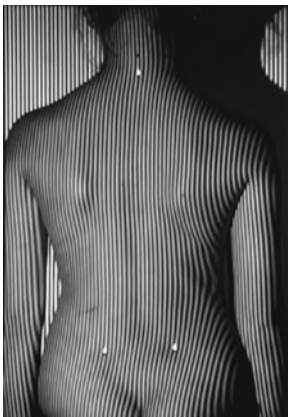


Рис. 1.1.
Меридиан почек

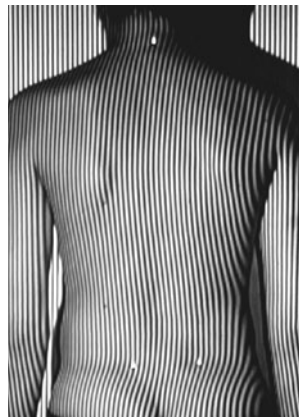


Рис. 1.2.
Меридиан печени



Рис. 1.3.
Меридиан
толстой кишки

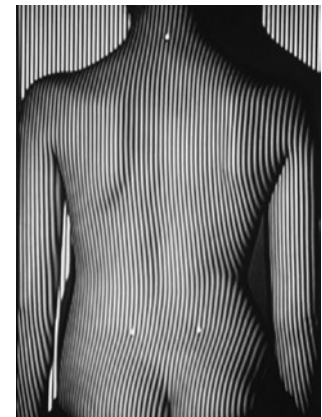


Рис. 1.4.
Меридиан поджелудочной
железы-селезенки

ребрами и крылом подвздошной кости. Латеральное смещение таза в сторону укороченной квадратной мышцы поясницы, функциональные блоки в поясничном отделе позвоночника L5–S1 позвонков и функциональный блок в грудопоясничном переходе Th12–L1. Для таких пациентов характерно: поражение толстого кишечника, эмоция печали, тоски.

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

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

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

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

ВЫВОДЫ

1. Выявленная в прикладной кинезиологии функциональная связь между меридианами, органами, позвонками, мышцами позволяют организму реагировать на внешнее и внутреннее стрессовое воздействие комплексно: нервной, гуморально-гормональной и канально-меридианной системами. Снижение тонусно-силовых характеристик ассоциированных мышц – индикатор перечисленных функциональных связей.

2. Постуральная нагрузка – наиболее тонкий критерий для выявления сниженной адап-

тации организма в виде формирования тонусно-силового дисбаланса мышц-антагонистов в статике и динамике.

3. Визуальная диагностика, подтвержденная данными топографии, оценивает тонусно-силовую реакцию скелетных мышц на постральную нагрузку, независимо от нозологии, и объективным критерием выраженности патологии.

4. Использование визуально-топографических критериев в оценке типа конституции пациента – объективный критерий определения «слабого звена» – локализации гипотоничной ассоциированной мышцы и патологической активности ее функциональных связей.

5. Визуальная диагностика, подтвержденная данными топографии, является наиболее точным инструментальным методом диагностики, подтверждая изменение тонусно-силового дисбаланса мышц, возникающее в процессе лечения методами прикладной кинезиологии в организме человека и критерием эффективности проведенной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева, Л.Ф. Место прикладной кинезиологии в медицинской практике: анализ и синтез / Л.Ф. Васильева // Материалы конгресса по мануальной терапии. – Москва, октябрь, 2006 г.
2. Васильева, Л.Ф. Диагностика и методика лечения психосоматических эмоциональных нарушений по приоритетной эмоции / Л.Ф. Васильева, И.А. Пожидаев, Е.П. Сероштан // Традиционная медицина, 2006. – № 1(8).
3. Васильева Л.Ф., Сероштан Е.П. «Психоэмоциональные конституции, акупунктура и психосоматика» // Прикладная кинезиология, 2007. – №8–9. – С. 66.
4. Начатой, В.Г. Традиционная китайская медицина. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. Монография / В.Г. Начатой. – Издательство «Ли Вест», Новосибирск, 2003. – 392с.
5. Пак Чже Ву «Лекции по Су Джок акупунктуре». – АОЗТ «Су Джок Академия», 1994. – 336 с.
6. Уолтер, Д.С. Прикладная кинезиология / Д.С. Уолтер // Т. 1. Основные процедуры и мышечное тестирование // Т. 2 Меридианный дисбаланс его роль в формировании болевых мышечных синдромов. – Pueblo, Co., Systems D.C., 1981 г.