



Д. М. Табеева РУКОВОДСТВО
ПО
ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ





Д. М. Табеева **РУКОВОДСТВО
ПО
ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ**



Москва

«Медицина»

1980

ББК. 56.12
УДК 615.814.1

ТАБЕЕВА Д. М. Руководство по иглорефлексотерапии.—М.: Медицина, 1980.—560 с., ил.

ТАБЕЕВА Д. М. — канд. мед. наук, зав. кафедрой иглорефлексотерапии Казанского государственного института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

Руководство является систематическим изложением и обобщением основных данных литературы и многолетнего личного опыта автора по всем аспектам иглорефлексотерапии. В нем представлены основные положения древневосточных концепций, положенных в основу этого метода, дана их критическая оценка с позиций современной медицины. На основе достижений медицинской науки обсуждены и проанализированы физиологические механизмы иглотерапии. Изложены методические основы и разнообразные методы воздействия на точки акупунктуры. Представлены подробная топография меридианов, точек акупунктуры и показания к их использованию. Обоснован рациональный выбор меридианов и точек акупунктуры для лечения различных заболеваний. Представлена схема методов сочетания точек акупунктуры, основанная на дифференцированном подходе к различным уровням воздействия. Специальные разделы книги посвящены аурикулотерапии, иглоанальгезии, которые получили развитие в последнее время.

Руководство рассчитано на специалистов по иглорефлексотерапии и врачей, желающих овладеть этим методом лечения.

D. M. TABEYEVA. *A manual of acupuncture reflexotherapy.* Moscow, «Meditsina» Publishing House. 560 pp., with illust.

Summary

The manual is a systematic exposition and generalization of the principal data of special literature and many years of the author a personal experience in all aspects of acupuncture reflexotherapy. It represents the main principles of ancient oriental conceptions which served as a basis of the method and gives them a critical appraisal from the standpoint of modern medicine. On the basis of the achievements of medical science the physiological mechanisms of needle therapy are discussed and analysed. The methodological foundations and the varied method of influence on acupuncture points are expounded. A detailed topography of the meridians, acupuncture points and indications for their utilization are provided. A rational choice of meridians and acupuncture points for the treatment of various diseases is substantiated. A lay-out of the methods of combining acupuncture points based on a differentiated approach to the different levels of influence is presented. Special sections of the book are devoted to auricular therapy and needle analgesia which have been recently developed.

The manual is intended for doctors of all specialities, for those who practice the method of acupuncture reflexotherapy and for those in the medical profession who would like to master it.

ИБ 1931

ДИНА МУХАМЕДОВНА ТАБЕЕВА

Руководство по иглорефлексотерапии

Редактор Н. Н. Яхно. Художественный редактор Н. А. Гурова. Оформление художника Л. Рабичева. Технический редактор С. П. Танцева. Корректор В. И. Громозденков

Сдано в набор 11.01.80. Подписано к печати 14.11.80. Т 18856. Формат бумаги 70 × 100¹/₁₆. Бум. мелов. Гарн. таймс. Печать офсетная. Усл. печ. л. 45,50. Уч.-изд. л. 42,69. Тираж 30 000 экз. Заказ 57. Цена 5 р. 80 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», Москва, Петроверигский пер., 6/8.

Ярославский полиграфкомбинат Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательства, полиграфии и книжной торговли. 150014, Ярославль, ул. Свободы, 97.

Т $\frac{51700-245}{039(01)-80}$ 108-79 4110000000

© Издательство «Медицина» Москва. 1980

Оглавление

Предисловие 19

Введение 21

Глава I К истории развития метода чжень-цзю 27

§ 1 Краткий очерк истории иглотерапии и прижигания 29

2 Древневосточные теории. Общая характеристика 34

3 Теория инь-ян 36

4 Теория у-син 41

5 Концепция чжан-фу 47

6 Концепция цзин-ло 52

7 Учение об энергии (чи) 54

8 Правила чжень-цзю-терапии, связанные с древними восточными теориями 59

9 Общие выводы 67

Глава II Физиологические механизмы иглорефлексотерапии 71

§ 1 Теория механизма действия иглотерапии 73

2 Характеристика точки акупунктуры и меридиана 76

3 Реакции организма при воздействии на точки акупунктуры 83

4 Современные подходы к вопросу о механизме иглорефлексотерапии 87

| | | |
|-----------|--|-----|
| Глава III | Методические основы рефлексотерапии | 95 |
| | § 1 Способы определения локализации точек акупунктуры | 97 |
| | Определение условных линий по Чжу Лянь | 97 |
| | Определение локализации точки акупунктуры с использованием мерных отрезков как единицы измерения (индивидуально-пропорциональный Цунь) | 99 |
| | Определение точки акупунктуры методом пальпации | 106 |
| | Определение точек акупунктуры аппаратным методом | 106 |
| | 2 Акупунктурная игла (форма, конструкции игл, стерилизация и хранение) | 106 |
| | 3 Техника иглоукалывания (способы введения, угол наклона и глубина введения игл) | 110 |
| | 4 Приемы манипулирования иглами | 114 |
| | 5 Реакция на иглоукалывание | 116 |
| | 6 Основные факторы рефлексотерапии | 117 |
| | Метод раздражения | 117 |
| | Место раздражения | 126 |
| | Момент раздражения | 126 |
| | 7 Общие правила проведения рефлексотерапии | 127 |
| | 8 Возможные осложнения при иглоукалывании и их профилактика | 128 |
| | 9 Показания и противопоказания к иглорефлексотерапии | 129 |
| Глава IV | Другие методы воздействия на точки акупунктуры | 133 |

| | |
|---|-----|
| § 1 Прижигание (цзю) | 135 |
| 2 Точечный массаж | 137 |
| 3 Цубо-терапия | 143 |
| 4 Вакуум-терапия | 145 |
| 5 Введение лекарственных препаратов в точки акупунктуры | 145 |
| 6 Биоэнерготерапия | 146 |
| 7 Электроакупунктура | 147 |

Глава V

| | |
|---|-----|
| Топография меридианов, точек акупунктуры и показания к их использованию | 165 |
|---|-----|

| | |
|---|-----|
| § 1 Основные меридианы и точки акупунктуры | 169 |
| Меридиан I (легких) | 171 |
| Меридиан II (толстой кишки) | 178 |
| Меридиан III (желудка) | 186 |
| Меридиан IV (селезенки — поджелудочной железы) | 204 |
| Меридиан V (сердца) | 211 |
| Меридиан VI (тонкой кишки) | 215 |
| Меридиан VII (мочевого пузыря) | 223 |
| Меридиан VIII (почек) | 243 |
| Меридиан IX (перикарда) | 253 |
| Меридиан X (трех частей туловища) | 257 |
| Меридиан XI (желчного пузыря) | 267 |
| Меридиан XII (печени) | 283 |
| Меридиан XIII (заднесрединный) | 289 |
| Меридиан XIV (переднесрединный) | 298 |
| § 2 Коллатеральные (вторичные) меридианы, ло-пункты | 305 |
| 3 «Чудесные» меридианы | 307 |
| ЧМІ — контролирующий меридиан | 307 |

| | | |
|------------|---|-----|
| | ЧМII — наружный пяточный меридиан | 307 |
| | ЧМIII — наружный поддерживающий меридиан | 311 |
| | ЧМIV — опоясывающий меридиан | 312 |
| | ЧМV — меридиан зачатия | 312 |
| | ЧМVI — внутренний пяточный меридиан | 313 |
| | ЧМVII — внутренний поддерживающий меридиан | 313 |
| | ЧМVIII — поднимающийся меридиан | 314 |
| <hr/> | | |
| Глава VI | Взаимосвязи между меридианами | 315 |
| <hr/> | | |
| Глава VII | Точки воздействия вне меридианов | 339 |
| | § 1 Внемеридианные точки | 341 |
| | 2 «Новые» точки | 369 |
| <hr/> | | |
| Глава VIII | Лечение | 389 |
| | § 1 Краткий обзор существующих методов сочетаний точек акупунктуры | 392 |
| | 2 Закономерности древневосточной медицины в подборе точек акупунктуры | 403 |
| | 3 Акупунктурная диагностика | 405 |
| | 4 Принципы подбора точек акупунктуры | 414 |
| | Современный подход к подбору точек акупунктуры | 414 |
| | Уровни воздействия | 421 |
| | 5 Терапевтический указатель | 441 |
| <hr/> | | |

| | | |
|----------|---|-----|
| Глава IX | Аурикулотерапия | 445 |
| § 1 | История вопроса и сущность метода | 446 |
| 2 | Предполагаемые механизмы аурикулотерапии | 449 |
| 3 | Краткие анатомические сведения об ушной раковине | 452 |
| 4 | Методика аурикулотерапии | 455 |
| | Способы определения точек воздействия | 457 |
| | Подготовка и порядок проведения аурикулотерапии | 458 |
| | Способы введения и извлечения игл | 458 |
| | Осложнения аурикулотерапии | 462 |
| 5 | Топография точек воздействия и их клиническое использование | 462 |
| | Зона I — мочки уха | 462 |
| | Зона II — козелка | 468 |
| | Зона III — передней ушной бороздки | 471 |
| | Зона IV — межкозелковой вырезки | 471 |
| | Зона V — задней ушной бороздки | 474 |
| | Зона VI — противокозелка | 475 |
| | Зона VII — противозавитка | 479 |
| | Зона VIII — верхней ножки противозавитка | 483 |
| | Зона IX — нижней ножки противозавитка | 485 |
| | Зона X — трехсторонней ямки | 487 |
| | Зона XI — ладьевидной ямки | 490 |
| | Зона XII — завитка | 493 |
| | Зона XIII — ножки завитка | 497 |
| | Зона XIV — принадлежащая к ножке завитка | 499 |
| | Зона XV — чаши раковины | 502 |
| | Зона XVI — полости раковины | 505 |
| | Зона XVII — задней поверхности ушной раковины | 507 |
| | Зона XVIII — наружного слухового прохода | 509 |
| 6 | Терапевтический указатель | 514 |

| | |
|--|-----|
| Лечебные эффекты отдельных сочетаний аурикулярных точек | 514 |
| Рекомендуемые сочетания аурикулярных точек для терапии некоторых синдромов и заболеваний | 517 |
| Рекомендуемые сочетания аурикулярных точек по симптомам | 528 |

| | | |
|----------------|---|------------|
| Глава X | Иглоанальгезия | 531 |
| § 1 | История вопроса и общая характеристика иглоанальгезии | 532 |
| 2 | Предоперационная подготовка больного | 532 |
| 3 | Методика проведения и оценка эффективности иглоанальгезии | 535 |
| | Ручная иглоанальгезия | 535 |
| | Электроиглоанальгезия | 536 |
| | Инъекторная иглоанальгезия | 537 |
| | Оценка эффективности иглоанальгезии | 538 |
| 4 | Принципы выбора точек акупунктуры для иглоанальгезии | 538 |
| 5 | Электроиглоанальгезия — компонент общей комбинированной анестезии | 539 |
| 6 | Иглоанальгезия в послеоперационном периоде | 542 |
| 7 | Рекомендуемые сочетания точек акупунктуры воздействия для иглоанальгезии при некоторых операциях | 544 |
| | Иглоанальгезия при некоторых операциях на шее | 544 |
| | Иглоанальгезия при удалении доли или всего легкого (торакопластика) | 544 |
| | Иглоанальгезия при некоторых абдоминальных операциях | 545 |
| | Иглоанальгезия в акушерской практике | 546 |
| | Иглоанальгезия при операциях на конечностях | 547 |

| | |
|--|-----|
| Иглоанальгезия при амбулаторных операциях | 548 |
| § 8 Преимущества и недостатки иглоанальгезии | 548 |
| § 9 Противопоказания к иглоанальгезии | 549 |

| | |
|------------|-----|
| Приложения | 550 |
|------------|-----|

| | |
|---|-----|
| Алфавитный указатель точек акупунктуры 14 меридианов, их цифровое и буквенно-цифровое обозначение | 550 |
|---|-----|

| | |
|--|-----|
| Алфавитный указатель аурикулярных точек (АТ) и их номерное обозначение (порядковый номер и принадлежность к определенной зоне) | 556 |
|--|-----|

| | |
|-------------------|-----|
| Список литературы | 558 |
|-------------------|-----|

Table of contents

| | | |
|--------------|--|----|
| Prevace | | 19 |
| Introduction | | 21 |
| Chapter I | The history of the development of the Zhen-jui method. | 27 |
| | § 1 An outline history of needle therapy and moxibustion. | 29 |
| | 2 Ancient oriental theories. General description | 34 |
| | 3 The Yin / Yang theory | 36 |
| | 4 The Wu-Hsing Theory (The Five Element Theory) | 41 |
| | 5 The Chang-Fu conception | 47 |
| | 6 The Ching-Lo conception | 52 |
| | 7 The energy doctrine (Chi) | 54 |
| | 8 The rules of zhen-jui therapy based on ancient oriental theories | 59 |
| | 9 General conclusions | 67 |
| Chapter II | The physiological mechanisms of needle reflexo-therapy. | 71 |
| | § 1 Theories of the mechanism of the effect of needle therapy | 73 |
| | 2 Characterization of the acupuncture point and the meridian | 76 |
| | 3 Reactions of the organisms to the influence on acupuncture points | 83 |
| | 4 A modern approach to the question of the mechanism of needle reflexo-therapy | 87 |

| | | |
|-------------|--|-----|
| Chapter III | The methodological bases of reflexotherapy | 95 |
| § 1 | Ways of determining the localization of acupuncture points. | 97 |
| | Determining conventional lines according to Chu Lan. | 97 |
| | Determining the localization of the acupuncture point with the use of the individually proportional tsun as a unit of measurement. | 99 |
| | Determining the acupuncture point by the method of palpation. | 106 |
| | Determining acupuncture points by the instrumental method. | 106 |
| 2 | The acupuncture needle (the shape and construction of needles, their sterilization and maintenance.) | 106 |
| 3 | The technique of acupuncture (methods of inserting needles, direction of the needle and the depth of the needle insertion). | 110 |
| 4 | Methods of manipulating the needle. | 114 |
| 5 | Reaction to acupuncture. | 116 |
| 6 | The main factors of reflexotherapy | 117 |
| | The method of stimulation | 117 |
| | The place of stimulation | 126 |
| | The moment of stimulation | 126 |
| 7 | General rules for the procedure of reflexotherapy. | 127 |
| 8 | Accidents and complications which may occur in acupuncture and their prophylaxis. | 128 |
| 9 | Indications and contraindications for needle reflexotherapy. | 129 |
| Chapter IV | Other methods of influence on acupuncture points | 133 |
| § 1 | Moxibustion (jui) | 135 |

| | |
|--|-----|
| 2 Point massage | 137 |
| 3 Tsubo-therapy | 143 |
| 4 Vacuum therapy | 145 |
| 5 Injection of drugs into acupuncture points | 145 |
| 6 Bioenergotherapy | 146 |
| 7 Electrical acupuncture | 147 |

Chapter V

The topography of the meridians and acupuncture points and indications for their uses 165

| | |
|--|-----|
| § 1 The primary (regular) meridians and acupuncture points | 169 |
| Meridian I (Lungs) | 171 |
| Meridian II (Large Intestine) | 178 |
| Meridian III (Stomach) | 186 |
| Meridian IV (Spleen-pancreas) | 204 |
| Meridian V (Heart) | 211 |
| Meridian VI (Small Intestine) | 215 |
| Meridian VII (Bladder) | 223 |
| Meridian VIII (Kidney) | 243 |
| Meridian IX (Heart-constrictor) | 253 |
| Meridian X (Three Heaters) | 257 |
| Meridian XI (Gall Bladder) | 267 |
| Meridian XII (Liver) | 283 |
| Meridian XIII (Governing Vessel) | 289 |
| Meridian XIV (Conception Vessel) | 298 |
| 2 Collateral (secondary) meridians, lo-points. | 305 |
| 3 The "marvellous" (extraordinary) meridians | 307 |
| MMI, the controlling meridian (Du Mai) | 307 |
| MMII, the exterior calcanean meridian (Yang-chiao Mai) | 307 |
| MMIII, the exterior supporting meridian (Yang-wei Mai) | 311 |
| MMIV, the belt meridian (Dai Mai) | 312 |

| | |
|--|-----|
| MMV, the conception meridian (Ren Mai) | 312 |
| MMVI, the interior calcanean meri- dian (Yin-chiao Mai) | 313 |
| MMVII, the interior supporting me- ridian (Yin-wei Mai) | 313 |
| MMVIII, the ascending meridian (Chong Mai) | 314 |

| | | |
|------------|---|-----|
| Chapter VI | Interrelations between the meridians | 315 |
|------------|---|-----|

| | | |
|-------------|---|-----|
| Chapter VII | Acupuncture points outsi- de the meridians | 339 |
| § 1 | Off-meridian points | 341 |
| 2 | "New" points | 369 |

| | | |
|--------------|---|-----|
| Chapter VIII | Treatment | 389 |
| § 1 | A brief review of the existing methods of combining acupuncture points | 392 |
| 2 | The laws governing ancient oriental medicine in its principles of the choice of acupuncture points. | 403 |
| 3 | Acupuncture diagnostics | 405 |
| 4 | The principles of the choice of acupuncture points. | 414 |
| | A modern approach to the choice of acupuncture points. | 414 |
| | The levels of influence. | 421 |
| 5 | Therapeutical index. | 441 |

| | | |
|------------|--|-----|
| Chapter IX | Auricular needle therapy | 445 |
| § 1 | The history of the question and the essence of the method | 446 |

| | | |
|---|---|----|
| 2 | Hypothetical mechanisms of auricular needle therapy. | 4 |
| 3 | Brief anatomical information on the auricle. | 4 |
| 4 | The technique of auricular needle therapy | 4 |
| | Methods of determining acupuncture points | 4 |
| | <i>Preparation for and the procedure</i> of auricular needle therapy | 45 |
| | Methods of inserting and extracting the needle | 45 |
| | Complications in auricular therapy | 46 |
| 5 | The topography of the acupuncture points and their clinical uses | 46 |
| | Zone I, that of the lobule of the ear | 46 |
| | Zone II, that of the tragus | 46 |
| | Zone III, that of the anterior of the auricle | 47 |
| | Zone IV, that of the intertragic notch | 47 |
| | Zone V, that of the posterior of the auricle | 47 |
| | Zone VI, that of the antioat | 47 |
| | Zone VII, that of the anthelix | 47 |
| | Zone VIII, that of the superior crus of the anthelix | 48 |
| | Zone IX, that of the inferior crus of the anthelix | 48 |
| | Zone X, that of the triangular fossa | 48 |
| | Zone XI, that of the scapha | 49 |
| | Zone XII, that of the helix | 49 |
| | Zone XIII, that of the crus of the helix | 49 |
| | Zone XIV, adjacent to the crus of the helix. | 49 |
| | Zone XV, that of the concha | 50 |
| | Zone XVI, that of the cavity of the concha | 50 |
| | Zone XVII, that of the posterior surface of the auricle | 50 |
| | Zone XVIII, that of the external acoustic meatus. | 50 |
| 6 | Therapeutical index | 51 |
| | The curative effect of some combinations of auricular acupuncture points. | 51 |

| | |
|---|-----|
| Recommended combinations of auricular acupuncture points for the therapy of certain syndromes and diseases. | 517 |
| Recommended combinations of auricular acupuncture points according to symptoms. | 528 |

| | | |
|------------------|---|------------|
| Chapter X | Acupuncture analgesia | 531 |
| § 1 | The history of the question and a general characterization of acupuncture analgesia. | 532 |
| 2 | Preoperative preparation of the patient | 532 |
| 3 | The technique of applying acupuncture analgesia and ways of estimating the efficiency of acupuncture analgesia. | 535 |
| | Manual acupuncture analgesia. | 535 |
| | Electrical acupuncture analgesia. | 536 |
| | Injection acupuncture analgesia. | 537 |
| 4 | The principles of the choice of acupuncture points for needle analgesia | 538 |
| 5 | Electrical acupuncture analgesia as a component of general mixed anesthesia. | 539 |
| 6 | Acupuncture analgesia during the postoperative period. | 542 |
| 7 | Recommended combinations of acupuncture points for needle analgesia in some operations. | 544 |
| | Acupuncture analgesia in certain operations on the neck. | 544 |
| | Acupuncture analgesia in extracting a lobe of the lung or the entire lung (thoracoplasty) | 544 |
| | Acupuncture analgesia in certain abdominal operations. | 545 |
| | Acupuncture analgesia in obstetrical practice | 546 |
| | Acupuncture analgesia in operations on extremities | 547 |

| | |
|--|-----|
| Acupuncture analgesia in ambulatory operations | 548 |
| 8 The advantages and disadvantages of acupuncture analgesia | 548 |
| 9 Contraindications for acupuncture analgesia | 549 |
| Appendices | 550 |
| Alphabetical index of the acupuncture points of the 14 meridians, their numerical and letter-numerical designations. | 550 |
| Alphabetical index of auricular points (AP) and their numerical designations (ordinal number and the zones they belong to) | 556 |
| Bibliography. | 558 |

Предисловие

Иглорефлексотерапия (иглоукалывание, акупунктура) является, пожалуй, одним из немногих, если не единственным, в медицине методов лечения, который, возникнув много веков назад, сохранился и применяется в наше время в форме, очень близкой к исходной. Более того, сейчас во всем мире интерес к нему значительно возрос. Он получает все большее признание врачей самых разных специальностей.

Чем вызвано такое внимание к данному методу лечения? Для этого есть несколько причин. Одной из них является возможность значительно уменьшить фармакотерапию или полностью обойтись без нее при лечении ряда заболеваний. «Фармакологическая перенасыщенность» сейчас стала трудной проблемой медицины, и одним из способов ее решения служит иглорефлексотерапия. Немаловажно в этом отношении и отсутствие при квалифицированном применении иглорефлексотерапии нежелательных побочных эффектов, которых не лишены многие лекарственные средства.

Растущая популярность иглорефлексотерапии в настоящее время объясняется успехами исследований, раскрывающих механизмы ее действия на организм человека, что расширяет возможности ее применения при лечении больных с заболеваниями функционального, а порою и органического характера. В основе многих расстройств сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и других систем лежат нервно-рефлекторные нарушения, на которые можно влиять рефлекторно, воздействуя на определенные точки акупунктуры. Это открывает новые возможности применения иглорефлексотерапии в различных медицинских специальностях, в том числе и в неврологии.

Известный налет мистицизма, возникший из-за незнания материальных основ метода или сознательно культивируемый некоторыми зарубежными иглотерапевтами, естественно вызывал обоснованный скепсис. Однако достижения ряда биологических дисциплин — нейрофизиологии, биохимии, биофизики и др. — позволяют сегодня разрабатывать вопрос о механизме действия иглорефлексотерапии с подлинно научных, материалистических позиций. Совершенно очевидно, что неграмотное применение метода при лечении чуть ли не всех заболеваний, превращение акупунктуры в панацею, что, к сожалению, имеет место в практике некоторых специалистов, может лишь дискредитировать этот важный метод.

В дополнение к традиционным металлическим иглам и полынным сигарам сейчас используются электропунктура, воздействие лазером и др.

Следует особо отметить эффективность иглорефлексотерапии в устранении боли, что используется в хирургической и неврологической клиниках. Акупунктурная анальгезия во время операции и в послеоперационном периоде позволяет ограничить использование сильнодействующих препаратов, нежелательных для организма больного.

Все сказанное оправдывает расширение сферы использования иглорефлексотерапии в медицинской практике и объясняет потребности в ней. Исходя из этого, Министерство здравоохранения СССР приняло ряд весьма важных организационных мер, обеспечивающих научную разработку проблемы иглорефлексотерапии и методов ее применения, что будет способствовать подготовке высококвалифицированных кадров и дальнейшему внедрению этого метода в лечебную практику.

В свете решения стоящих в этой области задач нам представляется своевременным и важным «Руководство по иглорефлексотерапии» Д. М. Табеевой, заведующей кафедрой рефлексотерапии Казанского государственного института усовершенствования врачей им. В. И. Ульянова-Ленина. Руководство представляет собой результат многолетнего труда автора. В нем подробно, в ясной и четкой форме, с использованием многочисленных литературных источников изложен опыт зарубежной и отечественной иглорефлексотерапии и сопряженных с ней научных направлений. Специально рассмотрены наиболее важные узловые вопросы механизма действия иглорефлексотерапии. Автор критически подходит к осмыслению и оценке древнего и современного опыта, с позиции существующих в настоящее время теоретических представлений дает классификацию исходных предпосылок лечения, рассматривает его различные методы и способы и т. д. Книга Д. М. Табеевой, несомненно, будет способствовать расширению применения иглорефлексотерапии, она полезна как для начинающих, так и для всех работающих в этой области медицины.

В своем труде автор исходит из правильных методологических позиций. «Руководство по иглорефлексотерапии» отличает значительный объем материала, детальная разработка основных аспектов предмета; должное значение придается как теоретическому, так и практическому обоснованию рассматриваемых положений.

Весьма важным представляется критический анализ традиционных восточных концепций с точки зрения возможных на сегодня научных обобщений. И это правильно, так как нельзя пренебрегать эмпирикой древних; из нее нередко можно почерпнуть существенное для современной науки и практики. Нужно положительно оценить предпринятую автором попытку интерпретации важных в историческом плане концепций народной медицины Востока с точки зрения наших сегодняшних представлений.

Нет необходимости останавливаться на оценке отдельных глав книги. Следует заметить, что практически в каждой главе автор приводит ряд новых, еще не нашедших отражения в нашей литературе сведений. Большинство из них представляют, как нам кажется, несомненный интерес. Предложенное автором объяснение взаимосвязей меридианов и разработанный исходя из этого так называемый системный подход к лечению по уровням воздействия на точки акупунктуры оригинален и обоснован.

В своем руководстве Д. М. Табеева наряду с обобщением известного и устоявшегося материала намечает на основе собственных исследований новые подходы к проблемам иглорефлексотерапии, связанным с ее теорией и практикой. Особо подчеркивается необходимость учета индивидуальных особенностей каждого больного.

Творческий подход автора явится, вероятно, стимулом к последующим исследованиям, что поможет вынести окончательное решение по поводу обсуждаемых, не всегда достаточно устоявшихся и порою спорных положений иглорефлексотерапии, критерием истинности которых может быть только практика.

В заключение можно сказать, что трудная задача подготовки «Руководства по иглорефлексотерапии» в целом решена автором успешно. Нет сомнения, что настоящая очень полезная книга будет способствовать дальнейшему развитию иглорефлексотерапии.

*Герой Социалистического Труда
академик АМН СССР, проф. Е. В. ШМИДТ*

Введение

В настоящее время как в нашей стране, так и за рубежом получил значительное распространение метод рефлексотерапии (иглорефлексотерапия, иглоукальвание, акупунктура, чжень-цзю). Этот метод, как показывает само название, является частью общего направления в лечении, в основе которого лежит принцип рефлекса — наиболее универсального механизма нервной деятельности.

Широкое использование данного метода объясняется его практической безвредностью, относительной простотой в руках подготовленных специалистов, способностью дополнять или заменять другие, в частности фармакологические, методы лечения. Возросший интерес к рефлексотерапии объясняется не только все более активным ее использованием в неврологии, терапии и других областях клинической медицины. В настоящее время акупунктура с успехом применяется и как дополнительный диагностический метод (акупунктурная диагностика), а также для анальгезии при оперативных вмешательствах, обезболивания родов и других лечебных мероприятий, сопровождающихся болевыми реакциями.

Современная техника и методика рефлексотерапии, хотя и базируются на традиционных, сугубо эмпирических представлениях народной медицины, ныне уже располагают не только рядом новых вариантов (электроакупунктура, биоэнерготерапия и др.), но и делают первые шаги в сторону подлинно научного обоснования рефлексотерапии.

Для наиболее эффективного использования и развития акупунктуры, создания новых методов рефлексотерапии необходима целеустремленная и разносторонняя научная разработка ее основ. Вполне возможно, что тщательные исследования в данной области откроют новые важные и интересные явления, связанные с физиологией, патофизиологией и морфологией человека. Это побуждает не только отдельных исследователей, но и целые коллективы специалистов проводить соответствующие изыскания и является важным фактором, активно стимулирующим развитие рефлексотерапии во многих странах мира.

В нашей стране в последние годы проведен ряд организационных мероприятий, направленных на дальнейшее развитие акупунктуры. Созданы кафедры и курсы рефлексотерапии в Центральном, Казанском и Ленинградском институтах усовершенствования врачей, организованы Центральный научно-исследовательский институт рефлексотерапии, лаборатории, отделы при медицинских НИИ и других отраслевых институтах. Это привело к тому, что значительно возросло число врачей и других специалистов, вовлеченных в круг практической и теоретической работы, связанной с иглорефлексотерапией.

Как известно, среди части врачей долгое время бытовал необоснованный скепсис по отношению к этому методу; неумение использовать акупунктуру было связано с недостаточной подготовкой специалистов, что приводило к стандартизации иглоукальвания без глубоких знаний соответствующих отраслей медицинской науки. Предпринятая в настоящее время во многих странах разработка научных основ иглорефлексотерапии, первые ее успехи в практике лечения больных в наших условиях пробудили значительный интерес к ней медицинской и научной общественности. Обобщение назревших проблем метода с точки зрения достигнутых результатов и научный анализ доступных на данный период аспектов этого раздела медицинской науки

стали ощутимой необходимостью для подготовки квалифицированных специалистов.

За рубежом проблеме иглокальвания уделяется большое внимание: созданы международные общества иглотерапевтов, издаются специальные журналы, публикуется немало монографий и руководств. Разумеется, не все из них написаны с подлинно научных позиций. Однако эти публикации говорят о возросшем интересе за рубежом к методу чжень-цзю. Это еще раз подчеркивает необходимость издания и в нашей стране специального обобщающего руководства, которым могли бы пользоваться как специалисты, уже работающие в области иглотерапии, так и врачи, только начинающие проходить специальную подготовку.

Необходимо также отметить, что изданные ранее книги по данной проблеме являются уже библиографической редкостью. Кроме того, за последние годы отдельные направления, такие, как электроакупунктура и иглоанальгезия, получили активное развитие в практическом и теоретическом отношениях. Наш многолетний практический, педагогический и научный опыт убедительно показывает, что в настоящее время возникла необходимость создания соответствующего руководства для врачей, специализирующихся в области иглорефлексотерапии. Все это в совокупности и побудило нас подготовить книгу.

До сих пор не существует однозначного мнения о методе акупунктуры. О нем много говорят и пишут. Однако в отдельных странах сторонники различных школ и философских взглядов по-разному оценивают сущность и значение этого метода.

Так, в современном Китае широкое распространение получили взгляды, согласно которым иглотерапия объявляется панацеей, чудесным образом исцеляющей все болезни. Причем маоистская печать стремилась доказать абсолютный приоритет Китая в этой области. Не отрицая заслуг древних китайских ученых, следует, однако, сказать, что не только Китай, но и все сопредельные с ним страны, в том числе Япония, Корея, Вьетнам, Монголия и Индия, внесли свой весомый вклад в развитие чжень-цзю-терапии, поэтому в данной работе этот метод с полным на то основанием именуется не китайским, а восточным.

В своей работе мы пытались обобщить и исследовать тот несомненный положительный практический результат, который акупунктура достигла за долгий путь развития. На наш взгляд, знание основных концепций древней восточной медицины, в частности этапов развития чжень-цзю-терапии, в связи с задачами современной рефлексотерапии может быть полезным в подготовке квалифицированных специалистов, в их широком современном осмыслении для теории и практики этого метода.

В последние десятилетия происходит не только процесс все большей специализации в научной и практической медицине, но и активно развивается междисциплинарная интеграция. Поэтому нынешнюю систему медицинской науки следует рассматривать с включением в нее составного элемента — рефлексотерапии, предназначенной играть определенную роль в комплексе лечебных и диагностических методов. Бесспорно, однако, что этот элемент обладает и присущей ему самобытностью. Он, например, неразрывно связан с народной медициной, уходящей своими корнями в эмпирику древности, лишенной необходимого теоретического базиса.

Раньше в качестве концептуальной основы практической акупунктуры служили стихийно-материалистические взгляды на окружающую природу и на развитие человека, отдельные элементы диалектики из миропонимания далеких лет использовались для обоснования связи явлений жизни человека и

природы. Это имело положительное значение в борьбе против идеализма и суеверий, за утверждение рациональных методов исследования и лечения больных.

Продукт народной медицины Востока — акупунктура зарождалась под влиянием практической необходимости и, конечно, во многих своих положениях была завуалирована своеобразным ореолом мистики и ничего не имеющими общего с наукой философскими концепциями. Уделяя основное внимание чисто практической стороне дела, некоторые западные исследователи были склонны абсолютизировать древние концепции, придавали методу характер догмата. Тем не менее в ряде зарубежных стран, особенно в последние годы, появились исследования, направленные на научное обоснование рефлексотерапии и его развитие применительно к задачам современной медицины.

Таким образом, разработка проблем иглорефлексотерапии в наших условиях требует не только использования современного мирового опыта, но и критического анализа положений древневосточных концепций, на базе которых формировался метод. Исторически обусловленный опыт, ставший ныне достоянием современной медицины, должен быть использован для выявления его ценных сторон, для поиска путей дальнейшего совершенствования практики и теории акупунктуры.

В данном руководстве предпринята попытка изложить в доступной форме древневосточные концепции, связанные с практикой метода чжень-цзю с точки зрения отмеченных выше задач исследования, ибо их уяснение, пусть даже в общей форме, важно для эффективного использования указанного метода.

При выполнении столь обширной и трудной работы возникали определенные трудности. Как уже отмечалось, древневосточная философия довольно самобытна. Это выражается в том, что она имеет ряд понятий и категорий, отличных от мышления европейских народов. Указанное обстоятельство в определенной степени затрудняет «перевод» восточной категориальной образности на современный рациональный научный язык. Кроме того, при анализе метода чжень-цзю приходится иметь дело не с одной какой-либо теорией, а с традиционными восточными гипотезами, философскими концепциями, тесно связанными между собой. Следовательно, для того чтобы иметь четкое представление о чжень-цзю-терапии, необходимо проследить динамику развития взаимосвязей указанных гипотез и концепций. При этом нужно иметь в виду, что данные концепции важны не сами по себе, а лишь для понимания тех положений, на основе которых более пяти тысяч лет назад был создан метод, эффективно используемый в настоящее время.

Традиционные представления о самой методике иглотерапии и прижигания при постановке лечения нуждаются в критическом осмыслении и уточнении. Отрадно заметить, что в данной области велись и ведутся научные поиски, принесшие интересные и перспективные результаты. Указанные результаты мы обобщили в соответствующей главе, акцентируя внимание только на основных моментах, сопряженных с тематикой анатомо-физиологических основ иглорефлексотерапии.

В предлагаемом руководстве мы сочли необходимым расширить и несколько конкретизировать методические основы иглорефлексотерапии. Опыт показывает, что разделение технических приемов введения иглы на тормозной и возбуждающей методы часто не отвечает состоянию организма и его резервным возможностям. Вместо этого мы предложили несколько видоизмененный подход, позволяющий выделить три варианта раздражающего воздействия, отличных по степени и форме реакции организма.

Мы сочли необходимым дать описание и других методов воздействия на точки акупунктуры, причем если некоторые из них так же древни, как иглоукалывание — прижигание, точечный массаж и т. д., то другие буквально рождаются на наших глазах. В их числе электроакупунктура, биоэнерготерапия, аэроионный массаж и т. д. По нашему мнению, знакомство с ними полезно не только потому, что оно расширяет сам арсенал методик рефлексотерапии, но также и потому, что стимулирует их адекватное развитие, которое будет способствовать созданию новых методических вариантов уже непосредственно самими специалистами, имеющими соответствующую подготовку.

По установившейся традиции в ранее вышедших монографиях по рефлексотерапии приводилось довольно общее описание топографии меридианов и точек акупунктуры с показаниями к их применению. В ряде случаев это оказывалось недостаточным для более углубленного анализа всей совокупности механизма метода воздействия. В руководстве детализирована топография меридианов с указанием перекреста и соприкосновения ходов с выделением тех точек, на которые проецируются внутренние ходы или их ответвления.

Кроме того, нами представлено описание меридианов и точек воздействия, ранее не нашедших отражения в отечественной литературе, знание и использование которых, по нашему опыту, полезны для успешной лечебной работы.

Для удобства работы с руководством и для унифицирования медицинской документации нами предложено цифровое обозначение основных меридианов и их точек воздействия, буквенно-цифровое — «чудесных» меридианов, внемеридианных и аурикулярных точек.

В предлагаемом руководстве представлены изученная нами система взаимосвязей меридианов и разработанный на ее основе принцип выбора точек акупунктуры. Подобная схема пока еще не нашла своего отражения в опубликованной зарубежной и советской литературе. Данные современной анатомии и физиологии дают основание для научного освещения столь важного и сложного переплетения теоретических основ медицины. Мы уверены, что дальнейшие исследования указанных взаимосвязей, т. е. научных основ современной рефлексотерапии, принесут для практической акупунктуры свой весомый результат.

В соответствующих главах изложены аурикулотерапия и иглоанальгезия, ставшие составными частями иглорефлексотерапии.

В данном руководстве, особенно в тех разделах, которые касаются показаний к использованию отдельных меридианов, точек и их сочетаний, будут встречаться формулировки, обозначения симптомов и синдромов, непривычные с точки зрения современного врача, хотя смысл их вполне понятен для специалиста. В отдельных случаях мы старались избегать их употребления, хотя совершенно очевидно, что традиционная иглорефлексотерапия пока еще широко располагает не совсем легко воспринимаемой архаичной терминологией. Надо полагать, что работу по их унификации не может взять единолично на себя кто-либо из исследователей, она может быть проведена постепенно в коллективах специалистов и принята как результат согласованных решений в рамках сообществ ученых и врачей. Поэтому необходима дальнейшая кропотливая работа всех врачей-специалистов по иглорефлексотерапии, которая позволит сообща выработать рациональную современную терминологию метода чжень-цзю-терапии.

Работая над этой книгой, мы прежде всего ставили перед собой цель сделать ее максимально полезной для врачей, занимающихся иглорефлексотерапией. Будем весьма признательны всем за отзывы и пожелания.

В заключение мы выражаем глубокое уважение к светлой памяти нашего покойного учителя, выдающегося советского профессора И. И. Русецкого, одного из пионеров советской иглорефлексотерапии.

В разработку указанных проблем серьезный вклад был внесен советскими учеными: Н. И. Гращенковым, В. Г. Вограликом, А. М. Вейном, Г. Н. Касилем, Э. Д. Тыкочинской, Е. М. Боевой, М. К. Усовой и другими авторами, чьи работы сыграли важную роль в создании научных основ и формировании советской школы иглорефлексотерапии.

Сердечно благодарим наших товарищей по совместной работе на кафедре и в клинике рефлексотерапии Казанского ГИДУВа, художника Г. М. Вазилова, исполнившего цветные таблицы и схемы, а также всех, кто оказал нам помощь в подготовке книги.

Глава

I

К истории развития метода

Чжень-Цзю

§ 1. Краткий очерк истории иглотерапии и прижигания

Современная медицина достигла огромных успехов как в научном, так и в практическом отношении, и, казалось бы, она имеет мало общего с тем, что мы именуем народной медициной. Сейчас лабораторный анализ может дать четкий и ясный ответ на многие вопросы, которые раньше решались только на основе многократного опыта. Несмотря на это, современная медицина постоянно обращается к народному опыту, научно переосмысливая различные предположения и находки прошлого. В такой взаимосвязи и происходит процесс непрерывного развития, совершенствования науки.

Знание включает в себя не только то, что доподлинно известно, теоретически обоснованно или являет собой научную гипотезу. Знание включает в себя и тот положительный практический опыт, который пока еще не может быть полностью доказан с научной точки зрения. Это относится и к методу чжень-цзю-терапии, получившему в последнее время в нашей стране широкое распространение, методу, имеющему тысячелетнюю историю и практику, который в современных условиях все с большей очевидностью будет пополняться необходимым теоретическим содержанием.

К вопросу о целесообразности развития акупунктуры можно подойти с более четкой утилитарной позиции: если терапевтическая методика приносит хорошие результаты, она вполне заслуживает применения в широком масштабе, ибо всякая форма врачебной науки и искусства достигает своей цели только тогда, когда она приносит больному избавление от его недугов, пусть даже и временное. С этой точки зрения даже скептики, критикующие чжень-цзю-терапию за «ненаучность», не могут отрицать ее терапевтического эффекта при определенных заболеваниях. Кроме того, следует подчеркнуть, что речь должна идти не о «ненаучности» метода, а скорее о его «донаучности». Это не исключает, а, наоборот, предполагает необходимость серьезной работы именно в научном, теоретическом аспекте над выяснением механизма действия иглотерапии.

Иглоукальвание (или акупунктура) является одним из важных и ценных наследий народной медицины. Чжень-цзю-терапия имеет длительную историю и формировалась как практический лечебный метод на протяжении многих столетий. Уже в глубокой древности было замечено, что ранения и уколы в некоторые точки тела не только облегчают течение ряда заболеваний, но порой даже полностью излечивают людей. Одна из наиболее популярных в иглоукальвании и прижигании точка цзю-сань-ли, расположенная книзу от наружного края коленной чашечки, в Китае известна под названием «точки долголетия», в Японии — точки «от ста болезней». Любопытное предание существует о долгожителе старике Мампе и членах его семьи, регулярно прижигавших точку цзю-сань-ли. Правда, нельзя утверждать, что это предание соответствует истине. Однако, судя по данным литературы, иглоукальвание в точку цзю-сань-ли оказывается весьма эффективным при ряде заболеваний. В наше время воздействие на «точку долголетия» очень популярно как в Японии, так и в других странах Востока. И сейчас для поднятия тонуса ее массируют, прижигают, пунктируют больные и многие здоровые люди.

О древности метода иглотерапии свидетельствует и тот факт, что археологи при многочисленных раскопках обнаруживали иглы из кварца,

кремня, яшмы, а также костяные иглы, которые применялись для иглоукалывания.

В современной науке нет однозначного ответа на вопрос относительно природы возникновения метода чжень-цзю-терапии. Можно предположить, что эффект иглоукалывания был обнаружен случайно, в процессе ритуальных татуировок, когда было замечено, что уколы в определенные точки неожиданно способствовали исчезновению некоторых болей или излечению ряда заболеваний. Однако потребовались сотни лет, чтобы сформировались приемы акупунктуры, сочетания точек в различных рецептах, определились функциональные значения отдельных точек воздействия и меридианов.

Существуют предположения, что иглоукалывание и прижигание возникли первоначально в Непале или Тибете, в буддийских храмах, где был достаточно высокий для своего времени уровень знаний. По-видимому, в дальнейшем на протяжении ряда столетий в народной медицине Китая развитию этого метода придавали важное значение. Еще в III веке до н.э. в Китае был обобщен имевшийся в то время опыт применения иглотерапии. Так, в первой части трактата «Хуанди Нэйцзин», состоящего из 18 томов и служившего руководством по ряду медицинских вопросов, представлены сведения о технике иглотерапии, изложены показания и противопоказания к этому лечебному методу. Несколько позднее известный китайский ученый Хуан Фуми, опираясь на опыт предшественников, написал труд об иглоукалывании и прижиганиях «Дян Цзин», состоящий из 12 томов. В нем подробно излагались основы чжень-цзю-терапии, большое внимание уделялось определению локализации точек для уколов, рекомендовались формы лечебных воздействий.

В VI—XIII веках метод чжень-цзю непрерывно совершенствовался и все шире применялся в лечебной практике. В этот период были опубликованы многочисленные руководства по использованию иглоукалывания и прижигания в гинекологии, хирургии, педиатрии и терапии. В 1026 г. была написана книга «Тун жэньшу сюэ жэньцзю» («Атлас точек бронзового человека»), где подробно изложены методы нахождения на теле точек воздействия. Выдающийся ученый того времени Ван Вэй-и нанес на бронзовую модель фигуры человека 600 известных в тот период точек. Он же детально описал эти точки и отметил эффект от иглоукалывания каждой из них. Точки были нанесены по 12 линиям (меридианам), соединяющим периферию тела с внутренними органами.

Прогресс чжень-цзю-терапии продолжался несколько столетий. Усилиями ученых нескольких поколений были созданы фигуры и карты, на которых были обозначены уже 14 линий и 695 точек, т. е. фактически та топография точек, которой в основном пользуются большинство специалистов в наши дни.

В 1789 г. вышла книга «Чжень цзю сюэ» («Чжень-цзю-терапия»), представлявшая собой краткий учебник. В 1817 г. был опубликован фундаментальный труд «Чжень цзю фэнюань» («Основы чжень-цзю»), автором которого являлся Ли Сюе-цюань. Этот труд был направлен на дальнейшее развитие проблем, изложенных ранее в книге «Хуанди Нэйцзин».

В процессе развития чжень-цзю-терапии изменилась как методика самой процедуры, так и технические средства ее проведения.

В 1955 г. в Пекине был организован Центральный научно-исследовательский институт китайской медицины, а при нем Институт чжень-цзю во главе с доктором Чжу Лянь. Она является автором книги, которая в 1959 г. вышла на русском языке под названием «Руководство по современной чжень-цзю-терапии».

Во многих медицинских учреждениях страны активно осуществлялась разработка этого метода.

Как известно, метод чжень-цзю получил распространение не только в Китае, но и в других странах Востока: Японии, Корее, Бирме, Монголии, Вьетнаме, Индии и т. д.

Костяные и каменные иглы, найденные при проведении археологических раскопок в северной части Кореи, свидетельствуют о том, что история иглоукалывания и прижигания в этой стране насчитывает 5 тысячелетий. Первое письменное упоминание об акупунктуре встречается уже в 561 г. н. э., т. е. в тот период, когда происходил культурный обмен между восточными странами. 692 г. н. э. принято считать годом становления восточной медицины в Корее. В первой половине XII века акупунктуристам было разрешено заниматься врачебной практикой. В настоящее время в ряде университетов страны имеются колледжи по восточной медицине, где готовят специалистов и в области акупунктуры, так как с 1952 г. после издания национального закона о медицинской практике акупунктура стала частью восточной медицины.

В Японии метод иглоукалывания и прижигания стал известен в 414 г. н. э., когда императором были приглашены специалисты по акупунктуре из Кореи. В VI веке н. э. иглоукалывание получает широкое применение, что связано с периодическими посещениями Китая миссиями по изучению медицины. В Японии акупунктура развивалась самостоятельно и получила дальнейшее развитие как в области теоретических посылок, так и методических приемов. Например, разработана специальная методика безболезненного введения игл через металлические трубочки. Здесь большее распространение получил метод прижигания (мокса), что определенным образом связывается с наличием более влажного климата в Японии.

В Японии широким фронтом проводятся научные исследования клинического и экспериментального характера, толчком к проведению которых послужило официальное признание акупунктуры органами здравоохранения. Существуют специальные колледжи, в которых проводится преподавание акупунктуры. Следует отметить определенные успехи, которых добились японские специалисты. Их многолетний опыт по иглотерапии был обобщен в книге «Семейные тайны акупунктуры одной иглой», автором которой является известный японский ученый С. Yanagiya (1956).

В Европе первые сведения о лечебном применении акупунктуры стали появляться в XIII веке. В 1671 г. в Гренобле миссионер R. P. Harvien опубликовал книгу «Тайны китайской медицины». В этот же период метод акупунктуры находит практическое применение в Голландии, Италии и других странах. В 1683 г. голландский врач M. Rhyne защитил диссертацию по китайскому и японскому методам чжень-цзю. В последующие годы вышли в свет другие работы по этому вопросу.

Однако наибольшее распространение метод акупунктуры получил во Франции. В 1816 г. известный врач L. Berlioz сообщил о хороших результатах иглоукалывания при ряде хронических заболеваний. Затем выдающийся клиницист A. Frousseau (1858) посвятил методу чжень-цзю отдельную главу в руководстве по внутренним болезням и, в частности, описал применение его при невралгиях, миозите и ревматизме. Дальнейшее развитие данный метод получил в XX веке, когда в Париже был создан Центр акупунктуры.

Следует подчеркнуть, что наибольшая заслуга в широком внедрении и развитии чжень-цзю-терапии во Франции принадлежит G. S. Morant, R. Fuye, E. H. Niboyet, M. Rubin, Nguen Van Nghi. Как известно, E. H. Niboyet является сейчас признанным главой в области акупунктуры,

акупунктурной анестезии, а также вертебротерапии¹. Усилиями Е. Н. Niboyet во Франции развернулись широкие научные исследования по проблеме акупунктуры.

В настоящее время национальная конфедерация медицинской ассоциации по акупунктуре объединяет более 1000 врачей-акупунктуристов, имеются курсы для обучения акупунктуре. Французский опыт успешно используется и в других странах: в Австрии, Италии и т. д. В Австрии имеется специальный Научно-исследовательский институт акупунктуры имени Людовика Больцмана, который развернул экспериментальные и клинические исследования.

Широкое распространение акупунктуры во многих странах мира способствовало образованию Международного общества по акупунктуре. В состав этой организации входят Франция, ФРГ, Аргентина, Бельгия, Испания, Италия, Япония. Кроме того, с ней поддерживают отношения более 33 государств, в том числе СССР, Болгария, Румыния, Чехословакия.

Дальнейшему развитию иглотерапии, бесспорно, способствовали и международные конгрессы по акупунктуре, которые состоялись: в 1957 г. в Вене, в 1958 г. в Бисбадене, в 1959 г. в Париже, в 1967 г. в Токио, в 1971 г. в Бален-Бадене, в 1973 г. в Сеуле, в 1975 г. в Бад-Хомбурге (ФРГ), в 1976 г. в Западном Берлине, в 1978 г. в Токио.

В России метод иглотерапии впервые был применен в 1828 г. профессором Медико-хирургической академии П. Чаруковским, который отметил его положительный терапевтический эффект при ревматизме и люмбагоишиалгии. Затем в 1901—1903 гг. вышли работы А. Я. Виолина и В. В. Корсакова. Однако впоследствии метод был надолго забыт и фактически не применялся до середины 50-х годов нашего столетия. Исключением является диссертация Э. С. Вязьминского, защищенная в 1948 г.

Возрастание интереса в нашей стране к иглотерапии следует отнести к 1956 г., когда группа советских врачей посетила КНР. Они ознакомились с основными вопросами чжень-цзю-терапии и сумели приобрести практические навыки по использованию этого метода. В 1957 г. были утверждены временные методические указания по применению иглоукалывания и прижигания, а в 1959 г. Министерство здравоохранения СССР издало «Инструкцию по применению метода иглотерапии».

В этот период перед советскими учеными возникла сложная проблема, которая заключалась не только в разработке практического применения метода иглотерапии, объективных тестов оценки результатов лечения, но и в изучении самих механизмов чжень-цзю-терапии с позиций современной медицины.

В 1957 г. было начато и клиничко-физиологическое изучение метода чжень-цзю-терапии. Научно-практическая работа проводилась в Москве (лаборатория рефлекторной терапии АМН СССР под руководством проф. Н. И. Гращенкова), Ленинграде (лаборатория чжень-цзю-терапии Ленинградского психоневрологического института имени В. М. Бехтерева, руководитель — проф. Э. Д. Тыкочинская), Казани (Государственный институт усовершенствования врачей имени В. И. Ленина — кафедра нервных болезней, зав. — проф. И. И. Русецкий), Горьком (Государственный медицинский институт — кафедра госпитальной терапии, зав. — проф. В. Г. Вогралик) и в других городах.

Таким образом, в тот период предпринимались попытки сформировать определенные представления о механизме акупунктуры, глубже изучить сущность иглотерапевтического эффекта, а также исследовать явления,

¹ Специальная система четко отработанных приемов для исправления смещения позвонков.

возникающие при иглотерапии, с помощью тех методов, которые созданы в смежных отраслях знаний.

С 1960 г. в нашей стране начали готовить врачей — специалистов по чжень-цзю-терапии в институтах усовершенствования врачей Москвы, Ленинграда и Казани. За это время указанные институты подготовили значительное число практических врачей, овладевших методом игло-рефлексотерапии. Сейчас большие коллективы этих врачей работают в Москве, Ленинграде, Казани, Горьком, Ташкенте, Киеве, Алма-Ате, Чите, Армавире и т. д. С 1959 г. и по настоящее время были проведены конференции по иглотерапии в Горьком, Москве, Ленинграде и Казани.

Работа в области акупунктуры усилилась после опубликования приказа министра здравоохранения СССР академика Б. В. Петровского «О дальнейшей разработке метода иглотерапии, его внедрение в практику» (1971). Развитию иглотерапии способствовал приказ Министерства здравоохранения РСФСР «О мерах по дальнейшему расширению практического применения метода иглоукальвания и усиления научных исследований в этой области» (1973).

В 1973 г. были созданы и приступили к работе специальные группы по изучению иглорефлексотерапии в ведущих институтах страны: ВНИИ клинической и экспериментальной хирургии Министерства здравоохранения СССР, Центральном институте травматологии и ортопедии, ВНИИ клинической и экспериментальной онкологии АМН СССР и др. Задачей этих групп является исследование метода иглорефлексотерапии во время операций и в послеоперационном периоде. В 1976 г. в Москве организован Центральный научно-исследовательский институт рефлексотерапии.

Для дальнейшего внедрения метода иглоукальвания в практику и развития научных исследований была создана комиссия по разработке программы и планов научно-исследовательских работ в области рефлексотерапии, по изучению технических проблем и разработке аппаратуры для научных исследований в области диагностики и лечения методом игло-рефлексотерапии.

В настоящее время возникли поисковые направления, которые ставят своей задачей изыскание новых способов воздействия на точки акупунктуры с целью исследования механизмов традиционной иглотерапии с современных позиций и более глубокого физиологического обоснования их.

Сейчас очевидно, что дальнейшие успехи в практическом применении метода рефлексотерапии и его теоретическом обосновании лежат на путях широкого междисциплинарного подхода с использованием морфологических, физиологических, биохимических, биофизических и других методов исследования.

На данном этапе своего развития рефлексотерапия в нашей стране, творчески используя наследие прошлого, разработала оригинальные теоретические положения, варианты методики иглоукальвания, подчас весьма отличающиеся от тех, которые распространены как в западной, так и в восточной медицине. Советская наука ведет сейчас широкие исследования, которые направлены на изучение механизмов рефлексотерапии с точки зрения современной медицины. Достижения, уже имеющиеся в настоящее время, позволяют с обоснованным оптимизмом смотреть на будущее этого древнего метода. Однако, уделяя достаточно серьезное внимание анализу древневосточных концепций, критически оценивая их, следует особо подчеркнуть, что изучение их важно для знания терминологии акупунктуры, принятой в международном масштабе, для усвоения некоторых методических подходов, отражающих особенности и своеобразие их исторического развития.

§ 2. Древневосточные теории.

Общая характеристика

Рассмотрение научной и практической значимости древневосточной медицины необходимо с точки зрения анализа этапов исторического развития познания человеком законов природы. Как учит исторический материализм, достижения прошлого следует оценивать не по тому, чего в них нет по сравнению с настоящим, а по тому, что в них было ценное, новое по сравнению с итогами предшествующего развития.

Одним из важнейших направлений древневосточной медицины является чжень-цзю-терапия, истоки которой уходят в глубокую древность. Нужно подчеркнуть, что в древности философия была всеобъемлющей наукой, включающей в себя все отрасли знаний в качестве составных частей.

Впоследствии, по мере развития общества, отдельные науки стали приобретать собственную предметность, отпочковываясь от философии. И тем не менее на протяжении всей человеческой истории философия и медицина находятся в тесной, неразрывной связи друг с другом. Уже в период своего зарождения медицинские понятия зависели от общего взгляда людей на окружающую действительность, от их мировоззрения.

Мысль о необходимости тесного взаимодействия философии и медицины в свое время удачно выразил Гиппократ: «Медицина, — утверждал он, — столь же мало может обходиться без общих истин философии, сколь последняя — без доставляемых ей медицинских фактов».

В древнюю эпоху (вследствие неразвитости представлений о мире) люди не могли преодолеть примитивизма относительно причин возникновения заболеваний. В тот период были широко распространены взгляды на болезнь как на результат проникновения в организм «злого духа». Эти взгляды приводили к тому, что больных лечили молитвами, заклинаниями и заговорами, т. е. «изгоняли из тела злого духа». Это соответствовало идеалистическому пониманию действительности, которое тогда зарождалось. Причем не только в тот период, но и на протяжении всей истории человеческого общества идеалистическая философия оказывала тормозящее влияние на развитие естествознания и медицины.

Однако уже в древний период медицина, несмотря на идеалистические пути, все больше и больше развивалась на стихийно-материалистической основе. Так, например, в древней Индии еще в VI веке до н. э. возникло стихийно-материалистическое воззрение на сущность болезней.

Стихийно-материалистические взгляды получили преобладающее влияние в античной медицине. В античном обществе возникли две теории: «гуморальная» и «солидарная». Основателем первой теории был Гиппократ. Первоосновой живого организма он считал жидкость. По мнению Гиппократа, вода в живом организме существует в четырех формах: кровь, слизь, желтая желчь и черная желчь, а здоровье или болезнь организма зависит от того или иного количественного и качественного соотношения этих важнейших жидкостей.

Таким образом, как утверждали древние медики, основой здоровья является нормальный состав жидкостей и их пропорциональное соотношение; неправильное же смешение жидкостей, нарушение пропорций в их соотношениях служат непосредственными причинами болезней организма.

Согласно «солидарной» теории, человеческое тело состоит из бесчисленного количества атомов и образующихся между ними «пор». Нормальное или

патологическое состояние организма определяется соотношением атомов и «пор», объемом «пор». Отклонение объема «пор» от обычного, нормального состояния в сторону сужения или в сторону расширения — важнейшая по этой теории причина патологических явлений.

Значение этих материалистических по своей сущности теорий заключается в том, что они в какой-то мере подорвали монополию жрецов в области медицины и сделали попытку вывести ее из мрака суеверий. Стихийно-материалистические воззрения получили широкое распространение в древневосточной медицине.

Иглотерапия, несмотря на ее широкое распространение и очевидный лечебный эффект, до сих пор воспринимается некоторыми исследователями как суггестивная терапия или как необъяснимая эмпирика. Возникновению такого мнения способствовало в первую очередь то обстоятельство, что иглотерапия выросла на донаучных, стихийно-материалистических воззрениях и логике восточного мышления. Она труднее воспринимается нами еще и потому, что мы в силу своего научного опыта в значительной мере привыкли к аналитическому мышлению, т. е. к изучению предмета путем его расчленения. Древневосточная медицина, напротив, более склонна к индуктивному методу исследования, т. е. ее общие положения выводили из рассмотрения частных, конкретных явлений, не разрывая связи между ними (мир, земля и небо, человек).

Древневосточная медицина, опираясь на индуктивно-синтетический образ мышления, с величайшей наблюдательностью изучала прежде всего функции всего организма — тела вообще и в меньшей степени носителей этих функций — отдельные органы.

Несмотря на незначительный запас научных знаний, чжень-цзю-терапия, отличаясь эмпирическим подходом к предмету, стремлением всегда и во всем иметь практический эффект, смогла сформировать направление лечебной практики, которое выдержало проверку в течение многих столетий и дошло до наших дней. Несомненно, что даже в одном этом факте заключены эффективность и неоспоримость иглотерапии как одного из методов медицины наших дней.

Восточная народная медицина провела огромное число важных наблюдений, определенная часть которых и в настоящее время представляет большой научный интерес, в частности данные о функциональных нарушениях и реакциях в ответ на раздражения кожного покрова и т. д. Специфической чертой указанных наблюдений является то, что они меньше всего предназначались для изучения анатомии. Этому способствовали как конкретные исторические условия, так и особенности принятого тогда на Востоке исследовательского подхода. Эта особенность состоит в том, что чем сложнее функция, тем труднее ее объяснить с помощью разложения на составные части, т. е. каузально-аналитически, но зато значительно легче она воспринимается как целое, т. е. индуктивно-синтетически.

Совершенно очевидно, что традиционная восточная медицина архаична как по своим теоретическим положениям, так и по многим практическим выводам. Однако это не означает, что изучение практической иглотерапии может быть начато без анализа исторически сложившихся аспектов метода чжень-цзю. По-видимому, необходимо изучить теоретические концепции древней медицины, т. е. определить, из каких индуктивно-синтетических выводов вытекают понятия болезни и точек лечения, каковы закономерности их расположения на теле человека и т. д. Эти вопросы и в настоящее время представляют определенный интерес, поэтому мы остановимся на традиционных концептуальных предпосылках чжень-цзю-терапии.

§ 3. Теория инь-ян

В традиционной восточной медицине доминируют следующие принципы: 1) человек изучается как единое целое; 2) человек соответствует небу и земле; это отождествляется с понятием инь—ян; 3) жизнь человека регулируется концепцией пяти элементов. Последний принцип будет рассматриваться ниже, а первые имеют непосредственное отношение к теории инь—ян.

Согласно первому принципу, мышление, чувства и тело человека взаимообусловлены и находятся в неразрывной связи между собой. Каждый орган и функция связаны с другими; с точки зрения непрерывного развития и преобразования человек есть единое целое.

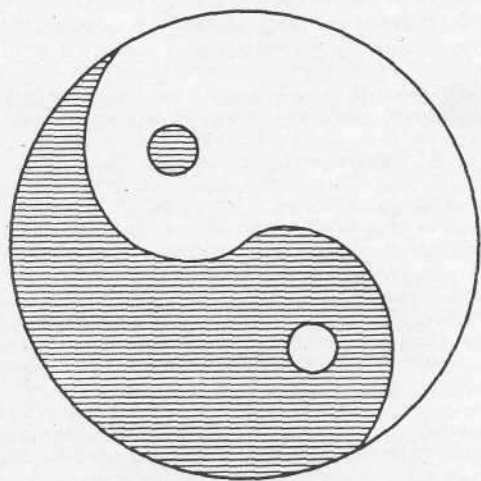
Принцип второй — человек соответствует небу и земле — основан на положениях восточной философии и медицины, в которых человека рассматривают не изолированно от природы, а как ее неотъемлемую часть, как единое целое с окружающей средой. Данный принцип утверждает, что на состояние человека влияют климат, сезоны, излучения солнца, воздействия луны и земли, что в человеке отражаются строение и движение вселенной, т. е. состояние человека меняется под воздействием различных космических явлений. Причем строение и движение вселенной отражаются в теле человека полностью, особенно в его жизненных функциях. Согласно канонам древней философии и медицины, человек, как и все предметы на поверхности земли, подчинен действию «большого закона двойного всеобщего чередования и дополнения» — инь — ян. Что же представляет собой этот закон? Теория инь—ян утверждает, что везде и во всем есть два противоположных начала, обозначенных терминами инь и ян. Они и являются основными категориями для объяснения существующих в природе предметов и явлений, ибо все существующие в природе предметы и явления имеют свои антиподы. Так, в книге «Хуанди Нэйцзин» утверждается, что небо относится к ян, а земля — к инь; солнце — к ян, а луна — к инь, день — к ян, ночь — к инь, верх относится к ян, низ — к инь; наружная сторона — к ян, внутренняя — к инь; левая сторона — к ян, правая — к инь и т. д.

Согласно древневосточной философии и медицине, в природе нет единичных и односторонних предметов, а противоположные стороны и качества объектов можно выразить терминами «инь» и «ян». Например, к группе ян относятся такие понятия, как движение, сильный, явно выраженный, активный, верхний, самец, быстрый, повышенная функция и т. д.; к группе инь — покой, слабый, скрытый, пассивный, нижний, самка, медленный, пониженная функция и т. д. Отсюда можно сделать вывод, что, хотя инь и ян не представляют собой конкретной формы, но как противоположные начала включены во все предметы и явления природы. Древние мыслители не остановились только на этапе разделения и выделения во всех предметах и явлениях противоположных начал. Они считали также, что все предметы и обе их противоположные тенденции не только противоположны, но и взаимообусловлены, взаимосвязаны. И эта взаимосвязь предметов и явлений имеет неуклонную тенденцию к слиянию в единое целое. Таким образом, здесь мы имеем дело со своеобразной архаичной интерпретацией одного из законов материалистической диалектики — закона единства и борьбы противоположностей.

Интересна и оригинальна трактовка образования единого целого, которую дает древняя восточная философия и медицина. Согласно древним концепциям, инь и ян, хотя и являются противоположными началами, их противоположность не постоянна. Они не рассматриваются как бы

застывшими во времени, данными раз и навсегда. Инь и ян имеют свои процессы развития, т. е. каждый развивается «внутри себя», и, что особенно важно, они имеют взаимные переходы. Так, процветание инь рождает ян, процветание ян рождает инь, и таким образом возникает взаимообуславливающая связь. Тенденция к единству не ограничивается только взаимообуславливающей связью. Каким бы тесным не было взаимодействие, оно всегда предполагает относительную самостоятельность взаимодействующих, сосуществующих элементов.

Древняя восточная философия и медицина существенно углубили собственную концепцию образования единого целого, распространив ее не только на взаимодействие, но и на взаимопроникновение, т. е. в структуре каждой противоположности можно обнаружить элементы другой противоположности. Так, в ян заложен инь (иньский элемент), и в свою очередь в инь заложен ян (янский элемент), т. е. этим самым образуется взаимопроникающая связь (рис. 1). Взаимообуславливающие и взаимопроникающие связи «создают» полную гармонию природы, а следовательно, и жизни.



Схематическое изображение взаимоотношений инь и ян

Рис. 1

В нормальном состоянии между инь и ян должны быть сохранены тесная связь и полное уравнивание. При нарушении равновесия между инь и ян, что возможно в результате преобладания одного над другим, возникает аномальное явление или даже раскол инь и ян, который в конечном итоге ведет к уничтожению предметов и явлений природы.

В этих философских концепциях прошлого нетрудно рассмотреть некоторые элементы стихийной диалектики. Не надо, однако, поддаваться искушению, как это иногда делают некоторые исследователи, утверждающие, что де в древневосточной философской системе инь—ян преобладает диалектический материализм и, следовательно, отсюда вытекает научность ее практических рекомендаций по иглотерапии. Известно, что для формирования диалектического материализма как мировоззрения рабочего класса необходим неизмеримо более высокий уровень социальных и экономи-

ческих отношений, что предопределяет соответствующий уровень и научного познания во всех сферах человеческой деятельности.

Следовательно, совершенно очевидно, что Древний Восток не располагал ни в одной из сфер интеллектуальной деятельности подлинно научным методом.

Осмысление процессов развития всего окружающего с точки зрения эмпирического мышления тех времен привело к тому, что сам человек как явление мира был включен в состав этого мироздания. Поэтому в древней медицине в качестве практического результата возникла терапевтическая система инь—ян. Наблюдая за больным человеком и памятуя о том, что человек есть неразрывная частица вселенной, врачи приходили к заключению, что болезнь есть результат нарушения равновесия (закономерной связи явлений) инь—ян в организме вследствие воздействия внешних или внутренних факторов развития.

Таким образом, теория инь—ян занимает центральное место в древневосточной медицине. На основе выводов из этой теории врачи Древнего Востока изучали патологию, производили диагностику и лечение. Философское учение инь—ян было внедрено в практическую медицину, что привело к созданию (совместно с теорией у—син) особой терапевтической методологии, которая управляла клинической практикой.

Теория инь—ян в традиционной физиологии и анатомии. Считается, что функция и строение человеческого организма могут быть объяснены противоположностью и взаимосвязью инь—ян (табл. 1).

Таблица 1

Концепция инь—ян в физиологии и анатомии

| Инь — ян | Ян | Инь |
|--------------|---|--|
| В анатомии | Кожный покров Спина Наружные поверхности конечностей | Внутренние органы Грудная и брюшная стенки Внутренние поверхности конечностей |
| В физиологии | 6 фу (желчный пузырь, желудок, тонкая, толстая кишка, мочевой пузырь, три части туловища). Они выполняют функции всасывания, пищеварения, выделения | 5 чжан (печень, сердце, селезенка, легкие, почки). Они сохраняют в себе все существующие в организме ценные вещества |

Теория инь—ян в патологии. В основе полного уравнивания инь—ян лежат нормальные физиологические функции организма. Нарушение этого равновесия ведет к патологии, которая независимо от сущности своей и сложности представляет собой либо ослабление, либо преобладание инь или ян. Таким образом, получается, что в случае преобладания ян ослабевает инь, а в случае преобладания инь ослабевает ян. Исходя из этого все клинические симптомы разделены на две группы — инь и ян, в результате чего выделились группы янского и иньского синдромов.

Группа янского синдрома: высокая температура, гиперемия лица и языка, беспокойное состояние с эйфорией, громкий голос, жажда, моча темного цвета, запор, пульс поверхностный, частый и т. д.

Группа иньского синдрома: озноб, больной предпочитает тепло и укутывание, его лицо и язык бледны, состояние спокойное, голос глухой, жажды нет, моча мало-концентрированная, стул жидкий, пульс глубокий, редкий, контакт с больным затруднен и т. д.

Янский и иньский синдромы являлись основными критериями для анализа клинической картины. Но, кроме них, существовали следующие синдромы: «наружный» и «внутренний»; «похолодание» и «лихорадка»; «пустой» и «полный». Указанные синдромы в совокупности с янским и иньским составляют восемь основных синдромов в патологии, которые являются составной частью системы инь-ян. Рассмотрим каждый из них в отдельности.

«Наружный» и «внутренний» синдромы. «Наружный» синдром связан с понятием наружного покрова, к которому относят кожную поверхность и органы чувств. При воздействии внешних вредных факторов на наружный покров проявляются симптомы, относящиеся к наружному синдрому, а именно: головная боль, озноб и повышение температуры, заложенность носа, общая ломящая боль и др.

«Внутренний» синдром связан с понятием внутренней части, к которой относятся внутренние органы, кости и костный мозг. При воздействии вредных факторов на внутреннюю часть организма появляются симптомы, относящиеся к «внутреннему» синдрому. Например, головная боль с высокой температурой без озноба, беспокойное состояние, жажда, рвота, боль в животе, понос или запор и т. д.

При этом нужно иметь в виду, что «наружный» и «внутренний» синдромы выделяются не по отдельным признакам, а диагностируются комплексно. Пример «наружного» синдрома: головная боль, озноб и повышение температуры в сочетании с тонким белым налетом на языке и «поверхностным» пульсом. Пример «внутреннего» синдрома: головная боль с высокой температурой без озноба в сочетании с неровным желтым налетом на языке и «большим» пульсом.

«Похолодани» и «лихорадка». Эти понятия дают конкретизацию характера заболевания. Правильный диагноз возможен после комплексного наблюдения за больным. Если у него имеются следующие симптомы: жажда, желание обильного холодного питья, высокая температура, беспокойное состояние, темного цвета моча, малое количество мочи, запор, неровный желтый налет на языке, частый пульс, то диагностируется «лихорадочный» синдром. Если у больного отмечаются отсутствие жажды, стремление к употреблению теплой пищи, похолодание конечностей, бледное лицо, малокоцентрированная моча, большое количество мочи, жидкий стул, белый налет на языке «свободный и редкий» пульс, то диагностируется синдром «похолодания».

«Пустой» и «полный» синдромы. Эти понятия применяются для оценки конституции больного и состояния болезненного симптома, определяя его выраженность — ослабление или преобладание.

Для определения «пустого» или «полного» синдрома необходимы следующие данные: конституция больного, продолжительность заболевания, наличие болей в животе, вздутие живота и его характер, сила пульса, характер потоотделения и др.

К «пустому» синдрому относятся: конституция астеническая («слабый организм»), хроническое заболевание, исчезновение болей в животе после надавливания, вздутие живота с периодическим облегчением, пульс слабого наполнения, выраженная потливость и т. д.

К «полному» синдрому относятся следующие сочетания: конституция нормостеническая или гиперстеническая («организм крепкий»), длительность болезни небольшая, боли в животе усиливаются при надавливании, вздутие живота постоянного характера, пульс хорошего наполнения, отсутствие потливости и др.

Применение инь—ян в диагностике. В традиционной восточной медицине выделяют четыре основных диагностических метода, проводимых в следующей последовательности: осмотр, аускультация, опрос, пальпация. Эти методы в сочетании с восемью основными синдромами являются основой диагностики в восточной медицине. Рассмотрим указанные диагностические методы.

Осмотр. Подразделяется на общий осмотр и осмотр по отдельным органам. При общем осмотре особое внимание обращают на общее состояние, настроение больного, его конституцию, цвет кожи и т. д.

Осмотр по отдельным органам включает: осмотр лица и глаз, области рта и носа, языка, конечностей, кожи.

Данное разделение характерно только для восточной медицины. В европейской медицине все отмеченные признаки входят в понятие «общий осмотр больного». После осмотра выявленные симптомы первоначально классифицируют с позиций инь—ян, а уж затем определяют их принадлежность к янскому или иньскому синдрому (табл. 2).

При постановке диагноза немалое значение имеют и следующие общеизвестные симптомы: вынужденное, удерживающее грудь положение указывает на боль в груди; при заболевании селезенки лицо окрашено в желтый цвет; при кровопотере лицо бледное; покраснение глаз указывает на лихорадку; желтушность склер — на желтуху; припухлость нижних век — на расстройство выделительной функции; острое заболевание с движением крыльев носа при дыхании — на лихорадку; хроническое заболевание с движением крыльев носа указывает на недостаточность функции легких и т. д.

Аускультация. В традиционной восточной медицине при аускультации большое внимание уделялось выслушиванию голоса, его особенностей, а также выслушиванию дыхания и кашля. Все полученные данные также интерпретировались по их принадлежности к синдрому ян или инь (табл. 3).

Древние медики утверждали, что знание характера и продолжительности рвоты, кашля, икоты и отрыжки также необходимо для определения вида синдрома.

Опрос. В это понятие древневосточная медицина включает подробный расспрос о начале и течении заболевания, о дне появления температуры и ее колебаниях в период болезни;

Таблица 2

Признаки синдромов инь и ян при диагностическом осмотре

| Синдром ян | Синдром инь |
|---|--|
| Настроение бодрое Конституция гиперстенического типа (эти больные чаще страдают синдромом чжун-фэн ¹) Лицо гиперемированное и блестящее Блестящие глаза Поражение кожи с припухлостью и покраснением Покраснение, опухание губ На языке налет густой желтый Язык яркий Судороги | Настроение пониженное Конституция астенического типа (эти больные чаще подвержены синдрому сюйлао ²) Лицо бледное с землистым оттенком Запавшие, тусклые глаза Поражение кожи без изменения цвета и отсутствие припухлости Цианоз губ На языке налет белый Язык бледный Ограничение движений в конечностях |

¹ Кровоизлияние в мозг, тромбоз мозговых артерий, паралич лицевого нерва.² Кашель, мокрота с кровью, интермиттирующая лихорадка, потливость, сердцебиение, ломящие боли в пояснице, слабость в ногах, поллюции, выделение белей и т. д.

Таблица 3

Признаки синдромов инь и ян при аускультации

| Синдром ян | Синдром инь |
|--|---|
| Голос грубый, громкий Речь активная, многословная Дыхание шумное, глубокое, редкое Звонкий кашель | Голос глухой, слабый Речь заторможена Дыхание тихое, поверхностное, учащенное Хриплый кашель |

о потоотделении с выявлением степени и времени потливости. Далее выясняется состояние следующих органов и систем: мочеотделения и выделения, кровообращения, пищеварения, дыхания, а также головы, грудной клетки, живота, конечностей.

При опросе сначала внимательно выслушивают активные жалобы больного, его собственную оценку своего состояния, после этого задают наводящие вопросы для определения синдрома ян или инь (табл. 4).

Таблица 4

Признаки синдромов инь и ян при опросе

| Синдром ян | Синдром инь |
|--|---|
| Высокая температура Потливость после нагрузок » днем Моча темного цвета Запор Повышенный аппетит Привычка к холодной пище, а также горечь во рту Головная боль с температурой и ознобом Периодические боли в теле, возникающие внезапно, сильные, разлитного характера Распирающие боли в животе после приема пищи Горячие наощупь конечности | Непереносимость холода Потливость на фоне общей слабости Потливость ночью Моча светлого цвета Жидкий стул Отсутствие аппетита Привычка к теплой и горячей пище, а также употребление соленой пищи Головная боль постоянного характера с головокружением Постоянные боли в теле ноющего характера Боли в животе, уменьшающиеся после приема пищи Похолодание конечностей |

П а л ь п а ц и я. Этот метод включает в себя пальпацию туловища и конечностей больного, пульсовую диагностику, которая является важной и обязательной для установления синдрома заболевания. Наиболее популярным был метод исследования пульса лучевой артерии, хотя применялась и пальпация пульса сонной артерии.

Коротко опишем методику «пульсовой диагностики» при исследовании лучевой артерии. На шиловидный отросток лучевой кости кладут III палец и, слегка перемещая его, находят пульс гуань, тогда под II пальцем, расположенным на одной продолжительной линии с III, прощупывается пульс цунь, а под IV — чи. Если на эти точки слегка надавить тремя пальцами, то данное исследование называется поверхностной пальпацией, а если надавить так, чтобы затруднить перемещение крови, то такое исследование называется глубокой пальпацией. Если пульс хорошо прощупывается, то это «полнота» (ян), если слабо — то «пустота» (инь). Каждой точке пульса соответствует определенный орган (табл. 5).

Таблица 5

Взаимноотношения органов и точек пульса

| Точка пульса | Левое запястье | Правое запястье |
|--------------|------------------------|------------------------------|
| Цунь | Сердце, тонкая кишка | Легкие, толстая кишка |
| Гуань | Печень, желчный пузырь | Селезенка, желудок |
| Чи | Почки, мочевой » | Перикард, три части туловища |

Древневосточная медицина в зависимости от характеристики пульса считает основными восемь его видов. По глубине локализации различают поверхностный и глубокий пульс, по частоте — редкий и умеренно-частый, по характеру пульсовых волн — свободный и вяжущий, по наполнению — большой и скрытый пульс.

1. Поверхностный пульс. Его особенностью является то, что он хорошо выявляется при легком надавливании (напротив, при сильном он прощупывается нечетко). Этот пульс характерен для «наружного» синдрома.

2. Глубокий пульс прощупывается хорошо только при сильном надавливании (при поверхностном почти не ощущается) и характерен для «внутреннего» синдрома.

3. Редкий пульс выявляется тогда, когда за период одного дыхательного цикла можно пропальпировать до четырех пульсовых волн. Этот пульс характерен для синдрома «похолодания».

4. Умеренно-частый пульс выявляется, когда за то же время насчитывается более шести—семи пульсовых волн. Он характерен для синдрома лихорадки.

5. Свободный пульс по характеру «свободный», «гладкий». Полагают, что такой пульс возникает тогда, когда в организме «много крови». Он бывает при лихорадочных и простудных заболеваниях.

6. Вяжущий пульс по характеру «медленный, тонкий, короткий и несвободный». Этот вид пульса бывает при анемии.

7. Большой пульс выявляется тогда, когда приход пульсовой волны сильный, а уход — слабый. Этот вид пульса характерен для гиперфункции определенного органа с повышением температуры.

8. Скрытый пульс очень слабый и прощупывается с трудом; он характерен для сильного ослабления ян.

Соотношение инь и ян в организме. Согласно теории инь—ян, причиной заболевания служит нарушение равновесия между инь и ян в организме, поэтому целью лечения независимо от разнообразия его методов является урегулирование соотношения между ними. Так, при «полном» синдроме применяется метод «рассеивания» в виде сильного раздражения. При «пустом» синдроме, наоборот, применяется метод «прибавления» в виде слабого раздражения. При синдромах, распространяющихся вверх, применяется сильное раздражение, а при синдромах, распространяющихся вниз, — слабое. Если страдает левая сторона, то воздействуют на правую сторону, и наоборот.

§ 4. Теория у-син

Теория у—син (пяти элементов), так же как и теория инь—ян, является отражением стихийного (эмпирического) материализма, существовавшего на Востоке. Она находится в неразрывной связи с учением инь—ян, и

несомненно, что древние медики пришли к теории пяти элементов, исходя из философского учения инь—ян. Были выделены понятия «крайней противоположности» инь и ян: ночь, зима, север — крайнее инь; день, лето, юг — крайнее ян, и «переходной противоположности»: переходное инь — утро, осень, запад; переходное ян — вечер, весна, восток.

Древние ученые не могли не обратить внимания на взаимосвязанные циклические явления как в природе, так и в человеческом организме: ночь—день, утро—вечер, зима—лето, холод—тепло, а также бодрствование—сон, вдох—выдох, систола—диастола и т. д. К примеру связи внутри суточного цикла выглядят так: день «рождает» вечер, вечер «рождает» ночь, ночь — утро, утро сменяется днем и опять день «рождает» вечер и т. д. (рис. 2). Древние ученые считали, что цикличность свойственна всем явлениям. По их мнению, организация природы и всей вселенной представляет собой циклы чередования инь и ян, что особенно наглядно иллюстрирует само течение суток и течение года.

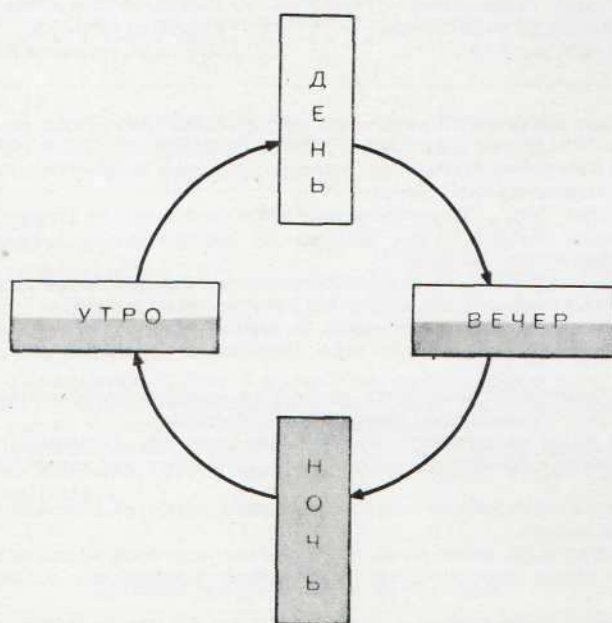


Рис. 2.

Суточный цикл по теории инь—ян.

Каждый из этих циклов состоит из четырех последовательных состояний: 1) рождение (возрастание), что соответствует утру, весне и т. д.; 2) максимальная активность, что соответствует полдню, лету и т. д.; 3) упадок, что соответствует вечеру, осени и т. д.; 4) минимальная активность, что соответствует ночи, зиме и т. д.

Эти последовательные состояния отображаются и в пространстве. Так, восток (восход солнца, утро) соответствует рождению, юг — максимальной активности, запад — упадку (заход солнца, вечер), север — минимальной активности.

В дальнейшем, изучая циклы, состоящие из четырех последовательных состояний, или этапов, древние ученые обобщили их и присвоили каждому из них свой символ. Под ними подразумеваются следующие обобщения:

д е р е в о — символ рождения, возрастания;

о г о н ь — символ максимальной активности;

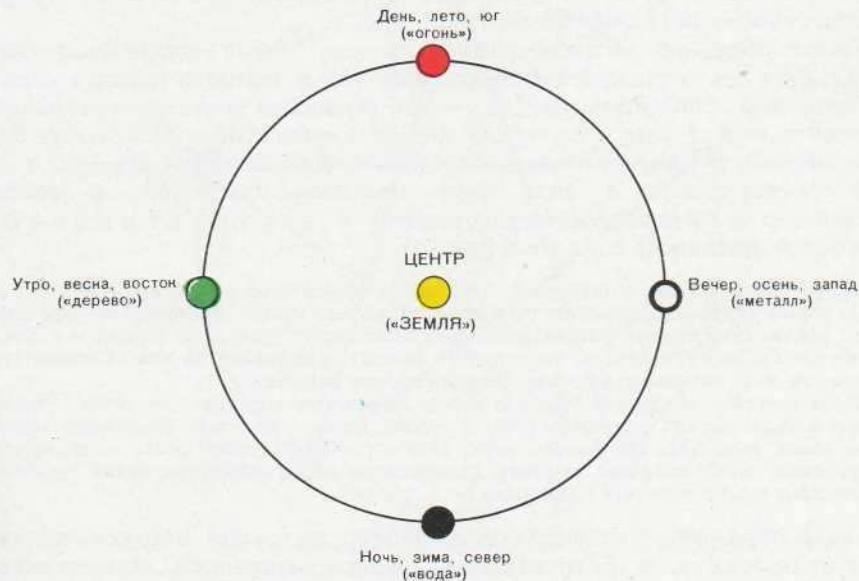
м е т а л л — символ упадка;

в о д а — символ минимальной активности.

Все четыре символа древние ученые назвали элементами основных этапов каждого цикла. К этим символам, или элементам, они добавляют еще один, пятый, элемент, который, по их воззрениям, служит центром и осью для циклических изменений во всем мироздании. Этот элемент — з е м л я, ибо все циклические явления характерны для земли и происходят на земле (рис. 3).

Данные элементы способствовали лучшему пониманию взаимодействия сил, функционирующих в природе, и, что не менее важно, дали возможность в дальнейшем объяснить существующие связи. Например, элемент «вода» может соответствовать максимальному инь, элемент «огонь» является хорошо выраженным его антиподом и по активности соответствует максимальному ян. Элемент «дерево» хорошо отражает переход от пассивности к активности, т. е. переход от инь к ян, и соответствует переходному ян. Его антипод — элемент «металл», связанный с тенденцией к скованности и пассивности, соответствует переходному инь. Пятым элементом, как уже отмечалось, считалась земля, которая является центром природных явлений.

Итак, древние ученые, взяв за основу изложенное выше учение, дали следующую схему организации вселенной: в основе всего лежит цикличность;



Символические изображения основных этапов природных циклов и пространства в виде элементов.

Рис. 3.

каждый цикл в своем развитии проходит последовательные этапы, символически обозначенные определенным элементом.

Данная схема организации вселенной была объявлена универсальной, т. е. ее элементы могли быть распространены не только на целое (вселенная), но и на составные части этого целого. Исходя из постулата универсальности, представители древневосточной медицины перенесли эту схему организации

Таблица 6

Таблица соответствий

| | «Дерево» | «Огонь» | «Земля» | «Металл» | «Вода» |
|------------------|-------------|-------------|----------------------|------------------------|----------|
| Цвет | Зеленый | Красный | Желтый | Белый | Черный |
| Вкус | Кислый | Горький | Сладкий | Острый | Соленый |
| Процесс развития | Возрастание | Кульминация | Центр | Упадок | Покой |
| Сезон | Весна | Лето | Конец лета | Осень | Зима |
| Орган | Печень | Сердце | Селезенка | Легкие | Почки |
| Секрет | Слезы | Пот | Слюна | Мокрота | Моча |
| Ткань | Мышцы | Сосуды | Соединительная ткань | Кожный покров и волосы | Кость |
| Органы чувств | Глаз | Язык | Рот | Нос | Уши |
| Психика | Гнев | Радость | Размышление, грусть | Тоска | Страх |
| Планета | Юпитер | Марс | Сатурн | Венера | Меркурий |

вселенной на живые существа, в том числе на человека, проведя соответствие между пятью элементами и каждой составной частью человека, каждой физиологической функцией. Они же разделили все явления природы соответственно пяти элементам (табл. 6).

Таким образом, согласно учению у—син, были составлены схемы организации как вселенной (макрокосмос), так и человека (микрокосмос).

Основным положением теории у—син, имеющим практическое значение, является вывод о том, что между пятью элементами существуют связи. Поскольку эта теория возникла на базе философского учения инь—ян, то эти связи представлены в виде двух противоположностей, а именно: **с о з и д а ю щ е й** (взаимостимулирующей) и **д е с т р у к т и в н о й** (взаимообуславливающей) **с в я з е й** (рис. 4).

Дадим характеристику созидательной связи между элементами: дерево стимулирует («рождает») огонь; огонь стимулирует («согревает») землю; земля стимулирует («рождает») металлы; металл стимулирует («дает») воду; вода стимулирует («питает») дерево, т. е. каждый элемент как бы «контролирует», стимулирует элемент, следующий за ним. Следовательно, созидательная связь оказывает действие, способствующее развитию.

Характеристика деструктивной связи между элементами выглядит так: огонь «угнетает» (плавит) металл, металл «угнетает» (режет) дерево, дерево «угнетает» (подрывает корнями) землю, земля «угнетает» (впитывает) воду, вода «угнетает» (тушит) огонь. Следовательно, деструктивная связь оказывает действие, направленное на регулирование путем «угнетения» преобладания одного элемента по отношению к другому.

Таким образом, созидательная связь, являясь наружной, осуществляется по кругу цикличности, а деструктивная, являясь внутренней, осуществляется внутри «круга цикличности» (так называемый цикл звезды).

Поскольку созидательная связь направлена на развитие, а деструктивная — на угнетение, то они уравновешивают друг друга аналогично инь—ян.

Если же образуется недостаточность или избыточность тех или иных связей, возникает патология, которая может быть четырех видов.

1. Избыточность созидательной связи ведет к преобладанию какого-либо элемента. Например, если «дерево» окажет избыточно стимулирующее действие на «огонь», то он начнет преобладать.

2. Недостаточность, или дефект, созидательной связи ведет к тому, что последующий элемент ослабевает. Например, если «дерево» недостаточно стимулирует «огонь», то он ослабевает.

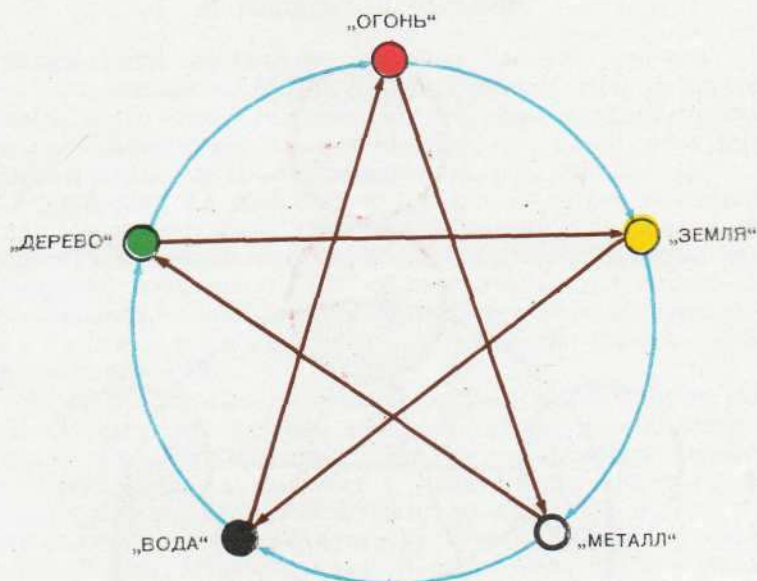
3. Избыточность деструктивной связи ведет к тому, что последующий элемент этой связи ослабевает. Например, если «огонь» окажет избыточное угнетающее действие на «металл», то последний ослабевает.

4. Недостаточность, или дефект, деструктивной связи ведет к тому, что последующий элемент этой связи преобладает. Например, если «огонь» недостаточно угнетающе действует на «металл», то последний усиливается.

Итак, любое изменение одного из видов связи ведет к нарушению равновесия. Этот процесс значительно усугубляется при изменении двух и более видов связи.

Как уже отмечалось, согласно учению инь—ян, характер и распространение болезни не выходят за рамки инь или ян. Но динамика ее развития (т. е. течение болезни) может быть объяснена только с точки зрения либо созидания (созидающие связи), либо разрушения (деструктивные связи) цикла пяти элементов теории у—син.

Для иллюстрации сопоставим некоторые висцеро-висцеральные рефлекссы, появляющиеся при хронической кишечной интоксикации. Действие кишечных ядов на организм начинается еще в тот момент, когда концентрация их повышается в содержимом кишечника. Воздействуя на хеморецепторы



Цикл у—син. Созидающие связи изображены голубым цветом, деструктивные — коричневым.

Рис. 4.

кишечника, токсины рефлекторно вызывают различные изменения вышележащих отделов пищеварительного тракта, сердечно-сосудистой системы, почек и других внутренних органов (Полтырев С. С., 1966). В клинике известно, что привычный запор неблагоприятно отражается на функции печени, так как поступление в печень неблагоприятных количеств ядовитых веществ, образующихся в кишечнике в результате усиленного гниения белков, может привести к жировому перерождению печени (Гольбер Л. М., 1966).

Выявлена сопряженность функций печени и селезенки в процессах гемолиза и образования желчных пигментов, в обмене холестерина, в

белковом, жировом и углеводном обмене (Гольбер Л. М., 1966). Доказано, что всякий патологический процесс, происходящий в печени, через ретикулоэндотелиальную систему приводит также к раздражению селезенки, повышению ее функции и увеличению размеров (Nacegeli O., 1933; Doan C., 1957). ЭКГ-исследованиями, проведенными при кишечной интоксикации, показаны развитие в сердечной мышце диффузных изменений и перенапряжение правого желудочка, параллельно нарастанию токсикоза падает артериальное давление (Полтырев С. С., 1966).

Кишечная интоксикация обычно сопровождается снижением почечной функции и особенно фильтрационной способности почек. Нарушение деятельности почек может отягощать течение интоксикации, так как при этом возможна задержка в организме азотистых шлаков и других ядовитых веществ (Полтырев С. С., 1966).

При хронических заболеваниях почек нарушается функция печени, причем эта функциональная недостаточность печени клинически не проявляется, а обнаруживается лишь с помощью различных функциональных проб (Гольбер Л. М., 1966).

Вышеприведенные факты современной физиологии согласно связям цикла у—син тракуются следующим образом:

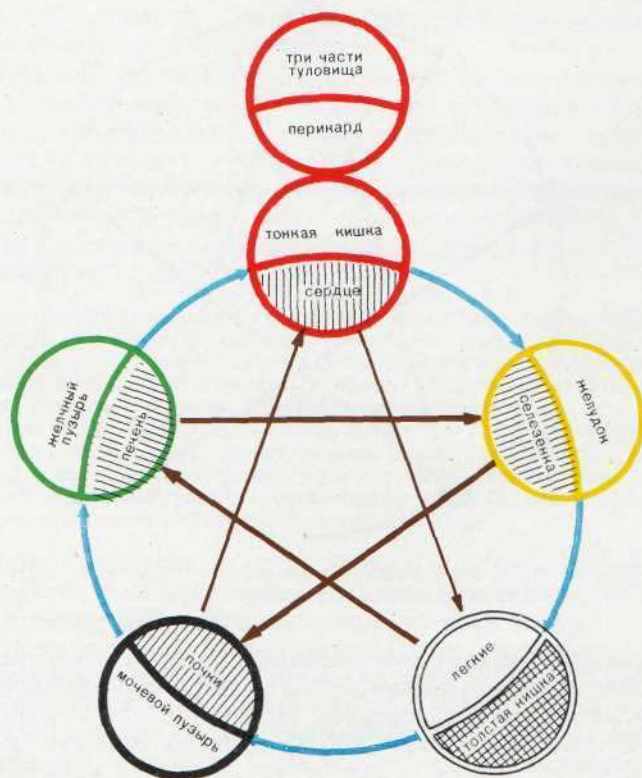


Рис. 5. Взаимосвязи органов по циклу у—син при хронической кишечной интоксикации.

Органы чжан-фу соотносены элементам цикла у-син. Деструктивные и созидательные связи выделены соответственно коричневыми и голубыми стрелками. Пораженный орган заштрихован квадратиками, а вовлеченные в процесс органы — полосками, связи между ними выделены утолщенными стрелками.

— избыточность толстой кишки за счет тормозящей (деструктивной) связи ведет к недостаточности печени (рис. 5);

— недостаточность печени за счет ослабления деструктивной связи ведет к избыточности селезенки;

— недостаточность печени, развивающаяся при избыточности толстой кишки, вызывает снижение функции сердца за счет ослабления тонизирующей связи между ними;

— избыточность селезенки, возникающая из-за недостаточности печени, ведет к недостаточности почек за счет усиления деструктивной связи, а это в свою очередь способствует дальнейшему развитию недостаточности печени из-за ослабления тонизирующей связи между почками и печенью;

— избыточность селезенки ведет к усилению избыточности толстой кишки за счет тонизирующей связи, что еще более угнетает печень вследствие тормозящей связи между толстой кишкой и печенью.

Рассмотренные связи цикла у—син между органами, имеющими определенное клиническое и патофизиологическое обоснование, должны быть учтены при лечении методом иглорефлексотерапии.

§ 5. Концепция чжан-фу

В традиционной восточной медицине меньше уделяли внимания анатомии, а больше анализировали функцию органов. Именно поэтому в ней существенное место занимает теория органических функций, центральным звеном которой является учение чжан—фу. В соответствии с этой теорией все органы были поделены на три категории: чжан, фу и добавочные.

К категории чжан относили следующие органы: легкие, селезенку, сердце и перикард, почки, печень. Эти органы являются паренхиматозными. Считалось, что их назначение «очищать», перераспределять, хранить и концентрировать «энергию». Эти органы якобы выполняют функцию «казны», «сокровищницы». Согласно древневосточному учению, их называют и н ь с к и м и о р г а н а м и, и они были символически отнесены к определенным элементам.

К категории фу относили следующие органы: желудок, толстую кишку, тонкую кишку, мочевой пузырь, желчный пузырь и три части туловища — верхнюю, среднюю и нижнюю¹. Все эти органы полые. Они обладают функцией пищеварения, всасывания и выделения, выполняют функцию «мастерской». Древняя медицина называет их я н с к и м и о р г а н а м и.

К категории добавочных органов относили головной и спинной мозг, кости, костный мозг, мышцы, матку. Добавочными они названы потому, что во-первых, неоднородны по строению, а, во-вторых, их функциональное состояние не изменяется так часто, как у органов категорий чжан и фу.

Таким образом, различают пять органов чжан (перикард от сердца не отделяли) и шесть органов фу. Они связаны между собой соотношением инь—ян и имеют общие характеристики пульса.

Каждый орган, как янский, так и иньский, имеет свой собственный меридиан, которым он «управляет и посредством которого связывается как с поверхностью кожи, так и с другими органами». Древняя медицина считала, что заболевания органов категории фу проявляются в более легкой форме и

¹ Верхняя часть находится выше диафрагмы, средняя часть — ниже диафрагмы до пупка, а нижняя часть — ниже пупка.

легче поддаются лечению, а заболевания органов категории чжан проявляются в тяжелой форме и трудно поддаются лечению.

Нужно подчеркнуть, что термин чжан—фу имеет двойное значение. С одной стороны, он обозначает «видимые» органы² и их физиологические функции, а с другой стороны — патологические изменения данных органов. Поэтому по категориям чжан и фу органы неравнозначны органам в современном понимании.

Ч ж а н с е р д ц е. Древние медики полагали, что сердце занимает ведущее место в жизнедеятельности организма и выполняет большое число функций, часть из которых можно с некоторыми оговорками принять и сейчас.

Считалось, что сердце контролирует кровеносные сосуды. Контроль в данном случае означает управление циркуляцией крови. В свою очередь характер циркуляции крови оказывает влияние на осуществление функций различных органов и тканей, включая внутренние органы и кишечник.

Древние медики считали, что симптомы отека легких (учащение дыхания, одышка, боли в сердце и т. д.) вызываются «блокадой энергии сердца и кровеносных сосудов». Действительно, как известно, при сердечной недостаточности может развиваться отек легких.

Утверждалось также, что язык косвенно отражает «лихорадочный» синдром, синдром «похолодания», а также «пустой» и «полный» синдромы сердца. Согласно древневосточным концепциям, бледно окрашенный язык указывает на гипофункцию сердца. Напротив, яркий красный цвет языка свидетельствует о «лихорадке крови», гиперфункции сердца и т. д.

В современной физиологии это явление носит название «местные расстройства кровообращения». К отмеченным расстройствам относится, например, артериальная гиперемия. При этом сначала увеличивается просвет артерий, затем просвет капилляров и вен. Количество протекающей через орган крови возрастает. При этом цвет языка становится ярким; возникает местное повышение температуры и т. д. Обратные изменения происходят при венозной гиперемии, одной из причин которой может быть ослабление сердечной деятельности. Скорость кровотока при этом не замедляется, вначале расширяются вены, затем капилляры, количество протекающей через орган крови резко уменьшается, возникают застойные явления. При этом цвет языка цианотичный; отмечается местное понижение температуры и т. д.

Деятельность сердца связывали также с мыслительными функциями. Древние врачи считали, что именно сердце является источником всей психической деятельности человека, в том числе его сознания и мышления. На каком же основании древние медики сделали вывод о взаимозависимости сознания, психической деятельности и сердца? Этот вывод был сделан, видимо, на том основании, что, оказывая воздействие на точки, входящие в меридиан сердца, можно устранить сердцебиение, страх, бессонницу, беспокойство, обморок, бред и другие состояния.

Хорошо известно, что наиболее явные и постоянно возникающие субъективные и объективные вегетативные корреляты эмоций и других психических функций выявляются в сердечно-сосудистой системе. Можно вспомнить в этой связи теорию эмоций Джеймса—Ланге, согласно которой эмоции являются скорее следствием, чем причиной, висцеральных и мышечных реакций (Гельгорн, Луфборроу, 1966).

М. И. Аствацатуров (1935) писал: «...известно, что заболевания различных висцеральных органов сопровождаются определенными эмотивными состояниями: так, для заболевания сердца характерно чувство страха». Он считал, что не всегда страх при грудной жабе является результатом осознания больным угрожающей ему опасности и что при коронарном склерозе бывают случаи безотчетного страха, в то время когда у больных нет видимых расстройств со стороны сердечной деятельности. Это можно рассматривать как следствие воздействия неосознаваемой патологической вегетативной афферентации на эмоциональную сферу. В регуляции последней М. И. Аствацатуров большое значение придавал зрительным буграм. Действительно, в так называемый круг Папеца, являющийся структурно-функциональной основой эмоций, наряду с другими структурами входит и таламус.

Ч ж а н п е ч е н ь. Древние медики считали, что печень обладает свойством усиления функций организма. В этом можно увидеть определенный смысл. Ведь печень занимает ведущее место в обеспечении обмена веществ в организме, она является своеобразной «биохимической лабораторией». Правильный обмен веществ способствует росту, постоянному самообновлению организма, «рождению» необходимых веществ.

Древние медики выделяли различные связи печени, имеющие важное практическое значение при использовании чжень-цзю-терапии. Исходя из того, что печень является депо крови,

²Эти органы можно пропальпировать через брюшную стенку или проверить их состояние по таким признакам, как пульс, дыхание, выделение и т. д.

можно понять положение древних о том, «что сильный гнев приводит к кровавой рвоте, поскольку гнев отрицательно действует на функцию сохранения крови в печени». Из современных данных известно, что в состоянии покоя в кровообращение включается около 25% всех внутрисосудовых капилляров печени и через нее протекает почти $\frac{1}{2}$ минутного объема крови. Печень в состоянии задержать почти 60% циркулирующей крови, а под влиянием адреналина масса печени за счет выделяемой в кровоток крови может уменьшиться почти на 60%. Поэтому мнение древних медиков о том, что гнев (при котором в кровь активно выделяются норадреналин и адреналин) ведет к нарушению функций сохранения крови в печени, было достаточно верным.

Древневосточные врачи видели связь между эмоцией гнева и чжан печению.

М. И. Аствацатуров (1935) писал о том, что заболевания висцеральных органов сопровождаются определенными эмоциями. Так, при заболеваниях печени характерно состояние гневной раздражительности, причем, по его мнению, это эмоциональное состояние в данном случае не всегда имеет психогенный характер, а служит проявлением «таламической эмоциональности». При этом приводится в качестве примера состояние гневной раздражительности, которое появляется еще в продромальном периоде катаральной желтухи, когда нет ни желтушности кожи и слизистых оболочек, ни болевых ощущений в области печени, т. е. больной еще не осознает свое заболевание. Хорошо известна связь ряда мозговых синдромов с заболеваниями печени. Известны формы патологии мозга в результате увеличения количества азотистых продуктов обмена, не подвергающихся в печени обезвреживанию и поступающих в большом количестве в кровь, при нарушении обмена меди, железа и др. Печеночная интоксикация ведет к раздражительности, бессоннице, бреду и т. д.

Двигательный аппарат, по мнению древних медиков, также находится в ведении печени. Это понятно, учитывая роль печени в энергетическом, углеводном и белковом обмене. Придерживаясь этой позиции, при появлении ломящих болей в опорно-двигательном аппарате, судорог и ригидности мышц следует проводить лечение, воздействуя на точки меридиана печени. При исследовании функции печени учитывали и состояние ногтей: твердые или хрупкие, толстые или тонкие, блестящие или тусклые.

Древние врачи, исходя из практического опыта, считали, что заболевание печени проявляется изменением склер («глаза — зеркало печени»). Известно, что гепатиты сопровождаются желтушностью склер, покраснением глаз. По данным древних медиков, покраснение глаз — это «огонь печени», который надо «потушить». Представление о связи печени с глазами имеет практическое значение в чжень-цзю-терапии. Так, по меридиану печени можно лечить заболевания глаз, а для иглоанальгезии при глазных операциях рекомендуется выбор точек, связанных с меридианом печени, и соответствующих точек на ушной раковине.

Древние медики связывали печень и легкие. Эту связь подтверждает и современная медицина. Так, С. М. Лейтес (1939) на основании многочисленных исследований выдвинул представление о гепатопульмональной системе. По его мнению, одной из специфических особенностей легких является то, что они служат своеобразным биологическим фильтром для крови, прежде чем последняя из венозной становится артериальной, а также фильтром для лимфы. С другой стороны, в легочной паренхиме, как и в печени, происходят активные биохимические процессы, вырабатывается ряд ферментов. Печень также можно рассматривать как своеобразный фильтр для крови, притекающей из желудочно-кишечного тракта, селезенки, поджелудочной железы и т. д. Взаимодействие легких и печени, таким образом, заключается в некотором сходстве их функций, связанных с обменом веществ, дезинтоксикацией ряда продуктов жизнедеятельности организма.

Чжан селезенка. Древние врачи считали, что селезенка контролирует переваривание пищи и продвижение ее по кишечнику, всасывание питательных веществ. Они придавали этим функциям важную роль в жизнедеятельности человеческого организма. Считалось, что если функция пищеварения и всасывания понижена, то возникает вздутие живота на почве диспепсии или переедания, а это приводит к понижению общего тонуса и атрофии скелетной мускулатуры.

Вполне вероятно, что древние медики, определяя функции селезенки, имели в виду при этом и желудок (янский орган), ибо он по теории у-син находится в тесной связи с селезенкой.

Следует отметить, что в последнее время появилось много работ в области физиологии, которые анализируют разнообразные гуморальные влияния селезенки. В этих работах серьезное внимание уделяется, например, функционированию селезенки и печени в процессах регуляции эритропоза, углеводного и белкового обмена. Важная роль селезенки состоит и в том, что в ней образуются глобулины, показано влияние селезенки на активность системы гипоталамус—гипофиз—кора надпочечников (последним можно объяснить понижение общего тонуса) и т. д.

Считалось также, что селезенка «контролирует кровь». Появление в стуле крови и метrorрагии древние врачи относили к заболеванию селезенки и считали, что выздоровление возможно только в случае ее излечения. Хорошо известно, что селезенка является депо крови, которое может содержать до $\frac{1}{7}$ общего объема крови и $\frac{1}{4}$ всей массы эритроцитов. Селезенка избирательно задерживает старые нестойкие и поврежденные эритроциты, что ведет к «омо-

лаживанию» крови. Как известно, селезенка активно участвует в гемопоэзе; она оказывает влияние и на состояние системы свертывания крови.

Древние медики считали, что рост и хорошее состояние мышц, выполнение ими своих функций зависят от их обеспечения питательными веществами, выработка и поступление в кровь которых контролируются селезенкой. Поэтому атрофия мышц, слабость конечностей были причислены к заболеваниям селезенки. Кроме того, считалось, что состояние мышц часто соответствует цвету губ (красный или бледный).

Эти связи, выведенные древними медиками, можно попытаться трактовать следующим образом. В селезенке содержится, как было отмечено, до $\frac{1}{4}$ всей массы эритроцитов. Эритроциты являются поставщиками кислорода, обеспечивающего процесс аэробного расщепления и синтеза энергии в виде молекул АТФ, необходимой для мышечной деятельности. При мышечной работе наблюдается опорожнение селезеночного депо, что достигается сокращением селезенки; степень сокращения пропорциональна нагрузке, при этом объем селезенки может уменьшаться до половины исходного.

Чжан легкие. Согласно древней медицине, чжан легкие контролируют уровень обмена веществ и дыхание. Легкие, по мнению древних ученых, обеспечивают контакт вдыхаемого воздуха с поступающими в организм питательными веществами, необходимыми для нормальной жизнедеятельности организма. Кроме того, они полагали, что легкие обладают регулирующей функцией, т. е. оказывают сердцу дополнительную помощь в кровообращении, помогают регулировать количество жидкости в организме и выделять ее. Можно дать объяснение и этим положениям. Например, колебания давления в грудной полости, возникающие при смене дыхательных фаз, имеют важное значение для системы кровообращения, оказывая существенное влияние на приток крови к сердцу. Кроме того, для организма человека основным биохимическим процессом, освобождающим энергию, является процесс аэробного окисления.

Считалось также, что легкие «контролируют» кожу. Патологические изменения в легких влияют на функции кожи, потовых желез и состояние волос. К такому выводу привело предположение о том, что кожный покров имеет охранительную функцию, обеспечивающую терморегуляцию при различных внешних температурных колебаниях. Эта функция, по мнению древних ученых, тесно связана с легкими. При их недостаточности ухудшается и терморегуляционная функция кожного покрова, что приводит к простудным заболеваниям.

Практика акупунктурной анальгезии указывает на то, что иглоукальвание в точки, связанные с легкими (как на меридиане легких, так и в соответствующих точках на ушной раковине), усиливает анальгезирующий эффект при осуществлении кожных резервов и наложении кожных швов.

Постулировалась и связь легких с носом. Считалось, что нос — это «дверь» легких и весь дыхательный путь находится в ведении легких. Так, при патологии легких зачастую имеет место ухудшение носового дыхания. Современными исследованиями установлено также, что при выключении носового дыхания происходит ослабление легочной вентиляции и изменение газового состава крови. Кроме того, носовое дыхание участвует в центральной регуляции дыхания через афферентацию со слизистой оболочкой носа, возникающую при движении воздуха.

Сейчас известно, что от верхних дыхательных путей зависит функция легких, названная древними медиками «регулирующей функцией на организм». Исследования современной патологической физиологии показали, что патология верхних дыхательных путей ведет к многочисленным нарушениям в организме. Была установлена, к примеру, связь между рецепторами слизистой оболочки носа и половой сферой. Отмечено, что различные патологические процессы в носовой полости могут быть причиной дисменореи. Экстирпация передней носовой раковины у щенят вызвала недоразвитие половых органов. Известна этиологическая связь состояния дыхательных путей и придаточных полостей носа с возникновением бронхиальной астмы, с заболеванием глаз. Показано также, что длительное затруднение и особенно полное выключение носового дыхания приводит к функциональной недостаточности легких, крово- и лимфообращения, печени, почек, эндокринной и нервной системы (Буков В. Л., 1966).

Древние медики связывали чжан легкие с голосом, исходя из того, что заболевание легких очень часто влияет на голос, в частности изменяет тембр его.

Чжан почки. Почкам отводилось особое место среди других чжан, и многие функции чжан почки можно понять в том случае, если допустить, что в это понятие древние медики включали и надпочечники. Вполне вероятно, что они не знали о существовании надпочечников как отдельных органов, но их утонченная наблюдательность помогла заметить, что при заболеваниях почек происходят большие сдвиги в организме, а воздействуя на точки меридиана почек, можно в какой-то мере эти нарушения устранить.

Как выяснено современной медициной, тяжелые поражения почек влекут за собой и нарушение функций надпочечников, что объясняется тесными анатомо-физиологическими взаимосвязями этих органов и расположением их.

Почки «контролируют» кости и продукцию костного мозга. Древние медики полагали, что рост, развитие и восстановление костей зависят от «особой энергии» почек, которая

воздействует на продукцию костного мозга. Таким образом, древняя медицина утверждает существование тесной связи между почками и костями. Точки воздействия, связанные с почками, зачастую используют для акупунктурной анальгезии при операциях на костях.

Древние медики связывали почки с ухом, анусом и половыми органами. Связь почек с ушами, по их мнению, четко проявляется при «пустом» синдроме почек. При шуме в ушах, глухоте в сочетании со слабостью и т. д. выздоровление, как думали древние врачи, наступает только после укрепления почек. Связь с анусом они видели в том, что при заболевании почек нарушается отхождение газов, часто бывают запоры. Древние медики полагали, что почки управляют и половой функцией. По их мнению, заболевание и особенно возрастные изменения почек вызывают снижение половой функции, понижение функции почек часто служит причиной появления анасарки.

Некоторые вышеприведенные связи между почкой и другими органами можно объяснить действием гормонов коркового и мозгового слоев надпочечников, связями коры надпочечников с гипоталамусом, гипофизом, половыми железами, щитовидной железой.

Чжан перикард. Древние медики считали, что основная функция перикарда — это защита сердца и оказание ему дополнительной помощи. Считалось, что физиологические функции и патологические изменения перикарда влияют на сердце. В то же время они в основном не отделяли перикард от сердца и считали его составной частью последнего.

Роль перикарда наглядно доказана современной физиологией. Фиброзная ткань перикарда играет роль ограничителя, препятствуя чрезмерному растяжению сердечного волокна во время возрастания диастолического объема. Кроме того, внутренняя поверхность перикарда богато снабжена чувствительными нервными окончаниями, и при растяжении сердца рефлекторно через эти окончания происходит регуляция его работы.

Фу тонкая кишка. Функциями тонкой кишки, по мнению древних врачей, являются прием уже переваренной в желудке пищи и всасывание питательных веществ и жидкостей, содержащихся в ней. Затем тонкая кишка передает питательные вещества селезенке и переводит отходы в толстый кишечник. Жидкость всасывается в кровь и в дальнейшем выделяется мочевым пузырем.

Тонкая кишка и сердце регулируют функции и активность друг друга. Например, при заболевании сердца поражается и тонкая кишка. По мнению древних медиков, гематурия вызывается «теплом, которое передается тонкой кишке сердцем, а язва желудка и гангренозный стоматит вызываются теплом, которое передается сердцу тонкой кишкой». Восточная медицина характеризует взаимосвязь между сердцем и тонкой кишкой как внутренненаружные взаимоотношения¹.

Этот вывод используется в терапии, которая утверждает, что нужно лечить оба сопряженных меридиана. Например, при операции на тонкой кишке используют точки или сочетание точек, связанных с сердцем.

Фу желчный пузырь. Желчный пузырь находится во внутренненаружной взаимосвязи с печенью. Как утверждают древние медики, резкое «возгорание огня в печени» влечет такое же «возгорание» в желчном пузыре, что вызывает появление горечи во рту, головной боли, мелькания перед глазами и т. д. В свою очередь «резкий перегрев» желчного пузыря влечет за собой появление желтухи и т. д.

Фу желудок. Основная функция желудка — прием и переработка пищевых масс, а также перевод пищи, прошедшей обработку, из желудка в тонкую кишку. Желудок обеспечивает организм ценными питательными веществами, получаемыми из пищи, что необходимо для роста и выполнения всевозможных функций организма. Поэтому функция желудка связана с источником питательных веществ, нужных организму.

Желудок и селезенка образуют внутренненаружную взаимосвязь. Как уже говорилось, древние медики в понятие «селезенка» включали и поджелудочную железу. Поэтому связь между органами «желудок», «селезенка», «поджелудочная железа», несущими ответственность за процесс пищеварения, представляется логичной.

Фу толстая кишка. Основной функцией толстой кишки является выведение отходов наружу. По мнению древних медиков, толстый кишечник и легкие образуют внутренненаружную взаимосвязь. В старину было замечено, что запоры зачастую сопровождаются появлением чувства стеснения в груди и дискомфорта. Древние медики называли такое состояние «теплом, передаваемым толстой кишкой легким». В качестве другой причины взаимосвязи они выдвигали также и то, что легкие и толстая кишка (прямая кишка) непосредственно связаны с наружной средой.

¹ Эти взаимоотношения характерны и для других органов, т. е. определенные чжан находятся во взаимоотношениях инь—ян с определенными фу. Из теории меридианов (см. ниже) известно, что эти органы связаны между собой как внутренними, так и наружными ходами меридианов. Существует положение, что меридианы этих органов связаны между собой «напрямую» «шунтом» в виде поперечного ло-пункта, через который можно переводить «избыток энергии» в сопряженный меридиан, т. е. органы находятся во взаимоотношениях инь—ян и царапульсе (приравнены к одной и той же точке пульса).

Фу мочевого пузыря. Основными функциями мочевого пузыря являются накопление жидкости и выделение мочи. Мочевой пузырь и почки образуют «внутренне-наружную взаимосвязь». Мочевой пузырь является в основном резервуаром для тех отходов, которые вырабатывают почки.

Фу три части туловища — это общее название верхней, средней и нижней частей туловища. Верхняя часть туловища находится выше диафрагмы и включает в себя сердце и легкие, которые заключены в грудной полости. Средняя часть находится ниже диафрагмы и доходит до пупка, включая селезенку, желудок, печень, поджелудочную железу. Нижняя часть находится ниже пупка и включает почки, мочевой пузырь, кишечник. Считается, что три части туловища выполняют функцию координирования и регуляции деятельности внутренних органов. Три части туловища и перикард образуют внутренне-наружную взаимосвязь.

Мы закончили анализ органов чжан и фу, уделив большое внимание выведенным древними медиками связям этих органов. Такое внимание к указанным связям объясняется тем, что они имеют определенное значение для чжень-цзю-терапии, поскольку все эти связи располагают соответствующими точками воздействия на меридианах.

Таким образом, зная данные связи, можно проводить иглотерапию как при патологии основных органов, имеющих «свои» меридианы, так и других органов.

§ 6. Концепция цзин-ло

Концепция о линиях (каналах, меридианах) — цзин—ло является составной частью традиционной восточной медицины. Она тесно связана с теориями инь—ян, у—син и чжан—фу. По данным традиционной восточной медицины, меридианы — это «каналы, или пути», в которых циркулирует энергия». Восточная медицина выделяет 12 основных парных (первичных, регулярных) меридианов, 2 непарных (несочетающихся)¹, 15 вторичных (коллатеральных линий, ло-пунктов) и 8 экстраординарных (необычных, «чудесных») меридианов.

При изучении концепции меридианов в историческом плане можно предположить, что вначале были найдены эмпирическим путем точки, а уже потом было замечено, что данные точки можно разделить на две большие группы — локальные и отдаленные точки.

Точки первой группы, по-видимому, целесообразнее называть проксимальными: они расположены на голове, лице и туловище; точки второй группы — дистальными: они расположены на ногах ниже коленного сустава и на руках ниже локтевого сустава. По-видимому, именно эта группа точек и дала в последующем толчок к развитию понятия о меридианах, поскольку древние медики функциональное расстройство отдаленных органов лечили с помощью стимуляции соответствующих точек и эмпирически пришли к заключению, что эти точки акупунктуры можно соединить в одну линию (канал, меридиан).

Концепция инь—ян для древних медиков служила как бы терапевтической системой, а стихийно материалистические представления о природе (теория пяти элементов) включали в себя полностью понятие человеческого организма как ее составной части. Это обстоятельство оказало заметное влияние на конкретизацию системы и на формирование концепции меридианов.

По данным древневосточной медицины, 12 основных (парных) меридианов состоят из двух неравнозначных частей — наружного и внутрен-

¹ Эти меридианы при подключении командной и связывающей точек становятся «чудесными» меридианами ЧМ1 и ЧМV (см. главу V).

него ходов, которые непосредственно связаны между собой и составляют одно целое. Эти меридианы имеют собственные акупунктурные точки в количестве от 9 до 67. Каждый меридиан располагает стандартными пунктами (точками), которые оказывают специфическое воздействие на свой или соседний меридиан.

1. Тонизирующая (возбуждающая) точка. Она всегда располагается на основном (своем) меридиане и стимулирует его. Рекомендуется воздействовать на эту точку методом тонизации¹.

2. Седативная (успокаивающая) точка. Она также располагается на основном меридиане и оказывает угнетающее действие на весь меридиан. Рекомендуется воздействовать на нее методом дисперсии².

3. Точка-пособник (источник). Эта точка находится на основном меридиане и может заменять тонизирующую или седативную точку в зависимости от метода раздражающего воздействия.

4. Стабилизирующая точка (ло-пункт). Эта точка также располагается на основном меридиане и обеспечивает равновесие в спаренных меридианах по дополнительным связям.

5. Сочувственная точка (точка согласия). Эти точки в количестве 12 располагаются вне своего меридиана на первой ветви наружного хода меридиана мочевого пузыря. В зависимости от метода раздражающего воздействия на сочувственную точку усиливается или ослабляется действие тонизирующей или седативной точки.

6. Точка-глашатай, или точка тревоги (мо-пункт). Часть точек располагается на своем меридиане, а часть — вне своего меридиана. Возникающая в какой-либо (или в нескольких) из этих точек боль является как бы сигналом «тревоги» пораженного органа.

Кроме указанных точек, древняя медицина выделяет еще два вида точек. Это точки, которыми начинается и кончается каждый меридиан.

По воззрениям представителей древневосточной медицины, ткани и органы тесно связаны друг с другом, что нашло отражение в показаниях к использованию точек акупунктуры. Точки основных меридианов могут характеризоваться, с одной стороны, симптомами, относящимися к поражениям тех тканей и областей, по которым проходит данный меридиан, а с другой — симптомами, относящимися к поражению того органа, к которому относится данный меридиан.

К понятию «меридиан» нельзя подходить упрощенно, полагая, что это — простое соединение определенных точек. Такой подход не дает возможности объяснить, почему точки, расположенные на конечностях ниже коленного и локтевого суставов, действуют на органы не менее эффективно, чем локальные (проксимальные) точки вблизи органа. Следовательно, система определения меридиана и выявления точек весьма сложна.

Древневосточная медицина выделяет еще 15 коллатеральных линий, или вторичных меридианов. Далее, при описании каждого меридиана, мы укажем эти вторичные меридианы как ло-пункты. Древневосточная литература, сравнивая основные меридианы со столбовыми дорогами, утверждает, что коллатеральные линии (ло-пункты) являются ответвлениями от них и осуществляют взаимосвязь основных меридианов в виде усложненно-связанной сети. Вторичные меридианы соединяют между собой в пары янские и иньские меридианы.

¹ Слабое раздражающее воздействие, метод бу («прибавление»), или воздействие золотой иглой.

² Сильное раздражающее воздействие, метод се («отнятие»), или воздействие серебряной иглой.

Кроме основных меридианов и коллатеральных линий (ло-пунктов), традиционная восточная медицина выделяет 8 несочетающихся меридианов, они же «чудесные сосуды», или «чудесные» меридианы. Вопрос о «чудесных» меридианах не освещен в отечественной литературе.

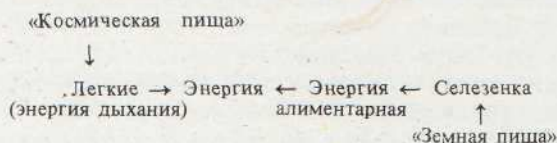
Данные меридианы названы несочетающимися потому, что в отличие от 12 основных меридианов они не имеют парного сочетания инь—ян и ведущих органов чжан—фу. Таким образом, их не относят к какому-либо органу, и они не имеют тонизирующей и седативной точек, которыми определяется отношение к инь или ян. Вместо этого несочетающиеся меридианы имеют точки командную (точка-ключ) и связывающую. Название «чудесные сосуды», или «чудесные» меридианы, они получили, по-видимому, потому, что использование их на практике, особенно при хронических заболеваниях, дает подчас удивительные по эффекту («чудесные») результаты.

§ 7. Учение об энергии («чи»)

Как уже отмечалось, традиционная восточная медицина придает небольшое значение анатомии и физиологии в европейском понимании, а сосредоточивает все свое внимание на функциях органов. При этом древние медики считали, что для нормального функционирования органов необходимо наличие специфической энергии. Они полагали, что в организме имеется энергия двух видов — внутренняя и особая, причем каждый вид энергии циркулирует по собственным путям (линиям, каналам, меридианам).

Внутренняя энергия, согласно древним канонам, образуется из взаимодействия двух компонентов: «космической» и «земной» пищи. Смысл этих понятий древневосточные ученые выводили, по-видимому, из теории у—син, которая утверждает, что к элементу «земля» относится селезенка, а к элементу «металл» — легкие. Селезенка, по воззрениям древних медиков, управляет процессами переработки пищи, которая является субстратом, добытым из земли. И эта пища после переработки внутри организма превращается в энергию земного происхождения. Легкие же поглощают воздух, т. е. субстанцию, также необходимую для жизни организма, но эта субстанция другой природы, она связана со средой, окружающей землю, т. е. с космосом. Следовательно, это «космическая» пища. Если организм лишается одного из видов пищи, «космической» или «земной», то он, не получая энергии, погибает. Взаимодействие двух компонентов дает внутреннюю энергию.

Изобразим получение внутренней энергии графически:

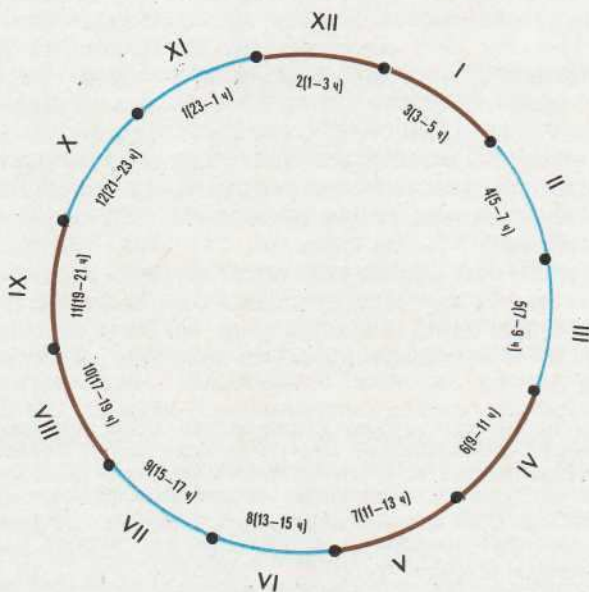


Итак, можно сделать вывод, что древневосточные медики не рассматривали внутреннюю энергию организма как некую метафизическую сущность, а подразумевали под этим понятием «силу», которая возникает вследствие взаимодействия двух компонентов: энергии, получаемой из вдыхаемого воздуха, и энергии, получаемой путем переработки продуктов питания. Как можно видеть, эта схема не так уж далека от нашего современ-

ного понимания процесса обмена веществ между организмом и средой, а также его роли для жизнедеятельности всех биологических объектов.

Внутренняя энергия в состоянии устойчивого равновесия «циркулирует» по собственным путям (специфическим каналам) на поверхности и в глубине. Эти пути из-за отсутствия четкой анатомической основы называются линиями, каналами, меридианами и характеризуются определенной внешней и внутренней траекторией. Отсутствие анатомического обоснования свидетельствует о том, что эти меридианы созданы умозрительно. И действительно, даже в настоящее время представители европейской и восточной медицины не могут доказать существования меридианов. Но представители древневосточной медицины твердо верили в их существование и аргументировали это самым фактом тех реакций, которые получали при чжень-цзю-терапии.

По воззрениям древних медиков, в организме по специфическим путям циркулирует не только энергия, но и «кровь» (кровь, лимфа, тканевая жидкость). Некоторые зарубежные авторы представляют кругооборот



Большой круг циркуляции энергии. Римскими цифрами обозначены меридианы.

Рис. 6.

внутренней энергии с меридиана сердца; в данном случае они, по-видимому, за основу кругооборота берут циркуляцию крови. Однако древние медики отводили энергии ведущее место, а «крови» — второстепенное, считая, что в основе жизнедеятельности организма лежит циркуляция энергии по специфическим каналам (меридианам). Внутренняя энергия, циркулирующая в 12 основных меридианах, вступает, с одной стороны, в контакт с органами, а с другой — посредством точек воздействия — с внешней средой. Эта энергия циркулирует по спаренным меридианам и охватывает органы в строго обусловленной последовательности (рис. 6).

Древневосточная медицина утверждала, что кругооборот энергии начинается с меридиана легких, ибо через органы дыхания человек находится

в постоянном контакте с окружающим воздухом, который является важнейшим источником энергии. Графически это показано на рис. 6. Кругооборот внутренней энергии в организме был назван большим кругом циркуляции энергии. Считалось, что он обеспечивает гармоническое функционирование различных систем организма.

Внутренняя энергия последовательно проходит все 12 основных меридианов (два иньских, потом два янских и т. д.) за 24 ч, т. е. в течение суток. В то же время древняя медицина утверждает, что каждый из этих 12 меридианов имеет свой как максимальный, так и минимальный базовый потенциал. Первый достигается в момент прохождения энергии, а второй — через 12 ч, т. е. тогда, когда энергия проходит по диаметрально противоположному меридиану. Так, начиная циркулировать с меридиана легких, на котором ее максимальная интенсивность отмечается в 3—5 ч утра, энергия переходит на меридиан толстой кишки — 5—7 ч, желудка — 7—9 ч, селезенки — поджелудочной железы, — 9—11 ч, сердца — 11—13 ч, тонкой кишки — 13—15 ч, мочевого пузыря — 15—17 ч, почки — 17—19 ч, перикарда — 19—21 ч, трех частей туловища — 21—23 ч, желчного пузыря — 23—1 ч, печени — 1—3 ч и, проделав полный цикл за 24 ч, вновь возвращается к меридиану легких в 3 ч утра. Как видим, минимальный базовый потенциал для меридиана легких приходится на 15—17 ч, что соответствует максимальной интенсивности энергии для меридиана мочевого пузыря, с которым меридиан легких находится в диаметрально противоположных взаимоотношениях (см. рис. 6).

Следует подчеркнуть, что каждый орган, каждая функция обнаруживает максимум циркуляции энергии в точно установленный срок. Выведение этой цикличности объясняется тем, что все органы, как заметили древние медики, ведут себя по-разному в течение суток.

Итак, древневосточная медицина утверждает, что внутренняя энергия в соответствии с большим кругом циркуляции совершает кругооборот по 12 основным меридианам, начиная с меридиана легких и кончая меридианом печени, в течение 24 ч. За период цикла она проходит поочередно иньские и янские меридианы.

Второй вид энергии возникает непосредственно из чжан почка (древние медики, как уже отмечалось, не отделяли надпочечники от почек) и является частью почечной (надпочечной) энергии. Эта энергия циркулирует по путям, которые в восточной медицине носят название «чудесных» меридианов. От чжан почка особая энергия переходит на гениталии, а затем делится и входит сразу в три «чудесных» меридиана: чжун-май, ду-май, жэнь-май. Таким образом, эти три «чудесных» меридиана получают особую энергию непосредственно, а остальные пять «чудесных» меридианов получают ее опосредованно от меридиана почек или меридиана мочевого пузыря. Так, меридианы ян-цзяо-май, ян-вэй-май, начинающихся от наружного хода меридиана мочевого пузыря, и меридиан дай-май, начинающийся от наружного хода желчного пузыря, получают особую энергию от меридиана мочевого пузыря за счет внутренних связей. Два других меридиана — инь-цзяо-май и инь-вэй-май, начинающиеся от наружного хода меридиана почек, получают энергию от меридиана почек.

В настоящее время изучение обмена веществ стоит в центре внимания биологии. Как известно, основной постулат жизни заключен в словах Ф. Энгельса: «Жизнь есть способ существования белковых тел...»¹. Данный способ существования предполагает постоянный обмен веществ с окружающей средой, ибо этот обмен обеспечивает все стороны жизнедеятельности животных и растительных организмов (в том числе и человека), определяет их основные свойства. Сущность обмена веществ заключается в том, что

¹ Энгельс Ф. Диалектика природы. М., Политиздат, 1969, с. 264.

воспринимаемые из внешней среды пищевые вещества, подвергаясь сложным процессам, обеспечивают, с одной стороны, энергию для выполнения различных функций организма (энергетическая сторона обмена), с другой — дают материал для построения его частей (пластический обмен). Известно, что сложные органические соединения в процессе обмена веществ расщепляются на соединения более простого строения. При этом освобождается энергия, которая и является источником жизнедеятельности организма.

Древние медики несколько условно выделили и обособили энергетическую сторону обмена, поскольку они, как уже говорилось, основное внимание уделяли функциональным аспектам организма.

Ранее мы уже говорили о значении ритмических процессов для биологических систем. Исходя из этих позиций, большой круг циркуляции энергии не нужно понимать в буквальном смысле, а лишь как отражение того, что древние медики предполагали определенные взаимоотношения между процессами, протекающими в организме, и суточным ритмом. В настоящее время считается, что суточный ритм не только эволюционно обусловил суточную периодичку биологических явлений, но и «сформировал механизмы адаптивной подстройки регуляторных систем организма к синхронизирующему 24-часовому циклу» (Баевский Р. М., 1977).

Еще в 1928 г. А. А. Богомолец в своей работе «Учение о конституции и диатезах» писал, что каждый врач должен подходить к анализу патологических процессов в организме с учетом физико-химических процессов, протекающих в нем. Он считал, что если провести на материалистической основе углубленный кондициональный анализ биологических явлений как физико-химических процессов, то в конечном итоге мы «получаем ритмическое движение». А. А. Богомолец отмечал, что для конституции организма характерной чертой является ритм протекающих в нем жизненных процессов, которые не отличаются от других ритмических движений в природе. Причем, основой (субстратом) ритма является «многофазная физико-химическая структура протоплазмы». А. А. Богомолец (1928) придавал большое значение всепроникающему ритмическому движению в биологии. «Ритмически совершает вселенная свой бег по пути бесконечности, закону ритмического движения следуют космические процессы. Как день сменяет ночь, так бдение приходит на смену сна, и смерть, разрушив жизнь, спешит создать ее новые формы. Ритмически проникают в организм жизненные процессы, и нет ни одного среди них, который, не став патологическим, мог бы нарушить закон своего ритма, ритмично бьется сердце и дышат легкие, ритмически идут процессы питания организма и сама нервная система следует своему закону ритма, создавая ритм психической жизни».

Таким образом, особенностью процессов, протекающих в живом организме, является их ритмический характер. Очень активно развивающаяся научная дисциплина — биоритмология — получает все новые и новые данные о роли биологических ритмов в физиологии и патологии, связи их с ритмами земными и космическими.

Длительность (цикл) биоритмов колеблется от нескольких секунд до нескольких часов, суток, месяцев и даже лет. Биоэлектрической активности отдельных органов также присуща характерная для них ритмичность.

Опыты Н. А. Аладжаловой (1962), касающиеся биоритмов мозга, показали, что в коре головного мозга имеются механизмы регулирования сверхмедленных биологических ритмов. Эти системы регулирования как бы настроены на низкочастотное колебание магнитного поля Земли.

Электрическая активность сердца характеризуется частотой около 1 Гц, а частоты колебаний объемного электрического заряда тела составляют 6—8 Гц. Резонансно-изоморфный принцип, предложенный болгарскими учеными, показал, что биоритмы частотой 6—8 Гц отражают взаимосвязь с колебаниями естественного электромагнитного поля Земли. Для различных функциональных состояний мозга характерны разные частоты его биопотенциалов — от 1—2 Гц в состоянии глубокого сна до 8—12 Гц и более при бодрствовании.

Вопрос установления связей между ритмическими процессами живых организмов — биоритмами и колебаниями физических полей космической природы в настоящее время приобретает определенный практический интерес как в плане диагностики, так и в направлении поисков эффективных способов биостимуляции, основанных на искусственном управлении биоритмами.

Сейчас хорошо известно, что биологические процессы на земле находятся под воздействием солнечной активности, имеющей определенную цикличность.

Основоположник гелиобиологии А. Л. Чижевский (1936) высказал предположение, что солнечная активность способна порождать особый вид биологических активных излучений, вызывающих немедленную реакцию мозговой и сердечной деятельности. Он назвал их Z-излучениями. Сейчас доказано, что Z-излучение — это сложное физическое поле, складывающееся из взаимодействия известных физических полей корпускулярной и волновой природы. Обнаружена временная связь между вспышками отдельных заболеваний и магнитными явлениями, развивающимися в околоземном пространстве. Более 40 лет назад А. Л. Чижевский предсказал вспышки эпидемий гриппа, изучив динамику эпидемий гриппа в предшествующие годы, и показал, что они связаны с изменением солнечной деятельности.

Действительность подтвердила выводы ученого. В 1957—1959 гг., в 1965 г. наблюдались эпидемии гриппа, совпавшие по своим срокам с прогнозами ученого.

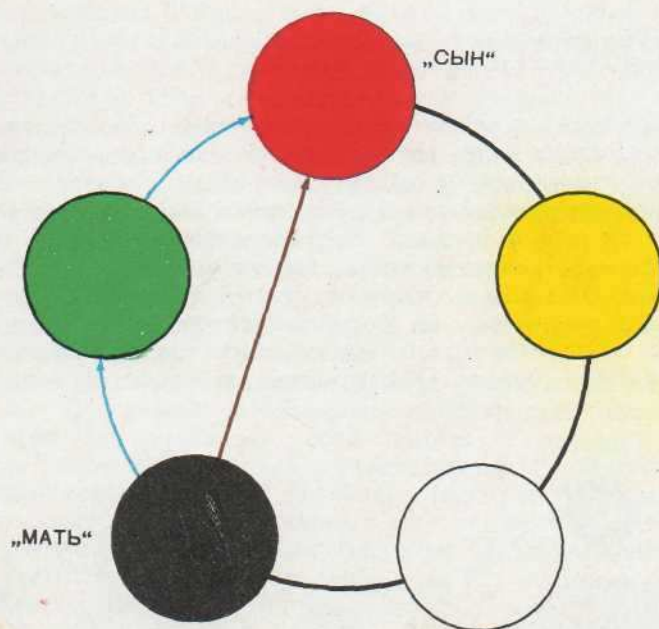
Дж. Пиккарди (1951), изучавший воздействие нестационарного геомагнитного поля на биохимические процессы, провел серию исследований с коллоидными растворами. Он пришел к выводу, что одна и та же химическая реакция, поставленная в стандартных условиях, но в разные календарные сроки, протекает неодинаково. В частности, изменяется скорость реакции, которая зависит от колебаний земного магнитного поля и солнечной активности. Точно так же физико-химические процессы в организме человека подчиняются закономерностям солнечной активности.

Сейчас ученых интересует вопрос о соотношении между энергетическими и информационными характеристиками физических воздействий на организм человека. Высокочувствительные измерительные приборы показали, что на организм человека оказывают влияние небольшие изменения следующих физических факторов: температуры, влажности, атмосферного давления, состояния электрического и магнитного полей. Исследования этих факторов в опытах с физическим моделированием показали, что перепады влажности равносильны эффекту, вызываемому радиационным воздействием, и ведут к тяжелым заболеваниям организма. Резкие колебания атмосферного давления нарушают стабильность кровяных функций, вызывают гипертонию и другие сердечно-сосудистые заболевания. Изменение напряженности магнитного поля влияет на биоэлектрическую активность мозга, приводит к ряду психических нарушений.

§ 8. Правила чжень-цзю-терапии, связанные с древними восточными теориями

Правило «мать — сын»

Закон пяти элементов утверждает следующий основной принцип: «для восстановления утраченного равновесия необходимо либо стимулировать слабого, либо угнетать сильного». Этот принцип лег в основу правила (соотношения) «мать—сын». Данное правило устанавливается по цепи созидания (созидающие связи) цикла у—син и предусматривает усиление (рождение) последующего элемента предыдущим. Поэтому предыдущий элемент и назван образно «мать», а последующий — «сын». В цикле у—син из трех элементов, связанных между собой двумя созидающими и одной деструктивной связями по отношению к среднему элементу, предыдущий элемент по



Отношение (правило) «мать—сын» по теории у—син. Объяснение в тексте.

Рис. 7.

цепи созидания «мать», а последующий — «сын» (рис. 7). Согласно правилу «мать—сын», при недостаточности (инь) нужно стимулировать первую часть соотношения — «мать», а при избыточности (ян) нужно угнетать вторую часть соотношения — «сын». Итак, данное правило применяется в отношении среднего элемента, причем в случае недостаточности необходимо воздействовать методом тонизации на элемент, предыдущий по цепи созидания («мать»), а в случае избыточности воздействовать методом дисперсии на последующий элемент цепи созидания («сын»). Таким образом, это правило исключает непосредственное воздействие на средний элемент.

По данным традиционной медицины на каждом меридиане имеются точки у-шу, т. е. точки, соответствующие пяти элементам; впоследствии мы

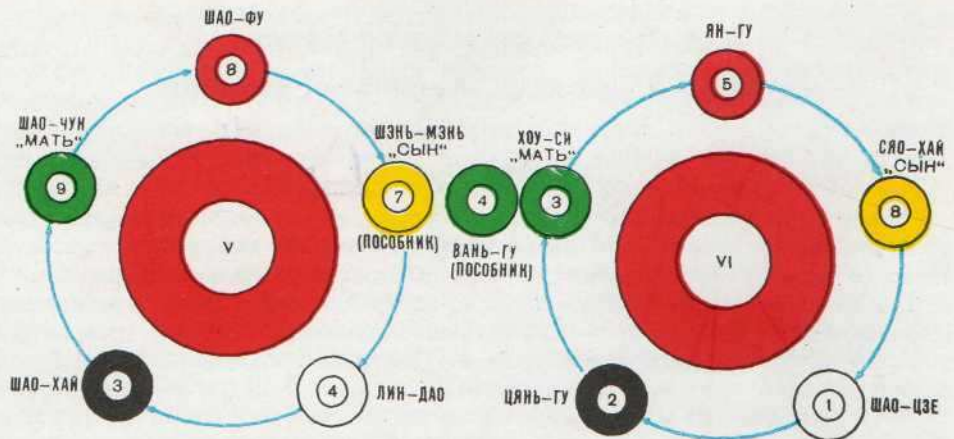


Рис. 8. Выведение тонизирующей и седативной точек меридианов V — сердца (а) и VI — тонкой кишки (б) по правилу «мать — сын». Объяснение в тексте.

будем их называть точками пяти элементов. Используя правило «мать—сын», из числа точек пяти элементов каждого меридиана можно вывести его тонизирующую и седативную точки. Для этого необходимо определить точку, которая называется «элемент в элементе», и применять по отношению к ней данное правило. Например, для меридиана V (сердца), относящегося по таблице соответствий к элементу «огонь», точкой «элемент в элементе» будет 8V шао-фу, так как она соответствует тому же элементу «огонь», что и меридиан, на котором располагается (рис. 8,а). По отношению к этой точке воздействия точка 9V шао-чун будет «мать», а точка 7V шэнь-мэнь — «сын». Общеизвестно, что точка 9V шао-чун явля-

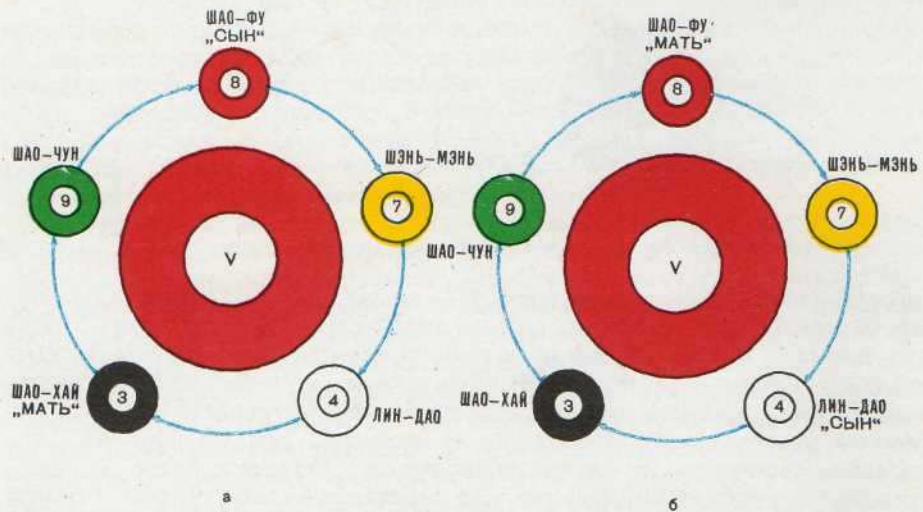


Рис. 9. Замена тонизирующей (а) и седативной (б) точек меридиана V (сердца) точками пяти элементов по правилу «мать — сын». Объяснение в тексте.

ется тонизирующей точкой, а 7V шэнь-мэнь — седативной точкой меридиана V (сердца). Для меридиана VI (тонкой кишки) точкой «элемент в элементе» является 5VI ян-гу, тогда тонизирующей точкой будет 3VI хоу-си — «мать», а седативной — 8VI сяо-хай — «сын» (рис. 8,б).

Таким образом, применяя правило «мать—сын» по отношению к точке «элемент в элементе» каждого меридиана, можно вывести тонизирующую и седативную точки этих меридианов. В практической акупунктуре известно, что тонизирующая точка «отвечает» за стимулирующее действие меридиана, а седативная — за угнетающее. Этот вывод перекликается с правилом «мать—сын». Так, в соответствии с указанным правилом седативная точка есть «сын» (что связано с дисперсией), а тонизирующая — «мать» (что связано с тонизацией). Далее, используя правило «мать—сын», можно не только вывести тонизирующую и седативную точки, но и заменить их при необходимости другими точками пяти элементов данного меридиана. Например, необходима тонизация меридиана V (сердца), но при пальпаторном обследовании выявлено, что тонизирующая точка (9V шао-чун) данного меридиана резко болезненна и поэтому нежелательно непосредственное воздействие на нее. Тогда по отношению к тонизирующей точке мы применяем правило «мать—сын» и в данном случае воздействуем на точку 3V шао-хай («мать») методом тонизации, так как необходима тонизация меридиана (рис. 9,а). Если же возникает необходимость угнетать меридиан V (сердца), а непосредственное воздействие на седативную точку (7V шэнь-мэнь) нежелательно, то в отношении ее также используется правило «мать—сын» (рис. 9,б). В данном случае мы воздействуем на точку 4V лин-дао («сын») методом дисперсии и добиваемся опосредованного седативного эффекта на меридиан V (сердца).

Таким образом, в практической работе правило «мать—сын» применяется по отношению к следующим точкам пяти элементов: «элемент в элементе», тонизирующей и седативной, а две другие точки пяти элементов используются по правилу «мать—сын».

Как уже говорилось, на основании учения о меридианах и энергии считается, что по 12 основным меридианам «циркулирует энергия», причем энергия каждого меридиана имеет свой «прилив» и «отлив» в определенное время суток. Так, время «прилива» соответствует часам нахождения энергии в данном меридиане. Время же «отлива» относят к тому моменту, когда энергия переходит из этого меридиана в следующий за ним соответственно большому кругу циркуляции энергии. Например, время «прилива» меридиана легких соответствует 3—5 ч, а «отлива» 5—7 ч, т. е. тому времени, когда будет «прилив» в меридиане толстой кишки и т. д.

Древневосточная медицина для осуществления «регуляции энергии меридиана» применяет метод, образно названный методом «встречи» и «преследования». Для того чтобы применять этот метод, необходимо знать «направление циркуляции энергии» меридианов (центробежное или центростремительное), а также время «прилива» и «отлива» этой энергии.

Метод «встречи» применяется при избыточности меридиана. Сущность данного метода в том, что необходимо воздействовать на седативную точку («сын») в период «прилива» энергии меридиана. Как полагали древние медики, это означало «идти навстречу испорченной энергии и изгнать ее», поэтому, чтобы правильно произвести воздействие на седативную точку («сын»), нужно учитывать «ход циркуляции энергии» по меридиану. Причем, если меридиан центробежный, то ручка иглы должна быть направлена к туловищу. Если же меридиан центростремительный, то ручку иглы необходимо направить к кончикам пальцев, т. е. воздействие на точку акупунктуры желательно производить против хода меридиана. Если воздействовать на меридиан при его недостаточности, то все указанные действия надо проводить по ходу меридиана. Так производится воздействие на тонизирующую точку меридиана («мать»), причем ручка иглы, если меридиан центростремительный, должна быть направлена к туловищу, а если меридиан центробежный, то к пальцам. Следовательно, иглоукалывание в любом случае будет производиться по ходу меридиана. Кроме того,

воздействие должно соответствовать по времени периоду «отлива» энергии меридиана, т. е. через 2 ч после «максимума циркуляции энергии» в меридиане.

Направление иглы по ходу или против хода меридиана желательно учитывать и в настоящее время. Определенное направление иглы раздражает соответствующие зоны покровных тканей и залегающие в них рецепторные приборы, вызывая при этом, по-видимому, различный качественно-количественный поток афферентной импульсации.

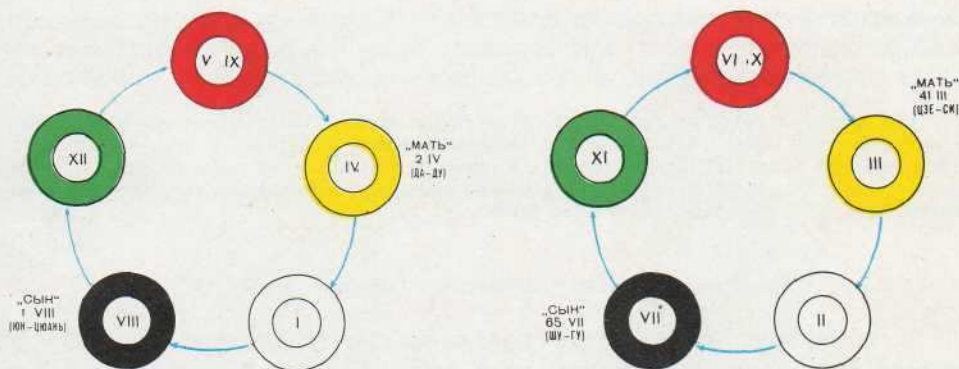
Теперь проанализируем применение правила «мать — сын» по отношению к меридианам. Проводя лечение, следует помнить, что меридиан — это не просто линия с набором точек, а цельное образование, в котором имеются седативная и тонизирующая точки, отвечающие за состояние меридиана, поэтому, применяя правило «мать—сын» по отношению к меридианам, необходимо использовать только седативную и тонизирующую точки, а отнюдь не все точки пяти элементов данного меридиана. Считается, что на состояние «пораженного» меридиана можно воздействовать не только через собственные тонизирующую и седативную точки, а также опосредованно через тонизирующую или седативную точки других меридианов.

Иначе говоря, точки, «непосредственно отвечающие за состояние меридиана», т. е. тонизирующая и седативная, выведенные из числа точек пяти элементов на основании правила «мать—сын», могут взаимозаменяться с подобными точками других меридианов. В этом случае существует два варианта, когда замена идет по циклу у—син с применением правила «мать—сын» и когда это правило применяется в отношении большого круга циркуляции энергии.

Первый вариант. В начале следует на основании данных древневосточной диагностики определить «пораженный» меридиан и классифицировать это поражение с позиций инь—ян, т. е. определить, что преобладает — синдром избыточности или недостаточности. Далее, если «пораженный» меридиан будет иньским, то вместо элементов цикла у—син (которым соответствуют иньские меридианы) подставляют иньские меридианы, а если «пораженный» меридиан будет янский, то вместо элементов цикла у—син подставляют янские меридианы. Затем применяется в отношении «пораженного» меридиана правило «мать—сын», причем в случае недостаточности меридиана воздействуют методом тонизации на тонизирующую точку предшествующего ему по цепи созидания меридиана («мать»), а при избыточности воздействуют методом дисперсии на седативную точку следующего за ним по цепи созидания меридиана («сын»).

Разберем пример: бронхиальная астма с синдромом избыточности. При этом определяется поражение меридиана I (легких), который относится к иньским меридианам. Подставим вместо элементов цикла у—син соответствующие им иньские меридианы XII, V, IX, I, VIII (рис. 10) и применим в отношении меридиана I (легких) правило «мать—сын». В данном случае, учитывая синдром избыточности, необходимо оказывать воздействие методом дисперсии на седативную точку меридиана VIII (почек) I VIII юн-цзюань («сын»). В случае же синдрома недостаточности следует оказывать воздействие методом тонизации на тонизирующую точку меридиана IV (селезенки—поджелудочной железы). 2IV да-ду («мать»).

Разберем следующий пример: спастический колит с синдромом избыточности. При этом определяется поражение меридиана II (толстой кишки), который относится к янским меридианам. Подставим вместо элементов цикла у—син соответствующие им янские меридианы XI, VI, X, II, VII (рис. 11) и применим в отношении меридиана II (толстой кишки) правило «мать—сын». В данном случае, учитывая синдром избыточности, необходимо оказывать воздействие методом дисперсии на седативную точку меридиана VII (мочевого пузыря) 65 VII шу-гу («сын»). В случае же синдрома недостаточности следует оказывать воздействие методом тонизации на тонизирующую точку меридиана III (желудка) 41 III цзе-си).



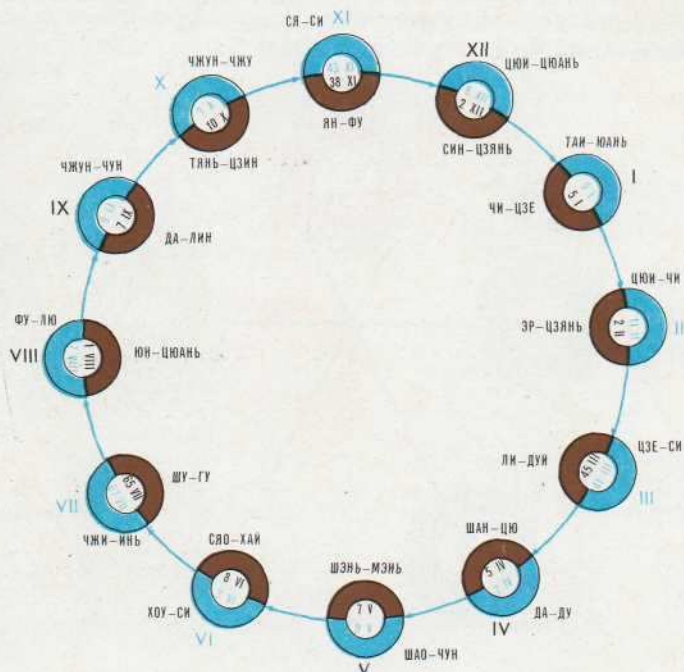
Использование иньских меридианов цикла у-син по правилу «мать—сын». Обьяснение в тексте.

Рис. 10.

Использование янских меридианов цикла у-син по правилу «мать—сын». Обьяснение в тексте.

Рис. 11.

Второй вариант. Правило «мать—сын» применяется в отношении большого круга циркуляции энергии. В данном варианте при синдроме избыточности можно использовать одновременно тонизирующую и седативную точки других меридианов, в то время как при первом варианте при синдроме избыточности применяют только седативную точку другого меридиана. Так, при выявлении синдрома избыточности «пораженного»



Применение правила «мать—сын» по отношению к большому кругу циркуляции энергии.

Рис. 12.

меридиана следует оказывать воздействие на седативную точку предыдущего и на тонизирующую точку последующего меридианов, согласно большому кругу циркуляции энергии, а при синдроме недостаточности — наоборот.

Так, при избыточности меридиана I (легких) необходимо угнетать меридиан XII (печени) в его седативной точке 2XII син-цзянь и далее возбуждать меридиан II (толстой кишки) в тонизирующей точке 1II шой-чи (рис. 12). В случае недостаточности надо воздействовать на тонизирующую точку меридиана XII (печени) 8XII шой-цзюань и далее оказывать воздействие на седативную точку меридиана II (толстой кишки) 2II эр-цзянь.

Правило «мужчина — женщина» («муж — жена»)

В основе этого правила лежит положение древних медиков, согласно которому левая сторона относится к ян, а правая — к инь. Мы уже говорили о том, что на запястье справа и слева определяются по три точки пульса (цунь, гуань, чи) и что каждой точке пульса соответствует определенный чжан и фу со своим меридианом (см. табл. 5).

По правилу «мужчина—женщина» органы (меридианы), которые проецируются на точки пульса слева, влияют угнетающим образом на органы (меридианы), которые проецируются на точки пульса справа. Древние медики образно отнесли все органы, принадлежащие точкам пульса левой руки, к мужским («муж»), так как левая сторона — это ян, а органы, принадлежащие к точкам пульса правой руки, — к женским («жена»), так как правая сторона — это инь.

Итак, если заболевание касается органа, который проецируется на точку пульса левого запястья, то возникает угроза для органа, который проецируется на точку пульса правого запястья в гомологичной области. Поэтому заболевания тонкой кишки «угрожают» толстой кишке, сердца — легким, желчного пузыря — желудку, мочевого пузыря — трем частям туловища, почки — перикарду и т. д.

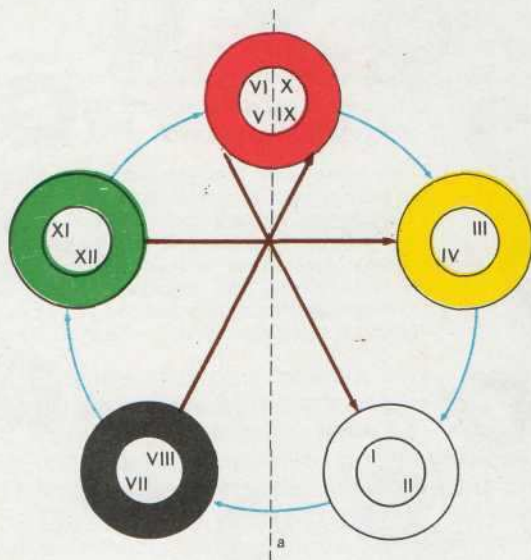
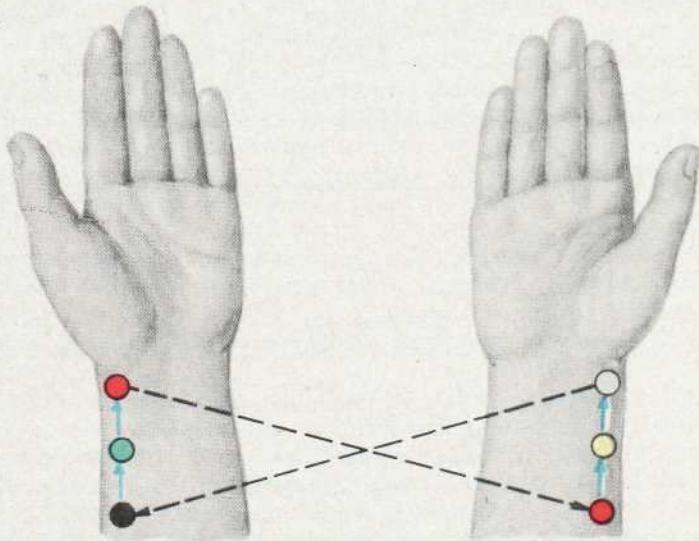


Рис. 13.

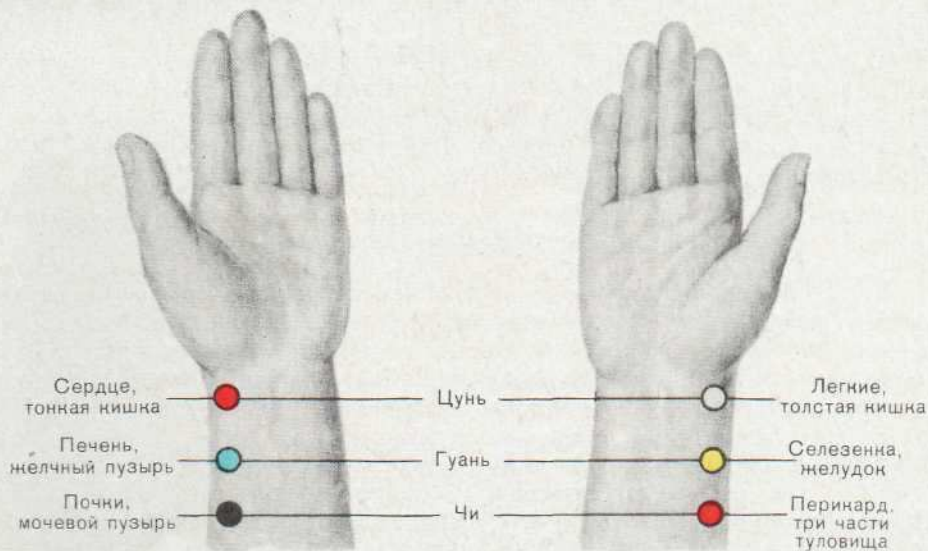
Цикл у—син, условно разделенный на две половины (левая—ян, правая—инь).



Графическое изображение полуциклов у — син на запястьях.

Рис. 14.

Изучение теории у—син, ее взаимоотношение с философским учением инь—ян убеждают нас в том, что правило «мужчина—женщина» вытекает из цикла у—син и подчиняется его взаимосвязям. На рис. 13 изображен цикл у—син, где видны созидающие и деструктивные связи, проведена прямая (а), которая условно делит цикл у—син на две половины — левую — ян и правую — инь.



Проекционное изображение чжан и фу на соответствующие точки пульса, выведенные из теории у—син.

Рис. 15.

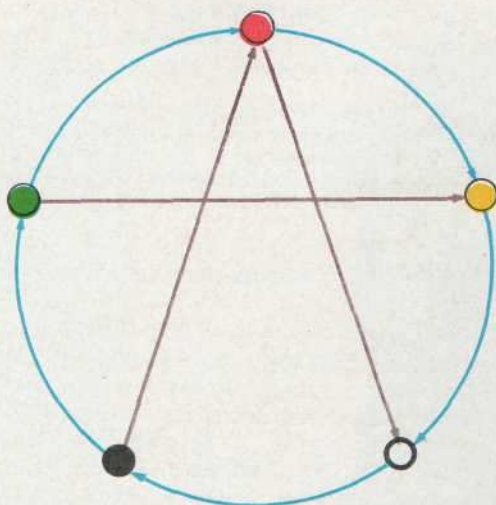


Рис. 16. Деструктивные связи цикла у—син применительно к взаимоотношению органов, относящихся к точкам пульса левого запястья к правому.

Теперь сделаем то, что, по нашему мнению, сделали древние медики, а именно: перенесем на левое запястье левую половину цикла, а на правое — правую половину цикла (рис. 14). Рассмотрим рисунок. Непрерывными линиями отмечены связи, оставшиеся «целыми» в левом и правом полуциклах у—син, а штриховыми — разорванные связи. Ход стрелок соответствует циклу у—син. Затем подставим «органы» вместо элементов и тогда будет видно, что чжан сердце, которое относится к элементу «огонь», проецируется на точку пульса цунь левой руки, а чжан легкие, которое относится к элементу «металл», проецируется на точку цунь правой руки и т. д. (рис. 15).

Из цикла у—син следует, что элемент «огонь» связан деструктивной связью и оказывает угнетающее действие на элемент «металл». Поэтому и чжан сердце оказывает угнетающее действие на чжан легкие. То же можно сказать и в отношении других органов. Деструктивные связи, отображающие это положение, показаны на рис. 16.

Правило «полдень — полночь»

В соответствии с суточным кругооборотом энергии янские и иньские органы находятся в контрастно-сопряженных взаимоотношениях. Так, пункты апогея деятельности и чувствительности у данных органов диаметрально противоположны во времени. Тонизирование иньского органа, особенно в иньский период («полдень — полночь»), действует успокаивающе на соответственно противоположный ему янский орган. И, наоборот, угнетающее действие на иньский орган в иньский период действует возбуждающе на соответствующий противоположный ему янский орган. То же самое можно сказать и в отношении янских органов. Например, время максимальной активности меридиана сердца с 11 до 13 ч дня. Этот иньский меридиан связан контрастно-сопряженной связью с янским меридианом желчного пузыря, максимальная активность которого проявляется с 23 до 1 ч

ночи. Поэтому тонизирование меридиана сердца, особенно в период с 11 до 13 ч, будет действовать успокаивающе на меридиан желчного пузыря и наоборот. Анализ правила «полдень — полночь» дает возможность предположить, что связи, которые выведены между контрастно-сопряженными меридианами, тождественны деструктивным связям цикла у—син. Только в данном случае своеобразие этих связей определенным образом покоится на том, что большой круг циркуляции энергии, по отношению к которому предусмотрено данное правило, представляет собой количественно-качественный синтез цикла у—син для янских и иньских органов.

В контрастно-сопряженных связях находятся все органы (меридианы). Так, меридиан селезенки—поджелудочной железы связан с меридианом трех частей туловища, меридиан легких связан с меридианом мочевого пузыря, меридиан почек — с меридианом толстой кишки, меридиан перикарда — с меридианом желудка, меридиан печени — с меридианом тонкой кишки.

Следует отметить, что данные связи, отражающие правило «полдень—полночь», известны и современной медицине в виде висцеро-висцеральных связей. Например, при остром заболевании легких вполне возможно нарушение отделения мочи с уремической одышкой, которая связана в основном с недостаточным выделением почками кислот. То же самое можно сказать о связи печень — тонкий кишечник. Как известно, печень вследствие анатомического расположения тесно связана с желудочно-кишечным трактом. Более того, она расположена на пути крови, идущей из всего пищеварительного тракта в общий круг кровообращения. Поэтому при заболевании желудочно-кишечного тракта нарушается и функция печени. Печень также связана с отделом тонкой кишки—двенадцатиперстной кишкой. Этот отдел оказывает на печень рефлекторное и местное воздействие, ибо он более интимно (фило-, онтогенетически и анатомически) связан с печенью.

Обобщая правило «полдень — полночь», можно сказать, что оно применяется в основном в профилактических целях. В то же время правилом «полдень — полночь» можно объяснить некоторые клинические данные во время лечения. Так, если мы проводим успокаивающее лечение по меридиану сердца в его активное время, то больной на следующий день может отметить появление боли в области желчного пузыря, и наоборот. Зная данное правило, можно успокоить больного, убедив его, что лечение идет правильно, а эти боли побочные. Совсем другие явления наблюдаются при лечении больного, страдающего, например, коронарными спазмами, который жалуется на боли в пояснично-крестцовой области. В этом случае в целях профилактики не следует проводить лечение радикулита по меридиану желчного пузыря в его активное время, чтобы исключить нежелательные побочные явления со стороны сердца.

§ 9. Общие выводы

Мы рассмотрели древние теории и правила, связанные с ними, а также дали краткий перечень основных восточных концепций, которые используются в иглотерапии. Приводим теперь краткую характеристику.

1. Теория инь — ян. Здесь мы имеем дело со своеобразной архаической интерпретацией одного из законов диалектики — закона единства и борьбы противоположностей. Согласно древней философии, инь—ян прони-

кает во все сферы как живой, так и неживой природы. Человеческий организм с позиций теории инь—ян рассматривается, говоря современным языком, как саморегулирующая система, в которой инь и ян уравновешены. В случае же нарушения этого равновесия с преобладанием инь или ян организм становится «большим». Учение инь—ян проникло в физиологию и анатомию, в терапию и диагностику, т. е. в древневосточной медицине все классифицируется с позиций инь и ян.

2. Теория у—син (пять элементов). Вероятнее всего она возникла позже учения инь—ян. На наш взгляд, в основу данной теории легло понятие о цикличности, хотя некоторые исследователи полагают, что она базируется на так называемых первоэлементах — «дерево», «огонь», «земля», «металл», «вода». Мы же полагаем, что понятие цикличности, принятое древними учеными, в своем развитии несколько абстрагировалось и вылилось в теорию пяти элементов. Каждому периоду цикла символически дали название того элемента, активность или символическая значимость которого соответствовала этому циклу. Значение символики состояло в том, что данные периоды можно было как бы «осоздать». Эти элементы являются образами, способствующими лучшему пониманию взаимодействия сил, управляющих природой. Так, «огонь» соответствует максимальному состоянию ян, а «вода» — максимальному состоянию инь и т. д.

Таким образом, в соответствии с характерными для древнего Востока традициями и уровнем развития философской мысли были выделены основные элементы постоянно протекающего циклического процесса в символическом их изображении в виде «дерева» — «огня» — «земли» — «металла» и «воды».

Практическим выходом этой философской концепции явилось «наложение» физиологических процессов организма человека на цикл «пяти элементов» с рассмотрением их взаимосвязи и выделением создающих и разрушающих воздействий (связей) одних элементов на другие. Несомненно, что «таблица соответствий» носит преимущественно эмпирический характер, но в то же время выводы, которые сделаны на основе ее изучения, представляют собой попытку обобщения системы пяти элементов.

3. Концепция чжан—фу. Она входит составной частью в теорию органических функций. На наш взгляд, данная теория возникла из двух предыдущих. Это обосновывается тем, что в организме человека древние медики выделяли 12 основных органов, которые классифицировали с позиций инь—ян. К иньским органам (чжан) они относили легкие, селезенку, сердце, перикард, почки и печень, а к янским (фу) — толстую кишку, желудок, тонкую кишку, мочевой пузырь, три части туловища и желчный пузырь. Все основные органы соединены между собой связями, которые древневосточная медицина трактует как линии (меридианы, каналы), причем «внутренние» связи между основными органами определяются как внутренние ходы меридианов, а «наружные» связи — как наружные ходы меридианов. Каждый иньский орган относится к определенному элементу, что нашло отражение в «таблице соответствий» (см. табл. 6), т. е. они вовлекаются в определенные взаимоотношения между собой на основании связей, существующих в цикле у—син. Янские органы не входят в «таблицу соответствий», но они относятся к тем же элементам, что и иньские органы, с которыми находятся в парапульсе (т. е. проецируются на одну и ту же точку пульса — цуань, гуань, чи левого или правого запястья) и связаны наружными и внутренними ходами меридианов или их ответвлениями, а также поперечными лопунктами. Таким образом, и янские органы вовлекаются в определенные взаимоотношения между собой на основании связей цикла у—син. Развитию теории чжан—фу, вероятно, способствовало также и то, что из-за

особенностей исторического развития в странах Древнего Востока придавали меньшее значение анатомии, а исследовали в основном функции органов. Поэтому к основным органам, выделяемым восточной медициной, не следует подходить только с позиций анатомии. Их надо рассматривать и как определенные системы связей в организме, которые выведены при изучении их функций.

4. **Концепция меридианов.** Эта концепция тесным образом связана с теорией чжан—фу. Исторический анализ позволяет прийти к выводу, что ее развитие основано на выделении двух типов точек воздействия, которые найдены эмпирическим путем. Это дистальные (отдаленные) и проксимальные (локальные) точки. Можно предположить, что древние медики, выделив эти точки, объединили их в одну линию (меридиан) исходя из общности показаний.

Основу метода иглорефлексотерапии составляет учение о точках воздействия. Традиционная восточная медицина делит 361 точку воздействия по признаку меридиана, т. е. классифицирует их соответственно по 12 основным (парным) и 2 несочетающимся (непарным) меридианам (линиям, каналам).

На 12 основных меридианах (309 точек) закономерно выделяются группы дистальных и проксимальных точек. К первой группе относятся точки, расположенные ниже локтевых и коленных суставов, а ко второй — все остальные точки меридиана. Дистальная группа точек имеет более широкий диапазон показаний, чем проксимальная. В дистальной группе выделяются точки, которые неизменно присутствуют в каждом основном меридиане; эти точки объединены нами в три подгруппы (см. главу VIII).

Понятие «меридиан» традиционно определяется как функциональный путь, соединяющий и связывающий определенные точки. При этом к данному вопросу нельзя подходить упрощенно, полагая, что простое соединение между собой точек дает меридиан.

Мы полагаем, что наличие наружного и внутреннего ходов меридиана, дистальных и проксимальных точек, понятие о трехзональной системе делают определение меридиана сложным. Если в настоящее время реальность точек воздействия (особенно после выяснения их биофизической природы) не вызывает сомнений, то вопрос о наличии меридианов (линий, каналов) до сих пор является дискуссионным. Некоторые исследователи отрицают их существование, другие же приводят доказательства существования особых электрических свойств меридианов. И тем не менее практическая акупунктура тесно связана с понятием меридиан, т. е. своеобразной классификацией точек воздействия по признаку меридиана.

5. **Учение об энергии.** Согласно этой донаучной концепции древних медиков в организме человека существует «энергия», которая последовательно циркулирует по линиям (каналам) «основных органов». Выше мы подчеркивали, что они придавали большое значение изучению не самих органов, а их функций. Данное положение подготовило почву для условного отрыва энергетической стороны обмена веществ от пластической. Этот «отрыв», а также и последующее обособление послужили основанием для возникновения учения об энергии. Следует подчеркнуть, что указанное учение неразрывно связано с предыдущими теориями. Эта связь наиболее ярко проявилась в понятии «большой круг циркуляции энергии», по которому «энергия пробегает в течение суток все 12 основных меридианов». Таким образом, вывод о большом круге циркуляции энергии есть свидетельство того, что древние медики придавали большое значение суточному ритму, т. е. ритму, который обусловил суточную периодичность биологических явлений.

Таким образом, теоретическая основа метода чжэнь-цзю представлена тесно связанными между собой древневосточными концепциями инь-ян, у-син, чжан-фу и учением об энергии. Совершенно очевидно, что эти концепции архаичны в своих теоретических положениях, хотя и базируются на стихийно-материалистических воззрениях древних.

Детальный анализ древневосточных концепций, проведенный нами, позволил выявить ряд позитивных моментов (сторон). Так, в основе древневосточной медицины лежит не теологический, а стихийно диалектический подход к проблемам здоровья и болезни (инь—ян). Физиологические и патологические процессы рассматриваются как определенный цикл причинно-следственной зависимости одного явления от другого (у-син). В этих концепциях прослеживается идея о взаимосвязи и взаимодействии отдельных внутренних органов между собой и с наружными покровами тела (чжан-фу, концепция меридианов). И наконец, четко обозначены определенные биоритмологические подходы в физиологии и патологии человека (учение об энергии).

В настоящее время многие специалисты, применяя с определенным успехом рефлексотерапию на практике, думают о возможно более глубоком проникновении в ее «теоретические глубины». Работы последних лет дают основание утверждать, что такое проникновение возможно при исследовании фундаментальных задач современной биологии, физиологии и медицины.

С каждым днем поступательное развитие науки способно все более открывать перед человечеством новые горизонты для одной из самых гуманных наук — медицины.

Диалектический материализм — научный метод познания законов развития природы и общества в руках советской научной общественности даст ключ к пониманию сложных проблем естествознания, ожидающих своего решения во имя блага человека, его здоровья.

Глава

II

Физиологические механизмы

иглорефлексотерапии

В этой главе рассматриваются выдвинутые в разное время теории механизма действия иглоукальвания, имеющие определенную ценность в настоящее время, и реакции организма, возникающие при иглорефлексотерапии; обсуждаются биофизические параметры точек акупунктуры и меридианов; приводятся некоторые современные нейрофизиологические концепции и факты, представляющие определенный интерес в плане разработки вопроса о механизме действия акупунктуры для лечебных целей и анальгезии.

§ 1. Теории механизма действия иглотерапии

Большинство теорий о механизме действия иглоукальвания строятся на определенных, конкретных фактах. Одна из них — капиллярная теория, согласно которой лечение методом чжень-цзю ведет к рефлекторному изменению местного капиллярного кровотока в коже и его нормализации. Это обеспечивает улучшение обмена веществ, особенно газообмен между кровью и тканями, и способствует устранению болевых и других патологических явлений. Наибольшие изменения происходят при воздействии на точки кожи, особенно богатые нервно-сосудистыми элементами.

Учитывая современные данные о роли микроциркуляции в норме и патологии, эта теория имеет определенный смысл, хотя она ограничивается рассмотрением капиллярного русла кожи и не оценивает в должной мере значения этого феномена для внутренних органов. Кроме того, в этой концепции, как и в ряде других, значительно недооценивается роль нервной системы.

Тканевая теория основана на предположении о том, что при гибели клеток вследствие их разрушения иглой выделяются вещества, стимулирующие биологические процессы. Р. Petraghani (1942), занимавшийся тканевой терапией препаратами плаценты, писал о сходстве этого метода с иглотерапией. По его мнению, продукты распада клеток, которые образуются по ходу иглы, оказывают на организм, особенно на пораженные органы, общее стимулирующее действие. Эту же точку зрения поддерживает Р. Orlandini (1958), но он признает в качестве второго механизма рефлекторные влияния, опосредующиеся через вегетативную нервную систему.

Гистаминная теория, которую разрабатывали Т. Martyni (1933) и Р. Ferreyrolles (1951), в какой-то мере перекликается с тканевой теорией. Гистамин образуется в тканях организма из аминокислоты гистидина. При иглоукальвании гистамин переходит из неактивной формы в активную и, попадая в кровь через кожные капилляры, оказывает довольно активное и многообразное воздействие на организм. Он изменяет функциональное состояние внутренних органов, воздействует на проницаемость сосудистых стенок и оболочек клеток, активизирует обмен веществ и повышает сопротивляемость организма болезни. С другой стороны, иглоукальвание благодаря стимуляции нервных элементов кожи и рефлекторно через соответствующие вегетативные ганглии метамерно связанных с ними

органов вызывает выравнивание содержания гистамина в тканях соответственно состоянию организма, изменяя в соответствующую сторону взаимоотношения гистамин—диамин—оксидаза (фермент, разрушающий этот медиатор). Обсуждаемое в этой теории значение гуморальных факторов в реализации эффекта иглотерапии находит широкое подтверждение в современных исследованиях.

Флокуляционная теория, предложенная А. Люмьером (цит. по Вогралику В. Г., 1961), имеет в своей основе феномен изменения дисперсности белковых фракций крови при разных формах патологии. Раздражение нервных рецепторов кожи, согласно данной теории, положительно влияет на эти изменения, что важно для регулирования процесса обмена веществ. А. Leprince (1931) основное значение придает изменениям коллоидно-осмотического давления с его влиянием на процессы обмена и считает, что возбуждение нервных окончаний кожи иглоукальванием или прижиганием, влияя на «вагосимпатическую» систему, вовлекает через интермедиарный путь рецепторы центров, вазомоторные аппараты определенных территорий.

Гиллет (цит. по Вогралику В. Г., 1961), опираясь на учение Г. Селье, считает, что в основе механизма иглотерапии лежит «реакция адаптации» организма в ответ на стрессогенное воздействие. Активизация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и стимуляция ретикулоэндотелиальной системы организма ведут к повышению его защитных возможностей.

Существует ряд теорий, в основе которых лежит рассмотрение биоэнергетических процессов в организме. Согласно электрической теории А. Abrams (1907), при иглоукальвании изменяются биоэлектрические характеристики кожи. Возникающие при этом биоэлектрические токи оказывают лечебное воздействие тогда, по мнению автора, когда длина волны и частота их колебаний совпадают с аналогичными показателями тканей больного органа.

Смысл и оной теории заключается в том, что иглоукальвание восстанавливает нарушенное ионное равновесие и способствует удалению электроположительных ионов. Развивая эту теорию, Е. Р. Kollmer (1955, 1962) разработал концепцию об ассимиляции организмом космического излучения, кванты которого, соединяясь с внутренней энергией обмена живого тела, определяют его энергетическую базу. Акупунктура, по мнению автора, регулирует этот процесс и тем самым изменяет энергетические функции организма.

Существует теория и так называемого малого атомного взрыва, возникающего как бы вследствие усиления распада под влиянием вводимой иглы тканевых молекул и атомов с возникновением цепной микрореакции.

Более общей теорией, учитывающей несколько аспектов действия иглоукальвания на организм, является теория известного французского врача-акупунктуриста R. Fuye (1956). Этот исследователь при обсуждении механизма чжень-цзю-терапии выделяет две стороны проблемы: вопрос об органо-нейрокожных взаимоотношениях и об обратных кожно-нейроорганных связях.

Он полагает, что существующие органо-нейрокожные взаимоотношения объясняются особенностями эмбриогенеза. Кожа и нервная система имеют общее эктодермальное происхождение. Связь внутренних органов с нервной системой, а через нее и с кожей обеспечивается вращанием элементов нервной системы в развивающиеся органы. При этом иннервация и взаимосвязь с органами складываются в основном по метамерному (сегментарному) типу. Однако по мере развития плода отдельные части тела претерпевают

значительные смещения. Это не прерывает сложившихся связей, но нередко в значительной степени «зашифровывает» их. По мере роста и развития плода эти связи из «точек соприкосновения» вытягиваются в «линии взаимосвязи», обеспечиваемые как внутриорганными и межорганными взаимоотношениями, так и развитием кровеносных и лимфатических сосудов с их нервными сплетениями, путь которых нередко выходит далеко за пределы сегментарного строения и сегментарной иннервации.

По мнению R. Fuye, эти пути взаимосвязи внутренних органов («жизненные линии») через нервную и сосудисто-нервную систему с покровами тела и были эмпирически установлены древневосточными медиками. Нервный импульс, идущий от внутренних органов, изменяя функциональное состояние и коллоидную структуру нервного волокна, отражается на периферии не только непосредственно, но в силу влияния на электрический потенциал сосудистой стенки через нее и на диэлектрической постоянной крови и лимфы. В итоге получается как бы поток электрической энергии, существенно сказывающийся на физиологическом состоянии и характеристике покровов тела соответствующей области. Это, по мнению R. Fuye, и следует понимать под той жизненной энергией (чи), о которой говорится в древневосточных концепциях, и влиянию на которую приписывается основное действие чжень-цзю. Основываясь на положениях биоэлектрической теории Симкине и данных Вюста об изменении электрического заряда кожи и капилляров, R. Fuye отмечает, что движение электрических ионов в коже идет преимущественно с эпидермиса внутрь, т. е. от отрицательно заряженной поверхности к более глубоким слоям, заряженным положительно.

Обсуждая вопрос о кожно-нейроорганных связях применительно к механизму акупунктуры, R. Fuye считает, что игла, введенная в кожу, нарушает большое число богато иннервируемых капилляров. Это вызывает раздражение и порождает стресс-реакцию организма. Глубокое влияние иглоукалывания на функциональное состояние больных органов (именно они чувствительны к этим воздействиям) определяется тем электрическим импульсом, который идет с периферии по определенным путям к соответствующим органам и по закону действия слабого раздражителя, как считает автор, «освобождает», нормализует определенный сегмент нервной системы и связанные с ним внутренние органы. Образующиеся при иглоукалывании продукты распада клеток и гистаминоподобные вещества своим воспалительным, раздражающим действием стимулируют эндокринную систему и ретикулоэндотелий, что повышает защитные возможности организма и улучшает его адаптацию к внешним и внутренним влияниям. Как видно из изложенного, R. Fuye для объяснения механизма действия акупунктуры, помимо своей концепции становления кожно-висцеральных связей в процессе эмбриогенеза, использует положения тканевой теории, гистаминной, древневосточную концепцию «циркуляции жизненной энергии» и нервно-рефлекторные принципы.

Мнение R. Fuye о том, что механизмы действия акупунктуры можно изучать, исходя из учета филогенетического и онтогенетического развития организма при детальном анализе эмбриогенеза, поддержал президент Итальянского национального общества акупунктуры A. Senta (1969).

Подобного же мнения придерживался И. И. Русецкий. Еще в 1959 г. он писал, что изучение развития нервных, мышечных, кожных, висцеральных, костных сегментов дает возможность объяснить иногда недостаточно понятные физиологические и патологические факторы «отражения» висцеральных органов на покровах тела. В качестве примера И. И. Русецкий

приводит эмбриональное развитие половых органов, которые в процессе эмбриогенеза опускаются из грудного отдела вниз. У больных после операций по поводу опухолей яичника могут возникать боли в левой половине грудной клетки, лопатке, левой руке.

Однако все эти теории, освещая какую-либо одну сторону механизма действия иглоукальвания, не разрешали вопроса в целом. Общим недостатком большинства выдвинутых теорий является недооценка роли нервной системы в механизме действия иглоукальвания.

Большинство авторов (Чжу Лянь, 1959; Flandin Ch., 1933; Fuye R., 1952; Mann F., 1962) высказывают в общей форме предположение, что в основе лечебного действия чжень-цзю лежит воздействие на центральную нервную систему, посредством которой и осуществляется регулирующее и трофическое влияние на нарушенные функции организма. Этим, по-видимому, и объясняются многогранность и широта применения метода при лечении различных по своему проявлению заболеваний. Мнение Цзин Синь-чжун (1958) по этому вопросу сходно с высказыванием Чжу Лянь (1959), которая пишет: «Сущность чжень-цзю-терапии заключается в воздействии через определенные активные точки тела на соответствующие им внутренние органы. Действенность этого метода, по-видимому, объясняется тем, что умеренное раздражение чувствительных окончаний, сосредоточенных в определенных точках кожи, мышц и других тканей и через их посредство и нервных стволов, восстанавливает нервную регуляцию в организме, нормализует силу, подвижность и уравновешенность процессов возбуждения и торможения. И именно потому, что лечебное воздействие иглоукальвания и прижигания осуществляется рефлекторным путем через нервную систему, контролирующую деятельность всего организма в целом, оно не ограничивается только областью той или иной точки или нерва, а зачастую благотворно сказывается на органах, удаленных от места укола».

Итак, мы изложили основные теории механизма иглорефлексотерапии. В этих теориях обсуждаемый вопрос рассматривался в обобщенном виде, на основе большего или меньшего числа фактов, наблюдений, гипотез. Для более полного, систематизированного подхода к этой проблеме необходимо обсудить конкретные данные, касающиеся современного объективного исследования основных изначальных понятий чжень-цзю-терапии — «точка акупунктуры» и «меридиан».

§ 2. Характеристика точки акупунктуры и меридиана

Основу метода иглоукальвания составляет учение о точках воздействия.

С древних времен в течение более чем двух тысяч лет (по данным восточных схем, таблиц, дошедших до нас) локализация точек и ход меридианов практически не менялись, а только дополнялись. Врачи народной медицины Древнего Востока эмпирически нашли, что в зависимости от локализации болей, их особенностей облегчение приносят воздействия только на определенные точки, т. е. они пришли к выводу об индивидуализации точек.

Точки воздействия — активные точки, «китайские», акупунктурные, «жизненные» точки, биологически активные точки (БАТ), биологически активные точки кожи (БАТК), биологически активные зоны (БАЗ) — представляют собой проецируемые на кожу участки наибольшей активности

системы взаимодействия «покровы тела — нервная система — внутренние органы». В них на разной глубине (от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров) расположены нервные рецепторные приборы, воспринимающие раздражение и передающие их преимущественно в центростремительном направлении. Понятие точки для иглоукалывания не идентично понятию геометрической точки. Диаметр активной точки составляет от 0,2 до 5 мм кожной поверхности. Nguen Van Quan (1930) характеризует их следующим образом: «Эти точки нетрудно найти... в тех случаях, когда имеется нарушение деятельности одного из внутренних органов, и только в этих случаях некоторые точки на коже становятся чувствительными, даже болезненными, если прикоснуться к ним. Но чувствительность тотчас же исчезает, как только функция органа приходит к норме. Точка достигает в диаметре до 2 мм. Если давить на кожу даже в 5 мм от нее, то ощущения боли не отмечаются. Данный феномен может быть использован и для подтверждения диагноза, так как чувствительность некоторых точек позволяет установить нарушение деятельности того органа, к которому они относятся».

В. Г. Вогралик (1961) считает, что по анатомическим особенностям областей, на которые проецируются точки, последние можно разделить на кожно-нервные, нервно-мышечно-сухожильные и сосудисто-нервные и что топографическое постоянство их не вызывает сомнения.

Морфологические исследования активных точек, проведенные Г. Д. Новинским (1959), показали, что область их проекции характеризуется наличием более рыхлой соединительной ткани; это, по его мнению, сказывается и на физиологических особенностях данных участков покровов тела.

В 1962 г. Ким Бон Хан заявил, что в его лаборатории обнаружена четвертая анатомо-морфологическая система организма (кроме нервной, кровеносной и лимфатической), названная системой кенрак и совпадающая с древневосточной схемой акупунктуры. Эта система, по Ким Бон Хану, представляет собой комплекс ветвящихся трубочек с очень мягкими и тонкими стенками, трудно отличимая от системы лимфатических сосудов. Точки акупунктуры выглядят как небольшие утолщения — «бонхановы тельца», они и образуют узлы всей системы и являются местами контакта ее с окружающей средой. По системе кенрак циркулирует «бонханова жидкость», содержащая повышенную концентрацию ДНК в особом, «неядерном состоянии», которое неизвестно современной науке. Высказано предположение, что хромосомы гибнущих клеток циркулируют по системе кенрак до тех пор, пока не становятся основой для зарождения новых клеток в других частях организма. Корейскими исследователями приводились электронные микрофотографии «бонхановых трубочек» и телец, были предложены биохимические тесты на «бонханову жидкость», описаны результаты исследований циркуляции радиоактивного фосфора вдоль системы кенрак. Однако до настоящего времени не имеется работ, подтверждающих существование системы кенрак.

В 1965 г. на XII Международном конгрессе по акупунктуре С. Kellner (Вена) привел данные морфологического исследования более 10 000 разрезов кожи над активными точками и окружающего их кожного ареола. Им было показано, что активная точка не имеет таких клеточных связей, которые отсутствовали бы в других участках кожи. Однако в этих точках в значительно меньшем количестве по сравнению с окружающими зонами обнаружены определенные рецепторные аппараты кожи, например тельца Майснера, колбы Краузе, гломусные органы. Кроме этого, С. Kellner считает, что существуют кожные щели, которые находятся в пограничной зоне между *stratum papillare* и *stratum texticulare* и в связи с этим выдвигает положение

об «автономной, полной системе в коже, пассивно способной к наполнению»; эта система, по его мнению, ответственна за передачу «энергии» и снабжение ею кожи.

В исследованиях, проведенных в лаборатории Ф. Г. Портнова (Вандан А. Я., Залцмане В. К., 1977), показано, что «приблизительно в 80% случаев в БАТ и прилегающей к ним зоне имеются подкожные нервы, вены, артерии». В значительном числе случаев под зоной БАТ обнаружены лимфатические сосуды. Выявленные авторами в области БАТ скопления тучных клеток, играющих важную роль в обменных процессах организма вследствие секреции ими гепарина и гистамина, позволило предположить значительную роль этих клеток в эффекте акупунктуры.

По сравнению с морфологическими, электрофизиологические исследования дают больше материала для раскрытия особенностей активных точек. Электрофизиологическими методами было обнаружено, что в ответ на болезнь кожа реагирует изменением своих электрических характеристик. Еще И. Р. Тарханов (1889) открыл кожно-гальванический рефлекс, установив зависимость биоэлектрических особенностей кожи от функционального состояния организма.

В середине 50-х годов физиолог Е. Н. Niboyet с помощью специально сконструированного прибора провел исследование электрического сопротивления кожи на живом человеке и на трупе. Он определил, что соответственно топографии хода каналов (меридианов) имеет место значительное снижение электрического сопротивления по сравнению с окружающими частями кожного покрова. Было обнаружено, что эти характеристики точек сохраняются на трупе до тех пор, пока не нарушена целостность кожи. Описанные особенности оказались даже более выраженными на трупе: разница в электрическом сопротивлении между точками и окружающим кожным покровом на трупе больше, чем у живого человека. В дальнейшем Е. Н. Niboyet (1957) в совместных исследованиях с доктором А. Мегу установил сохранность точек и меридианов не только на цельном трупе, но и после деления его на части. В 1973 г. в лаборатории Ф. Г. Портнова также было установлено, что электрофизиологические особенности БАТ и, следовательно, сами активные точки достаточно долго сохраняются на коже трупа человека (Портнов Ф. Г., 1977).

Е. Н. Niboyet (1962) показал, что точки иглоукалывания, эти «колодцы сопротивления», имеют очень небольшие размеры — площадь их в среднем около 1 мм². «Электроакупунктура — это документация того, что в коже есть точки, показывающие совершенно другое электрическое состояние, чем в их окружении, и эти точки совпадают с дошедшими до нас акупунктурными точками», — писал Е. Н. Niboyet.

Позднее французский исследователь Р. Rabischong (1974) и группа ученых лаборатории автоматки в Тулузе воспроизвели эти исследования с помощью другой техники и пришли к тем же выводам. Они считают, что акупунктурные точки, несомненно, представляют физическую реальность, имеющую анатомическую основу в виде особого строения периферической нервной системы, локальных особенностей системы потоотделения, которые влияют на сопротивляемость кожи.

На XIV Международном конгрессе по акупунктуре (Париж, 1967) I. F. Dumitrescu и V. Nicolau (Румыния) представили данные исследования комплексного сопротивления точек акупунктуры переменному току, проведенные у 80 здоровых и больных людей. Они показали ряд специфических биоэлектрических свойств кожи (сопротивление, емкость, потенциал) в области активных точек и окружающих их зон. Так, оказалось, что активное

сопротивление в точках акупунктуры составляет 250 ± 20 кОм, а в остальных зонах более 300 кОм. Емкость в точках акупунктуры достигает $0,5 \pm 0,02$ мкФ, а в других точках — менее 0,1 мкФ, т. е. выявлена разность потенциалов между точками акупунктуры и окружающими участками кожи.

Интересную работу провел G. Grall (1968), установивший, что после пересадки кожи топография точек иглокалывания и меридианов остается неизменной на рассматриваемых участках. Пересаженный участок кожи сразу после отделения от своего прежнего места теряет свои первоначальные свойства и приобретает электрическую характеристику той кожной зоны, в которую он помещается. Исходя из этих экспериментов, автор сделал заключение, что «кожа является только поддержкой и отражением циркуляции более глубокой энергии, токи которой неизменны».

В Советском Союзе этими вопросами занимается А. К. Подшибякин. Изучая группу точек, названных им кожно-нервными, он пришел к выводу, что эти точки соответствуют преимущественно местам раздвоения нервных стволов, особенно в области входа их в кожу. Часть этих точек совпадает с пунктами максимальной кожной гипералгезии — зонами Захарьина—Геда, но многие находятся и вне их. А. К. Подшибякин (1952) обнаружил, что в данных точках имеет место усиленное поглощение кислорода, в них отмечаются повышение температуры, а также максимальная болезненность, снижение электрического сопротивления, максимальная гиперемия или анемия. Исходя из этих данных, он и предложил называть такие точки «активными».

По данным А. К. Подшибякина (1960), электрическое сопротивление для индифферентных участков кожи равно 1—2 мОм; сопротивление в активных точках при отрицательном знаке на активном электроде равно 20 ± 40 кОм, а при положительном знаке сначала падает, а далее в течение 20 ± 60 с возрастает до 0,4—0,5 мОм. Однако не все точки, имеющие сниженное сопротивление, совпадали с традиционными. А. К. Подшибякин подробно осветил вопрос о взаимоотношениях между активными и сопряженными точками, отметив, что эти взаимоотношения меняются при протекании во внутренних органах активного физиологического или патологического процесса. Изменения потенциалов в активных и сопряженных точках могут происходить в виде двух реакций — однонаправленной и разнонаправленной. Однонаправленная реакция характеризуется одноименным изменением потенциалов в обеих точках. При разнонаправленной реакции отклонение потенциала в активной точке в одну сторону связано с противоположным изменением потенциала в сопряженной точке.

Потенциалы кожи в активных точках меняются в зависимости от функционального состояния центральной нервной системы, в частности они различны в состояниях бодрствования и сна. По данным Б. И. Адаменко (1969), диаметр точек, определявшийся на основе их электропроводности, меняется в зависимости от эмоционального состояния человека, степени его физического утомления. Во время сна и на фоне выраженного утомления точки локализуются на малой площади, их диаметр составляет около 1 мм. При пробуждении человека диаметр точек увеличивается до 1 см, а иногда при эмоциональном напряжении или заболевании площадь отдельных точек настолько увеличивается, что на коже образуются значительные участки с повышенной электропроводностью.

Существенная динамика кожных потенциалов наблюдается под влиянием рефлекторных воздействий, исходящих из внутренних органов. В работе А. К. Подшибякина было четко продемонстрировано, что интенсивная физиологическая деятельность или патологическое состояние внутреннего

органа сопровождается резким изменением статических электрических потенциалов в определенных активных точках. С другой стороны, раздражение этих пунктов кожи максимально сказывается на одном из соответствующих органов при минимальном влиянии на другие. Была обнаружена и количественная зависимость между интенсивностью физиологического процесса в каком-либо органе и величиной статического электрического потенциала и температуры в связанной с ним активной точке кожи. Доказано и существование обратной связи: чем сильнее раздражение активной точки, тем яснее выражены изменения в органе. По данным А. К. Подшибякина, положительный результат от лечебных воздействий наблюдался при величинах электрических потенциалов в активных точках кожи более 25 мВ. При значениях электрических потенциалов менее 10 мВ, особенно 1 мВ, аналогичные лечебные процедуры сопровождались отрицательным результатом.

А. К. Подшибякин в 1964 г. провел эксперимент, представляющий интерес. Замеряя электрические потенциалы в местах анатомического входа нервов в кожу у живых интактных лягушек, он пришел к выводу, что величины электрических потенциалов подвержены частым изменениям и могут иметь как положительный, так и отрицательный знак. После разрушения спинного мозга и осторожного отсепаровывания кожи распределение электрических потенциалов остается таким, каким оно было в последний момент функционирования нервной системы. Эта картина распределения потенциалов на переживающей коже сохраняется 4 сут и более, до тех пор, пока аутолитические процессы не сведут разность потенциалов до минимума, который уже не поддается регистрации. Сохранение характеристик электрических потенциалов такими, какими они были в последний момент действия нервной системы, можно рассматривать, по мнению автора, как следствие ее трофического влияния на биофизические процессы в коже.

Эти данные опровергают мнение Е. Н. Niboyet, который на основании того, что на трупe активные точки выделяются даже более четко, пришел к выводу, что точки независимы от «сущности», названной в Древнем Востоке «энергией», которая циркулирует в организме, пока продолжается жизнь. Не вступая в дискуссию по поводу определения понятия «энергия», можно констатировать, что эксперимент А. К. Подшибякина явился ярким свидетельством зависимости активной точки от нервной системы.

Изменения комплексного электрического сопротивления точек акупунктуры в нашей стране проводились и другими исследователями (Меерзон А. А., Котляр А. Д., 1972; Крук В. Г., 1974; Портнов Ф. Г., 1974; Петелин Л. С., Усова М. К., Гойденко В. С. и др., 1974; Нечушкин А. И., Оганесян О. В., 1977, и др.) Кроме электрического сопротивления, многие исследователи измеряли также статический потенциал акупунктуры и окружающих участков кожи. В. М. Инюшин, Н. А. Хрущев (1972), Е. С. Вельховер (1972) и другие авторы подтвердили ранее проведенные исследования А. К. Подшибякина, установив, что существует разность потенциалов между точками акупунктуры и окружающими участками кожи, меняющаяся от 2 до 300 мВ. Было доказано, что отклонение этой разности от нормы в точках акупунктуры свидетельствует о наличии заболевания, или о тенденции к нему, или об остаточных явлениях патологии в соответствующих органах.

При исследовании локального микроэлектротока (Никифоров В. Г., 1976) было обнаружено изменение электрического сопротивления точки в зависимости от ее исходного состояния, времени воздействия, силы тока. Установлено, что в течение суток электрические свойства активных точек меняются. При исследовании их полупроводимости было отмечено, что в некоторой

степени она совпадает с суточной динамикой изменения электропроводимости атмосферы. При максимальной проводимости атмосферы (как правило, в ночные часы) электропроводимость точек уменьшается при перемене погоды — увеличивается.

В последние годы в нашей стране появились новые взгляды на биофизическую природу точек акупунктуры. Они рассматриваются в свете учения о биоплазменной субстанции как зоны биоинформации и каналы биосвязи, обладающие весьма высокой электропроводностью. Концепция о биологической плазме, выдвинутая В. М. Инюшиным, базируется на открытии С. Д. Кирлиан и В. Х. Кирлиана (1961) универсального метода изучения с помощью фотографирования излучения объектов живой и неживой природы в полях токов высокой частоты. Концепция В. М. Инюшина и соавт. (1968) о биоплазме раскрывает в биоэнергетическом плане биологическую сущность визуального эффекта Кирлиан. В. М. Инюшин и соавт. на основании результатов экспериментальных исследований подтвердили гипотезу В. С. Грищенко, что живой организм состоит не только из вещества, организованного в атомно-молекулярные системы, но и из вещества в четвертом состоянии — плазмы, которая в условиях живого организма приобретает ряд своеобразных свойств.

Д. Л. Парменков (1970) проводил многократные определения величин электрокожного сопротивления (ЭКС) в точках акупунктуры животных, человека и, выявив при этом статистически достоверную зависимость данной величины от полярности приложенного напряжения (по типу полупроводникового перехода), предполагает их полупроводниковую природу.

А. И. Нечушкиным и О. В. Оганесяном (1977) показано, что в норме между поверхностью кожи и подлежащими тканями существует разность потенциалов. Регуляция этого физиологического феномена осуществляется, по их мнению, функциональными свойствами БАТ, или энергетическими кожными зонами (ЭКЗ) — по терминологии, предложенной этими авторами. А. И. Нечушкин и О. В. Оганесян полагают, что сущностью этого регулярного процесса является протекание экспериментального зарегистрированного ими переменного электрического тока определенной частоты, специфичной для физиологического состояния ЭКЗ. Величина этого тока в обычных условиях колеблется от долей микроампера до 25—30 мкА. Авторы на основании полученных данных считают, что основной функцией ЭКЗ является участие в процессах регулирования энергетического равновесия организма. Это соответствует и установленным ранее фактам о том, что теплоотдача поверхностью кожи осуществляется преимущественно с зон акупунктуры и протекает более интенсивными обменными процессами по сравнению с другими участками кожи (Нечушкин А. И., 1978).

Учение о меридианах также является важнейшей составной частью метода иглотерапии. Nguen Van Quan (1930) по этому вопросу пишет: «Это вполне реальные, не воображаемые линии, хотя они не вполне соответствуют таким анатомическим образованиям, как нервы, сосуды и т.д. Большинство больных, у которых имеются определенные точки повышенной чувствительности, испытывают какое-то своеобразное ощущение, иррадиирующее по ходу меридиана. Если при этом посмотреть на оставленные древними медиками схемы, то нельзя не поразиться определенному соответствию. Так, например, меридиан сердца в точности воспроизводит классические боли при грудной жабе с иррадиацией к мизинцу левой руки. Меридиан желчного пузыря поднимается к правому плечу, как во многих случаях боли при печеночной колике. Меридиан печени идет от желчного пузыря, косо огибает печень, правый угол толстой кишки и вдоль последней опускается до аппендикса, от-

туда он опускается по внутренней поверхности бедра и голени и заканчивается в большом пальце ноги. Верхний отдел этого меридиана в точности соответствует болям, ощущаемым большинством печеночных больных как в области печени, так и в области правого угла толстой кишки; нижний конец — болям при подагрических приступах, как известно, находящихся в зависимости от деятельности печени».

Многие отечественные и зарубежные специалисты признают объективное наличие меридианов.

Т. Ishidoya (1933) показал близость хода меридианов топографии нервных стволов и сосудисто-нервных сплетений. С. Yanagiva (1956) на основании наличия нервно-рефлекторных кожно-висцеральных связей делает вывод, что заболевания внутренних органов посредством нервных путей достигают кожи, и это может привести или к ощущению болезненности, или к понижению чувствительности. По его мнению, точки являются реактивными участками этих путей и соответствуют месту выхода нервов, а линии (меридианы) представляют собой проекцию на кожу нервных путей, которые связывают ее с внутренними органами.

По мнению G. S. Morant (1957), одни «каналы» соответствуют ходу нервных стволов, другие — ходу сосудов с их нервными сплетениями. W. Lang (1957) полагает, что каналы, вероятно, являются интраспинальными соединительными путями в виде цепочек нейронов, куда восприятие с периферии передается по их периферическим связям и откуда распространяется в верхние этажи центральной нервной системы по их проводящим, преимущественно симпатическим, путям.

В. Г. Вогралик (1961) считает, что каналы в своем центральном звене являются проводящими путями спинного и головного мозга, обеспечивающими как замыкание нервных связей на разных уровнях нервной системы, так и кортикальную сигнализацию.

А. Т. Качан (1972) считает, что основное положение традиционной медицины о системе каналов как о взаимосвязи и взаимообусловленности органов и систем, обеспечивающих динамическое равновесие, соответствует современному представлению о гемостазе. Взаимосвязь внутренних органов с периферией частично можно объяснить сегментарными, метамерными кожно-висцеральными связями, а также особенностями эмбриогенеза. Углубленное и критическое исследование системы каналов весьма перспективно как в теоретическом, так и в практическом аспекте.

Доказательства существования особых электрических свойств меридианов получил Кречмер (1961) из школы R. Voll. Он продолжил исследования E. H. Niloyet, A. Meru и показал, что кожное сопротивление на меридиане всегда бывает меньше, а емкость всегда больше, чем сопротивление и емкость вне меридиана.

Кроме вышеприведенных работ, надо упомянуть работы Y. Nakatani (1950) и R. Voll (1962). Обе эти работы имеют то общее, что направлены на объективизацию как самих активных точек, так и меридианов. R. Voll уделяет большое внимание лимфатической системе и даже выводит особый лимфатический меридиан, состоящий из 14 точек и проходящий по руке между меридианом легких и меридианом толстой кишки и заканчивающийся в точке фу-фэнь (36VII). Рассматривая лимфатическую систему, ее особенности по сравнению с кровеносной (расположение, строение и т. д.), R. Voll выдвигает тезис о том, что лимфатическая система играет основную роль в проведении импульса, и этим как бы обеспечиваются связи между точками и связи меридианов с центром, т. е. ход меридианов.

Y. Nakatani (1950) создал учение Ryodoraku, что дословно переводится как «хорошо электропроводящая линия». Это учение основано на феномене

повышенной проводимости электрического тока в активной точке. Исходя из этого учения, феномен меридиана рассматривается как функциональный путь симпатической нервной системы, который проявляется при различных заболеваниях. (Подробнее концепции R. Voll и Y. Nakatani будут изложены в разделе об электроакупунктурной диагностике.)

Таким образом, как видно из вышеизложенного, электрофизиологические исследования точек акупунктуры и в меньшей степени меридианов доказали материальную природу, показали биофизические характеристики данных образований. Из этих исследований вырос и развивается новый вид диагностики — диагностика по точкам акупунктуры и новый лечебный метод — электроакупунктура.

§ 3. Реакции организма

при воздействии на точки акупунктуры

Клинические наблюдения и специальные дополнительные методы исследования — капилляроскопия, артериальная осциллография, плетизмография, хроноксиметрия, электрокардиография, электромиография, электроэнцефалография, другие электрофизиологические методы, изучение обмена биологически активных веществ (биогенных аминов, гистамина, гормонов) позволили объективизировать специфику реакции организма при воздействии на точки акупунктуры у здоровых и больных людей.

Советские исследователи (Гращенко Н. И., Кассиль Г. Н., Боева Е. М., Вейн А. М. и др., 1959; Русецкий И. И., 1959; Вогралик В. Г., 1961; Тыкочинская Э. Д., 1961) разделяют эту реакцию на три взаимосвязанных компонента: местный, сегментарный и общий (рис. 17).

Местная реакция. Введение иглы в точку воздействия вызывает реакцию в виде изменения цвета кожи, ее кровенаполнения, температуры, влажности, чувствительности, электрического потенциала и сопротивления, появления в месте иглоукалывания небольшого отека.

В основе местной реакции лежит не только механическое раздражение экстеро- и проприорецепторов, но и интерорецепторов. Изменение просвета сосудов вызывает раздражение заложенных в их стенке вазорецепторов, изменение температуры — терморецепторов, отек — барорецепторов. При повреждении ткани выделяются биологически активные вещества — «некротормоны», воздействующие на хеморецепторы. Большую роль в генезе описанных местных изменений играет механизм аксон-рефлекса (см. рис. 17). Воздействия на рецепторные образования вызывают специфические «предусмотренные» ощущения, возникающие у больного при попадании иглы в точку.

Кроме того, местная реакция определяется морфологическими изменениями, возникающими в канале по ходу иглы, появлением разности потенциалов между иглой и окружающими ее тканями и т. д. Особенностью местной реакции является ее относительная стереотипность при введении иглы в различные точки воздействия. Введение иглы и раздражение тканей электрическим током при осуществлении электроакупунктуры является источником длительной и интенсивной импульсации, вызывающей нейрогенные и гуморальные сдвиги в месте воздействия и волну отраженных реакций (сегментарную и общую), которые в свою очередь влияют на состояние периферических рецепторов и тканей в зоне местного воздействия.

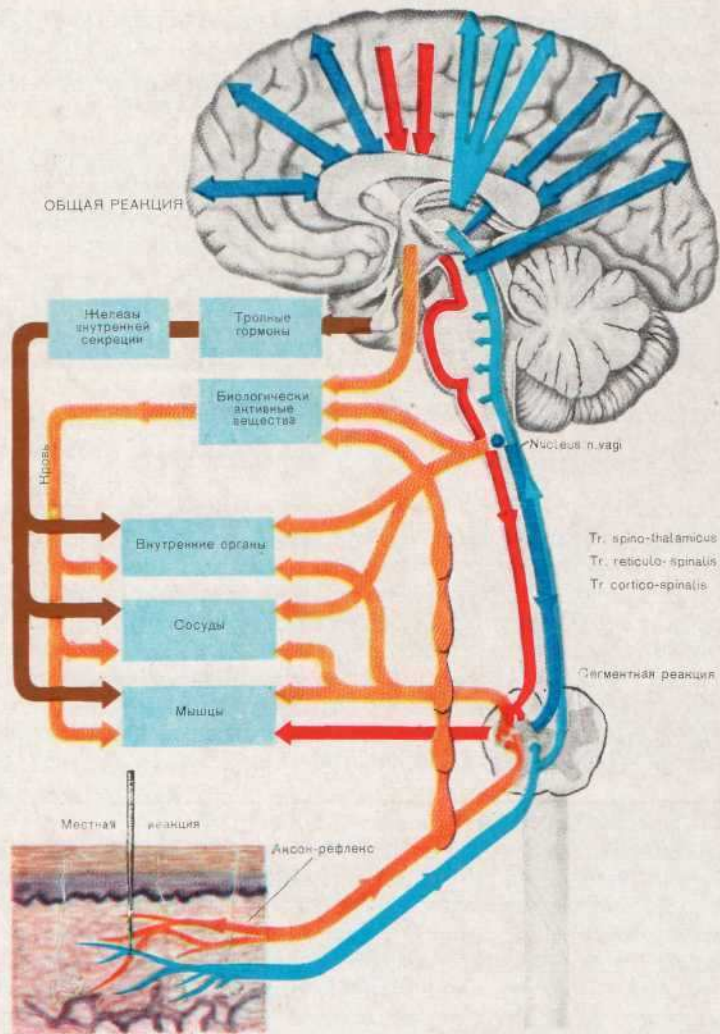


Рис. 17.

Реакция организма на иглоукалывание
(схема по Боевой Е. М., Вейну А. М. и др., 1959).

Сегментарная реакция. Эта реакция является следствием включения в ответ на афферентную импульсацию из периферических рецепторов спинномозговых рефлекторных звеньев, рефлексов ствола головного мозга (при укалывании в области лица), сегментарных периферических структур вегетативной нервной системы, формирующих ответную реакцию через эфферентные пути. Эта реакция является рефлекторным сегментарным (распространяющимся в пределах одного метамера) ответом организма на стимуляцию точки воздействия. Рефлекторный ответ (эфферентная часть дуги рефлекса) в виде возбуждения двигательных и вегетативных проводников адресуется к поперечно-полосатой мускулатуре, внутренним органам, коже. Электромиографическими исследованиями показана связь возникновения «предусмотренных» ощущений с локальным мышечным напряжением.

Роль неврального компонента в обеспечении как местной, так и сегментарной реакции, не говоря уже о генерализованном ее компоненте, иллюстрируется тем фактом, что анестезия точки блокирует сегментарные и некоторые местные феномены, устраняя, естественно, и центральные эффекты, например анальгезию. Сегментарная реакция выражается в разнообразных изменениях функционального состояния соответствующего органа в зависимости от характера нанесенного раздражения, исходного состояния реагирующего органа и сегментарной специфичности точки воздействия, которая может, по данным А. К. Подшибякина, доходить до степени органной направленности. Поскольку имеется тесная связь нескольких рядом находящихся сегментов спинного мозга и ганглиев пограничного симпатического ствола, реакция может не ограничиваться только сегментом, на уровне которого задействована точка, а распространяться в зоны соседних метамеров.

Характер сегментарной реакции хорошо иллюстрируется при терапии периферических заболеваний нервной системы, в частности нервно-мышечного аппарата. С помощью электрофизиологических исследований (определение физиологической лабильности по Н. Е. Введенскому и электромиографии) было показано улучшение проводимости по нерву, восстановление амплитуды биопотенциалов мышц под влиянием процедуры и курса лечения (Мельникова Е. М., 1959; Кассиль Г. Н., 1959; Тыкочинская Э. Д., Тылевич М. Т., 1961, и др.). Наблюдается также исчезновение вегетативных асимметрий кожной температуры и электрического сопротивления кожи (Вогралик М. В., 1959; Вейн А. М., 1959, и др.). Нормализуются кожная тактильная чувствительность, кожная сенсорная и оптическая хронаксия.

Общая генерализованная реакция. Этот компонент реакции организма складывается из нейрофизиологических, нейрогуморальных и генерализованных вегетативных сдвигов. Ядром общей реакции является включение регулирующих, интегративных образований головного мозга, обеспечивающих согласованные изменения в различных функциональных системах организма. В результате интенсивной периферической афферентации, идущей через спинномозговые и, возможно, внеспинальные (в основном вегетативные) афферентные пути, изменяется функциональное состояние неспецифических систем мозга, основой которых являются структуры лимбико-ретикулярного комплекса — ретикулярная формация ствола мозга, гипоталамус, зрительные бугры, миндалина, гиппокамп и др. Это и обуславливает указанные сдвиги при воздействии на точки акупунктуры.

Показаны закономерные, хотя и не однонаправленные, изменения ЭЭГ в период сеанса иглотерапии (Кассиль Г. Н. и др., 1959; Вогралик М. В., 1960; Моисеева Н. Н., 1961, и др.). Изменения на ЭЭГ выражаются чаще в синхронизации фонового альфа-ритма, хотя может регистрироваться и десинхронизация электроэнцефалографической кривой. Эти различия могут объясняться как периоды сеанса иглотерапии (сразу после введения иглы обычно наступает десинхронизация как закономерный ответ на внешнюю болевую стимуляцию, сменяющаяся спустя некоторое время повышенной синхронизацией), так и способом введения иглы и длительностью оставления ее, реакцией больного на процедуру, особенностями исходной ЭЭГ. Описанные изменения ЭЭГ носят генерализованный характер и объясняются воздействием на кору мозга стволочно-диэнцефальной ретикулярной формации. По данным ряда авторов, изменения ЭЭГ значительно более выражены при введении иглы в активную точку, чем при воздействии вне ее.

В комплексном исследовании В. Н. Пушкина и соавт. (1976) показаны достоверные связи между состоянием активных точек кожи, характером

асимметрии их электрофизиологических параметров, особенностью восстановления симметричности после электроакупунктурного воздействия и такими психофизиологическими показателями, как ЭЭГ, РЭГ, и психологическими особенностями больных. Это также подтверждает тесные и специфические связи между системой активных точек и центральной нервной системой. Здесь же можно еще раз напомнить о возможной зависимости электрофизиологических характеристик активных точек, определяемых фазой цикла бодрствования и сна, эмоциональными реакциями, от функционального состояния мозга.

В исследованиях Э. Д. Тыкочинской (1961, 1972) и Л. А. Макарова (1974) показано положительное влияние иглоукальвания на динамику клинических и электрофизиологических показателей у больных с постинсультными двигательными дефектами. В этих работах отмечается специфика эффектов, возникающих при укальвании в различные активные точки. Положительное влияние иглотерапии объясняется воздействием на нейромоторный аппарат спинного мозга и супраспинальный уровень системы движения.

Роль церебральных структур в механизме действия иглотерапии демонстрируется и клиническими наблюдениями, в которых анальгетический эффект иглоукальвания не наблюдался после мозговых инсультов с поражением отдельных областей головного мозга. Э. Д. Тыкочинской и соотр. (1961, 1972) показано отсутствие эффекта иглотерапии в восстановлении центральных двигательных дефектов при одновременном поражении задних столбов спинного мозга.

При воздействии иглоукальванием изменяется общий вегетативный тонус организма. При этом динамика данного интегрального показателя и отдельных его компонентов (кожная температура, потоотделение, состояние сердечно-сосудистой системы и системы дыхания, гуморальные сдвиги и др.) зависит от их исходного состояния и сдвиги имеют нормализующую направленность (Вейн А. М., 1959; Кассиль Г. Н. и др., 1959; Вогралик М. В., 1959, 1960; Мец Е. С. и др., 1959; Покалев Г. М. и др., 1959; Вогралик В. Г., 1961, и др.).

Показано влияние иглорефлексотерапии на секреторную и моторную функции желудка и кишечника, проницаемость сосудов, осмотическое давление крови, ее коагуляционные свойства и на ряд других показателей (Вогралик В. Г., Покалев Г. М. и др., 1960; Фомберштейн К. Б., 1972; Тыкочинская Э. Д. и др., 1973, и др.).

Существенные изменения происходят и в гуморальной среде. Г. Н. Кассиль и соавт. (1959) показана определенная динамика концентрации в периферической крови катехоламинов, гистамина, ацетилхолина и холинэстеразы при различных заболеваниях. Характер полученных изменений, по данным авторов, в большой степени зависит от исходных показателей: иглотерапия оказывает нормализующее влияние (например, уменьшение содержания катехоламинов на фоне их повышения при болевом синдроме и увеличение на фоне сниженной их концентрации при бронхиальной астме).

Показаны и сдвиги в эндокринно-гормональной сфере. Под действием иглоукальвания увеличивается продукция АКТГ и как следствие этого усиливается выброс кортикостероидов и адреналина (Ильина Н. А., 1959; Вогралик В. Г., 1960; Мальцина В. С., 1962; Vratu I., 1954, и др.).

Все описанные изменения, характеризующие общую реакцию организма на иглоукальвание, указывают, что она в большой своей части имеет характер реакции адаптации. Однако, по-видимому, было бы неверно ограничиться этим. Дело в том, что при такой общей характеристике затеняется специфичность воздействия на точки акупунктуры. Ведь показано, что

наиболее выраженные реакции в тех или иных системах и органах наступают при воздействии именно в определенные точки, причем иглоукальвание в разные точки дает различные эффекты не только на сегментарном уровне, но и на уровне общей реакции организма.

Полученные данные об изменениях в системах и органах, составляющие комплекс реакции организма на иглоукальвание с ее местными сегментарными и генерализованными компонентами, больше, пожалуй, показывают, что изменяется, в то время как главные вопросы: каким образом возникают эти и другие изменения при иглотерапии, как объяснить большую универсальность метода и его специфику по отношению к воздействию на отдельные органы и заболевания, как увязать эмпирические концепции и схемы с данными о тонких физиологических и патофизиологических процессах, известными в настоящее время, остаются пока нерешенными.

§ 4. Современные подходы к вопросу о механизме иглорефлексотерапии

Совершенно очевидно, что механизм действия иглотерапии или других методов воздействия на точки акупунктуры связан со взаимодействием на разных уровнях нервной системы эффектов стимуляции кожи в области активных точек с нормальными или патологически измененными нейрональными процессами, обеспечивающими регуляцию висцеральных систем.

Этот вопрос, по нашему мнению, вплотную смыкается с традиционным для отечественной медицины рефлексологическим, нервистским подходом к пониманию физиологии и патологии человека.

Большую роль в развитии рефлексологического направления в физиологии и медицине сыграл И. М. Сеченов, ибо он распространил понятие рефлекса на все процессы, возникающие в нервной системе. Работами А. А. Ухтомского, С. П. Боткина, И. П. Павлова, Н. Е. Введенского, В. М. Бехтерева, Л. А. Орбели, А. Д. Сперанского, К. М. Быкова, П. К. Анохина и др. была создана стройная теория нервизма, уточнены многие вопросы нервной регуляции, функционального взаимоотношения центральной нервной системы и внутренних органов, преодолен искусственный барьер между соматическими и вегетативными отделами нервной системы, уточнены вопросы взаимодействия центра и периферии и многое другое.

А. А. Богомолец (1928) писал, что любая точка периферии может оказать «могущественное влияние» на любую функцию организма посредством вегетативной нервной системы. Он считал, что «возможность получить изменения в функциональном состоянии нервных центров с любой точки периферии находит себе отражение и в известной мере подтверждение в учении о так называемой рефлексотерапии».

Работами Р. А. Дуриняна (1965, 1975) было установлено, что афферентные сигналы от рецепторов кожи, мышц, сухожилий, сосудов и других тканей по волокнам задних корешков вступают в спинной мозг. Здесь на уровне того или иного сегмента происходит активное взаимодействие нейрональных спинальных систем с поступающей афферентацией путем прямого переключения части аксонов на нейроны заднего рога или посылки коллатералей от перекрывающихся волокон в задние и боковые рога. Уже на сегментарном уровне происходит взаимодействие между висцеральной

и соматической афферентацией. Пройдя уровень спинального сегмента, афферентные импульсы по спиноретикулярным, спиноталамическим и другим восходящим путям достигают ретикулярной формации ствола мозга и ядер зрительных бугров, откуда далее они проецируются на кору головного мозга, вызывая специфические осознаваемые ощущения с различной эмоциональной окраской.

Важным является то обстоятельство, что, как показали исследования С. С. Мусяшиковой и В. Н. Черниговского (1973), уже на уровне спинного мозга, ретикулярной формации ствола мозга и в зрительных буграх, а не только в проекционных зонах коры мозга существует соматотопическая организация. Это означает, что афферентация от определенных кожных зон и внутренних органов проецируется в определенные группы нейронов указанных отделов центральной нервной системы. Этим обеспечивается постоянное взаимодействие висцеральных и соматических сигналов, в результате чего изменяется работа соответствующей группы нейронов, связанных с регуляцией той или иной соматической функции, висцеральной системы или органа.

На уровне спинного мозга происходит тесное перекрытие тазовым и чревным нервами тех зон, которые занимают соматические афферентные проводники (Дуринян Р. А., 1965; Downman C. B., Evans M. N., 1957), т. е. существует четкое соматотопическое распределение каждого афферентного канала независимо от того, принадлежит он к соматическим или висцеральным системам. Причем, пространственное распределение этих проводников в спинном мозге обуславливается уровнем последовательного вхождения в спинной мозг. Поэтому восходящие волокна тазового нерва расположены по соседству с волокнами крестцово-поясничного сплетения и седалищного нерва, а волокна чревного нерва — с проводниками, которые идут от пояснично-грудного отдела. Эти пространственные взаимоотношения сохраняются и на уровне таламуса, а также в коре больших полушарий (Дуринян Р. А., 1965).

Было детально изучено представительство афферентных висцеральных путей и их взаимоотношения с соматическими системами в зрительных буграх. Р. А. Дуринян (1960) показал, что зона представительства чревного нерва в таламусе кошек располагается в зоне представительства туловища с заходом на зону передней и задней конечностей. Показано также, что зона представительства тазового нерва наиболее интенсивно перекрывается соматическим представительством задней конечности и менее тесно — представительством передней конечности.

В коре головного мозга зоны представительства висцеральной чувствительности располагаются в пределах областей соматической чувствительности. Интересно представлены кортикальные проекции блуждающего нерва, который в коре «бродит» подобно тому, как «бродит» на периферии. Это позволило В. Н. Черниговскому (1967) сравнить блуждающие нервы с песочными часами, причем «широкие части этой фигуры соответствовали бы распределению волокон блуждающего нерва на периферии и представительству их в коре больших полушарий. А узкий перешеек мог бы быть сравнен с расположением волокон в продолговатом мозге». Таким образом, в коре также имеется четкое перекрытие висцеральных проекционных зон и зон соматической чувствительности.

Достоверные данные получены при изучении афферентной части кортико-висцеральной рефлекторной дуги. Показано, что те или иные эффекты со стороны различных внутренних органов получены при раздражении тех извилин и борозд, которые расположены в передних отделах коры головного

мозга, т. е. при раздражении тех же участков, которые содержат представительство сенсомоторных функций. В связи с этим примечателен тот факт, что в пирамидном пути, берущем начало из двигательных областей коры головного мозга, содержится около 80% безмиелиновых нервных волокон, являющихся проводниками висцеральных импульсов, а часть волокон пирамидного пути оканчивается не в переднем роге, а на границе между передним и задним рогами, где локализованы висцеральные эфферентные нейроны (Франкштейн М. С., 1966).

Остановимся еще на одном интересном факте, выявленном экспериментами Н. Н. Беллера (1962, 1965), который пришел к выводу о том, что в передних отделах лимбической коры существуют три зоны, раздражение которых вызывает неодинаковые эффекты со стороны моторной деятельности пищеварительного тракта. Было четко показано, что раздражение одной зоны дает стимулирующий эффект, второй зоны — тормозной эффект, а при раздражении третьей зоны можно получить как тормозные, так и стимулирующие эффекты на моторику пищеварительного тракта.

Итак, мы весьма подробно разобрали два важнейших элемента кортико-висцеральной рефлекторной дуги — афферентный, имеющий важный феномен в виде перекрытия вегетативной и соматической афферентации на всех уровнях центральной нервной системы (на значении которого мы далее остановимся), и не менее сложный эфферентный. Но, по-видимому, полная схема кортико-висцеральной дуги может быть построена только путем доказательства морфологических и физиологических связей между афферентным и эфферентным звеном на уровне коры головного мозга. Эти доказательства были получены в лаборатории В. Н. Черниговского. Выделяют первую (C_1) и вторую (C_2) соматические сенсорные области, а также первую (M_1) и вторую (M_2) двигательные области. Вторая сенсорная область меньше первой, но общая картина проекции тела остается сходной. У приматов, особенно у человека, большая площадь занята представительством дистальных отделов конечностей (главным образом кисть). Это связывают со значимостью этих отделов в процессах взаимодействия организма с внешней средой. G. G. Cellesia (1963) показал, что в обеих соматосенсорных областях установлена сегментарная организация представительств в соответствии с дерматомным принципом, а I. R. Haight (1972) установил, что непрерывность и связь соседних участков представительств обусловлены периферической сегментарной иннервацией. В. Ю. Ермолаева (1962, 1963) установила связи между I и II зонами кортикального представительств чревных нервов.

Важные данные были получены при изучении связей между I и II зонами чревного нерва и некоторыми цитоархитектоническими полями коры больших полушарий. Выявлено, что имеются богатые связи I и II зон представительств чревных нервов как с кортикальными полями, так и с субкортикальными образованиями. Было, в частности, показано наличие связей I и II зон представительств чревных нервов с 24-м и 32-м цитоархитектоническими полями (т. е. с полями лимбической коры). В. Н. Черниговский (1967) считает этот факт очень важным, так как эти связи совпадают с теми точками коры, раздражение которых вызывало отчетливые изменения в двигательной функции кишечника. Аналогичные результаты были получены Н. Н. Беллером (1962). Указанные данные «позволяют предположить, что в этих наблюдениях найдено то недостающее звено в кортико-висцеральной рефлекторной дуге, которое позволяет ее замкнуть и тем самым представить в полном виде» (Черниговский В. Н., 1967). Таким образом в основе терапевтического действия иглотерапии лежит механизм

соматовисцерального взаимодействия. При возникновении какого-либо заболевания изменяется состояние не только самого органа или висцеральной системы с автономными нервными образованиями. При этом, что очень важно, нарушается их центральная регуляция. Последняя изменяется вследствие ненормальной, патологической афферентации из периферии в связи с нарушением нервных процессов, связанных с психогенными факторами, болью, расстройством обмена веществ в нервной ткани и др. Все применяющиеся способы лечения касаются воздействия на отдельные звенья патогенетической цепи — исключения этиологического фактора, коррекции патологических функциональных (или органических — оперативным путем) изменений на уровне органа, нормализации обмена веществ, устранения боли, регуляции психоэмоциональной сферы. Иглорефлексотерапия также способна воздействовать на большинство из этих звеньев патологического процесса (исключая, конечно, этиологические), влияя на местные изменения в тканях и органах, а также на неспецифические генерализованные позитивные реакции («реакции адаптации»), нормализуя нервные регуляторные процессы, устраняя боль и корригируя в определенной степени эмоциональное состояние. При этом кора головного мозга не просто принимает участие в регуляции, но и осуществляет ее контроль, поскольку исследованиями советских физиологов (Нарикашвили С. П., 1973; Дуринян Р. А., 1975) доказано существование системы кортикофугального контроля и механизма «кортикофугальной модуляции» состояния ретикулярных структур мозга.

Важнейшим пунктом этой логической схемы является специфика точек акупунктуры, так как только при воздействии на определенные в каждом конкретном случае точки достигается желаемый терапевтический эффект и возникает вся гамма специфических и неспецифических изменений в виде объективных реакций организма и субъективных ощущений.

Выше мы описали взгляды на природу активных точек R. Fūye, который рассматривает возникновение связи между точками и отдельными внутренними органами исходя преимущественно из онтогенеза организма. Р. А. Дуринян подходит к этому вопросу путем обсуждения филогенетических аспектов, организации сенсорных систем. В качестве прототипа системы активных точек он рассматривает органы боковой линии рыб — основного дистанционного органа ориентации в окружающей среде. Органы боковой линии представляют собой систему механорецепторов, воспринимающих колебания, связанные с движением самого животного и других объектов.

Эволюционно развитие рефлекторных центров мозга шло по линии обеспечения функционального единства соматической и висцеральной афферентной систем. Изменялись функции и строение отдельных рецепторов, изменялись структура и взаимосвязи ядерных образований головного мозга. Однако ранее сформированные связи не утрачивались полностью, а «зашифровывались» в новых, формирующихся системах.

В этом отношении очень важным являются связи тройничного, лицевого, языкоглоточного и блуждающего нервов. Три последних нерва имеют общее сенсорное ядро — ядро солитарного тракта. По соседству с этим и другими ядрами VII, IX и X пар черепных нервов располагаются ядра тройничного нерва, что дает морфологическую основу для широкого функционального взаимодействия между ними. Проекция из сенсорных ядер тройничного нерва локализуется в том же таламическом ядре (вентрально-заднемедиальное ядро VPM), что и проекция ядра солитарного тракта. Следовательно, и на уровне сенсорных реле зрительных бугров происходит взаимодействие афферентации из этих черепных нервов. На этом основании Р. А. Дуринян

полагает, что сигналы, поступающие на общие нейрональные элементы указанных ядер черепных нервов, могут блокировать или усиливать афферентацию, поступающую по системе блуждающего нерва от различных внутренних органов, и обеспечивать тем самым соответствующий лечебный эффект.

Еще более широкие возможности для взаимодействия афферентных сигналов разного происхождения имеются в ядрах ретикулярной формации ствола мозга и в зрительных буграх, поскольку, как указывалось выше, в них имеется соответствующая соматотопическая организация нейронных ансамблей, на которые проецируются соматические и висцеральные сигналы. Широкая конвергенция афферентации в ретикулярной формации имеет большое значение для функционирования системы тройничного нерва, взаимодействия афферентных потоков от области лица и головы с сенсорными и эффекторными системами туловища и внутренних органов, что позволяет понять принцип аурикулотерапии и аурикулодиагностики.

Механизм иглоанальгезии. Для понимания механизма действия игло-рефлексотерапии важным является рассмотрение вопроса об акупунктурной аналгезии. Проблема нейрофизиологии боли является пока еще недостаточно разработанной, и это связано с определенными трудностями, поскольку субъективный характер чувства боли невозможно оценить в эксперименте на животных, а исследования этого вопроса на человеке ограничиваются использованием материалов терапии клинических болевых синдромов. Тем не менее существуют определенные подходы, позволяющие понять механизм порой «чудодейственных» эффектов иглоанальгезии.

По существующим воззрениям, болевые афферентные импульсы проводятся по безмякотным тонким (менее 2 мкм) волокнам группы С и миелинизированным толстым (16—20 мкм) волокнам группы А-дельта с различной скоростью. Скорость проведения импульсов в волокнах группы С от 6 до 20 м/с, а в волокнах группы А-дельта 50—70 м/с. Считается, что быстро возникающая первичная легко локализуемая боль распространяется по волокнам А-дельта, а вторичная, субъективно трудно переносимая боль, ощущаемая после некоторого латентного периода, — по волокнам группы С.

Волокна групп А-дельта и С заканчиваются на нейронах заднего рога, отдав предварительно коллатерали к клеткам желатинозной субстанции. Далее, поднимаясь по спиноретикулярным и спиноталамическим путям, афферентные импульсы достигают ретикулярной формации ствола мозга и сенсорных ядер зрительных бугров, откуда они проецируются в кору головного мозга. На уровне таламокоркового звена формируется субъективное восприятие боли и ее эмоциональная окраска.

Толстые волокна группы А, проводящие тактильную и проприоцептивную чувствительность, попадая в спинной мозг и не входя в контакт с нейронами заднего рога, послаив коллатерали к клеткам желатинозной субстанции, поднимаются по задним столбам. Здесь после переключения в ядрах Голля и Бурдаха продолговатого мозга и выделения коллатералей к ретикулярной формации делают перекрест и присоединяются к неоспиноталамическому пучку, оканчиваясь в соответствующих ядрах зрительного бугра, откуда также проецируются в определенные области сенсорной коры. Таким образом, взаимодействие систем чувствительности — болевой и других ее видов — происходит на всех уровнях центральной нервной системы.

Наиболее широко признанной концепцией нейрофизиологических механизмов боли в настоящее время является теория «контроля входных ворот» боли (Melzack R., Wall P., 1965). Согласно этой теории, на уровне спинного мозга функционирует система, контролирующая прохождение болевых им-

пульсов выше корешкового и спинального уровня. Ядром этой системы являются нейроны желатинозной субстанции, обладающие тормозным влиянием на переключаательные нейроны заднего рога, а также тормозящие проведение импульсов по волокнам заднего корешка, вызывая их деполяризацию (пресинаптическое торможение). При этом коллатерали толстых волокон группы А стимулируют образующим образом действуют на нейроны желатинозной субстанции, усиливая их ингибирующую функцию, в результате которой блокируется проведение болевых импульсов. Напротив, импульсы, идущая по волокнам групп А-дельта и С, тормозит нейроны желатинозной субстанции и устраняет тем самым их ингибиторный эффект на проведение боли (рис. 18).

Этим объясняется тот факт, что стимуляция толстых нервных волокон различного вида тактильными и тепловыми воздействиями на кожу помогает устранению боли. На этом основаны разнообразные способы уменьшения боли, в том числе и стимуляция задних столбов электрическим током при нестерпимых болях. Вероятно, таким же образом на сегментарном уровне

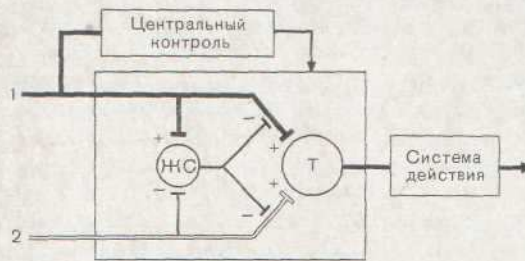


Рис. 18. Схема системы контроля афферентного входа (по Melzack R., Wall P., 1965).

1 — толстые миелиновые волокна; 2 — тонкие безмиелиновые волокна; ЖС — желатинозная субстанция; Т — нейроны первого центрального переключения; (+) — возбуждающее действие; (-) — тормозное действие.

обеспечивается анальгетический эффект при иглотерапии. По мнению I. Россу, при иглоанальгезии возникает стимуляция волокон А-бета, в результате чего блокируется проведение боли.

Следующим уровнем этой системы является ствол мозга, его ретикулярная формация, в которой происходит конвергенция практически всей афферентации, что дает возможность для взаимодействия разных ее модальностей и влияния на восходящие и нисходящие эффекты этого отдела неспецифических систем. Через нисходящие влияния регулируется описанный сегментарный контроль «входных ворот боли», а восходящие проекции воздействуют на таламокорковое звено восприятия боли. Иглотерапевтические воздействия по ранее описанным механизмам воздействуют на звено регуляции боли. По-видимому, на этом уровне возникает анальгетический эффект и при иглоаурикулотерапии, поскольку здесь происходит взаимодействие системы тройничного нерва и иной соматической и висцеральной афферентации.

При иглоанальгезии существенное значение имеет и корковый уровень. Целенаправленное воздействие на активные точки может влиять на психическое состояние и на эмоциональное восприятие боли человека опосредованно через стволково-таламо-корковые связи. С другой стороны, в данном случае имеет важное значение и суггестивный фактор. Известно, что

наиболее благоприятные результаты при акупунктурной анестезии достигаются у больных, верящих в возможности этого метода. Снятие эмоционального напряжения, релаксации больного, его позитивная психотерапевтическая стимуляция, как известно, имеют значительное влияние на характер субъективного восприятия боли, ослабляя его.

Наряду с описанными нейрофизиологическими механизмами игло-рефлексотерапии и акупунктурной анестезии следует отметить и очень возможное значение нейрохимических систем мозга в обеспечении эффектов этих методов. Сейчас показана важнейшая роль нейромедиаторов норадреналина, серотонина, дофамина, ацетилхолина, гамма-аминомасляной кислоты в обеспечении таких важных функций мозга, как регуляция сна и бодрствования, эмоциональные состояния, восприятие боли, нейроэндокринная регуляция и др. Нельзя объяснить длительный эффект иглотерапии и иглоанальгезии, продолжающийся после окончания воздействия на точку акупунктуры, только нейрофизиологическими механизмами. В экспериментальных исследованиях выявлено, что блокада синтеза серотонина или его разрушение вызывают у животных повышение чувствительности к болевым воздействиям. Показано существенное значение в этом аспекте и других нейромедиаторов (Вальдман А. В., Игнатъев Ю. Д., 1976).

Вышеописанные мозговые структуры, в частности некоторые ядра ретикулярной формации ствола мозга, через которые, как предполагают, опосредуется эффект иглотерапии, являются местами скопления некоторых нейромедиаторов, в основном серотонина, норадреналина и дофамина. Из тел нейронов этих ядер медиаторы по аксонам транспортируются в различные мозговые структуры, оказывая влияние на многие функции мозга. При этом эффекты стимуляции ядер, в которых накапливается тот или иной медиатор, биохимические или другие воздействия, изменяющие его нормальный обмен, имеют продолжительный характер. Можно предположить, что воздействие на точки акупунктуры через описанные нейрогенные или гуморальные пути влияет на обмен нейромедиаторов, изменяя функциональное состояние мозга в целом и его отдельных систем. С этих позиций, вероятно, можно объяснить различия действия иглоукалывания на отдельные органы или висцеральные системы, эмпирически найденные наиболее оптимальные часы воздействия, так как обмен нейромедиаторов тесно связан с циркадным и другими биологическими ритмами.

В последнее время все большее внимание уделяется исследованию эндогенных опиатоподобных веществ — энкефалинов и эндорфинов. Эндорфины, вырабатываемые в гипофизе, при введении в мозг экспериментальным животным оказались активнее приблизительно в 100 раз, чем морфин. Эти пептиды оказывают значительное воздействие на важнейшие метаболические (энергетические) процессы в мозге.

В исследованиях В. Pomerans (1977) и В. Pomerans с соавт. (1977) было показано, что акупунктурная анальгезия у экспериментальных животных снижает частоты импульсации нейронов мозга в ответ на боль в течение 90 мин. После удаления гипофиза этот эффект исчезал. Полученные результаты дали авторам основание предположить, что в механизме действия акупунктурной анальгезии важную роль играют гормональные факторы и, в частности, эндорфины. Действительно, предварительное введение препарата налоксона — вещества, блокирующего опиатные рецепторы нейронов, устраняло эффект иглоанальгезии.

Важным является и то обстоятельство, что различные типы этих соединений оказывают также выраженное воздействие на эмоциональную сферу (Вартанян М. Е., Линдеман Р. Р., 1978). Все это позволяет объяснить

длительные эффекты акупунктурного воздействия, трудно понимаемые с позиций лишь нейрофизиологического подхода. Кроме того, эти факты, как и вышеприведенные, убедительно опровергают мнение о единственно психотерапевтическом механизме действия иглорефлексотерапии и все больше выявляют ее материальный субстрат.

В заключение можно сказать, что, хотя имеются определенные достижения в разработке механизма иглорефлексотерапии, многие вопросы находятся только на пути разрешения — в форме гипотез, теоретических концепций. Успехи в этих исследованиях возможны лишь на основе мультидисциплинарного подхода к изучаемым вопросам и связаны с решением ряда общих и конкретных проблем организации деятельности центральной нервной системы, нейросоматических взаимоотношений, патофизиологии отдельных заболеваний организма. Кроме чисто теоретических разработок, дальнейшая разработка проблемы механизма действия иглотерапии позволит выявить новые возможности для усовершенствования и дальнейшего развития этого древнего лечебного метода.

Глава

III

Методические

ОСНОВЫ

рефлексотерапии

При лечении больных методом иглорефлексотерапии для получения терапевтического эффекта необходимо учитывать три основных фактора раздражающего воздействия: место, метод и момент. Наш педагогический опыт показывает, что предварительное изучение составных звеньев этих факторов облегчает усвоение материала начинающими специалистами.

§ 1. Способы определения локализации точек акупунктуры

Определение условных линий по Чжу-Лянь

Для удобства определения точек воздействия Пекинским институтом иглотерапии все точки систематизированы по анатомическим областям: голова, шея, лопатка, грудь, живот, конечности. Каждая область разделена на условные линии и части, на которых располагаются точки акупунктуры.

Область головы и шеи:

- средняя линия головы; начинается от кончика носа, идет вверх до остистого отростка С₇ позвонка;
- первая боковая линия; начинается от внутреннего угла глаза;
- вторая боковая линия; начинается от середины глаза;
- третья боковая линия; начинается от наружного угла глаза.

Боковые линии головы, проходя через теменную область, веерообразно расходятся в стороны, а затем в затылочно-шейной области направляются кнутри, сходясь в точке 14 XIII да-чжуй — между остистыми отростками С₇—Д₁ позвонков.

Область спины, лопатки, поясницы:

- средняя линия спины; проходит через позвоночный столб;
- вторая боковая линия; проходит по внутреннему краю лопатки, определяется в положении сидя с приведенными, опирающимися на локти руками и наклоненной головой;
- первая боковая линия; проходит по середине расстояния между средней и второй боковой линией.

Область груди:

- средняя линия груди; проходит через середину грудины;
- первая боковая линия; проходит через середину расстояния между средней линией и второй боковой линией;
- вторая боковая линия; соответствует сосковой линии (для женщин соответствует срединно-ключичной линии);
- третья боковая линия; проходит на 2 цуня¹ кнаружи от сосковой линии, или на 6 цуней от средней линии;
- четвертая боковая линия груди; соответствует средней подмышечной линии.

Область живота:

- средняя линия; является продолжением средней линии груди;
- первая боковая линия; проходит на 0,5 цуня кнаружи от средней линии;

¹ Цунь — относительная единица измерения (см. с. 99).

— вторая боковая линия; является продолжением первой боковой линии груди;

— третья боковая линия; является продолжением второй боковой линии груди;

— четвертая боковая линия; идет от конца XII ребра до передней ости подвздошной кости.

Область руки. Ладонная поверхность:

— ладонно-лучевая линия; начинается у лучевого конца корня ногтя I пальца, кнаружи от него примерно на 0,3 см (111 шао-шан), затем идет по лучевому краю до лучезапястного сустава, на предплечье между сухожилиями лучевого сгибателя кисти и длинной отводящей мышцей I пальца, у внутреннего края плечелучевой мышцы и наружного края длинного сгибателя большого пальца, по складке локтевого сгиба у наружного края сухожилия двуглавой мышцы плеча, по плечу — между двуглавой и плечевой мышцами;

— ладонно-срединная линия, начинается от кончика III пальца, отступя на 0,3 см от ногтя (9IX чжун-чун), идет между III и IV пястными костями вверх до центра лучезапястного сустава, между сухожилиями *m. flexor carpi radialis'* и *m. palmaris longus* через центр складки локтевого сгиба, между головками двуглавой мышцы;

— ладонно-локтевая линия; начинается у лучевого края концевой фаланги V пальца, на 0,3 см кнаружи, т. е. в лучевую сторону — (9V шао-чун) от корня ногтя, проходят между IV и V пястными костями до дистальной складки лучезапястного сустава, затем по лучевому краю сухожилия *m. flexor carpi ulnaris* до локтевой складки дальше — по локтевому краю двуглавой мышцы до нижнего края большой грудной мышцы.

Тыльная поверхность:

— тыльно-лучевая линия руки; начинается отступя от корня ногтя II пальца кнаружи на 0,3 см (111 шан-ян), идет кверху между I и II пястными костями, по лучевому краю лучевой кости, у края локтевого сгиба, по наружному краю трехглавой мышцы до нижнего края дельтовидной мышцы;

— тыльно-срединная линия; начинается от корня ногтя IV пальца, на 0,3 см с локтевой стороны (1X гуань-чун), идет по локтевому краю IV пальца между IV и V пястными костями, делает резкий поворот к середине лучезапястного сустава, затем по локтевому краю *m. extensor digitorum communis* до центра олекрanon посредине трехглавой мышцы, до нижнего края дельтовидной мышцы;

— тыльно-локтевая линия; начинается от корня ногтя V пальца, приблизительно на 0,3 см с локтевой стороны (1VI шао-цзэ), идет по локтевому краю кисти, предплечья до *sulcus ulnaris* плечевой кости.

Область ноги. Передняя поверхность:

— наружная линия передней поверхности ноги; начинается на 0,3 см кнаружи от корня ногтя IV пальца (44XI цзу-цяо-инь), идет между IV — V плюсневыми костями, проходит через наружную лодыжку, по переднему краю малоберцовой кости, по наружному краю бедра до большого вертела;

— средняя линия передней поверхности ноги; начинается на 0,3 см кнаружи от корня ногтя II пальца (45III ли-дуй), проходит между II и III плюсневыми костями, между *m. extensor digitorum longus* и *m. extensor hallucis longus* на голени по латеральному краю *m. tibialis anterior*, затем по латеральному краю коленной чашечки, между *m. rectus femoris* и *m. vastus lateralis* и заканчивается на месте встречи *m. sartorius* и *m. tensor fasciae latae*.

— внутренняя линия передней поверхности ноги; начинается на 0,3 см кнаружи от корня ногтя I пальца (1XII да-дунь), идет между I и II плюсневых

ми костями, кпереди от внутренней лодыжки, по заднему краю большеберцовой кости и по внутреннему краю четырехглавой мышцы бедра.

Медиальная поверхность:

— средняя линия внутренней поверхности; начинается впереди и книзу от внутренней лодыжки, идет на голени параллельно медиальной передней линии soleus у внутреннего края камбаловидной мышцы и посередине бедра в виде изогнутой линии;

— задняя линия внутренней поверхности; начинается на 0,3 см кнутри от корня ногтя I пальца (II Винь-бай), идет по внутреннему краю стопы точно по границе «белой и красной кожи» (тыла и подошвенной поверхности), по внутреннему краю ахиллова сухожилия и *m. gastrocnemius* до внутренней части подколенной впадины и заканчивается между полусухожильной и полуперепончатой мышцами.

Задняя поверхность:

— средняя линия; начинается в промежутке между II и III плюсневыми костями в центре подошвы (IVIII юн-цюань), на подошве огибает пяточную кость, идет посередине *m. gastrocnemius*, в щели между двуглавой мышцей и *m. semitendinosus*, заканчивается у верхнего края ягодичной мышцы;

— наружная линия; начинается на 0,3 см кнаружи от корня ногтя V пальца стопы (67 VII чжи-инь), идет по границе тыльной и подошвенной поверхностей стопы, поворачивает под прямым углом вверх и идет по заднему краю малоберцовой кости до подколенной ямки.

Определение локализации

точки акупунктуры с использованием мерных отрезков как единицы измерения (индивидуально-пропорциональный цунь)

Пропорциональный цунь — это деление определенного расстояния между областями тела на известное количество равных частей (независимо от роста, возраста и пола), причем пропорциональный цунь одной и той же области тела у разных людей имеет различную величину.

Для определения местоположения точки воздействия в пропорциональных цунях удобно пользоваться эластичной лентой с нанесенными на нее делениями от 1,5 до 3 см, соответствующими индивидуальными значениями цуня и максимальному количеству цуней. Отсчет цуней производится от нулевого деления. Эластичную ленту накладывают на соответствующую область с эмпирически выведенным определенным числом цуней (табл. 7). Если ленту приходится растягивать, то при этом равномерно увеличиваются и нанесенные на нее деления, что облегчает разметку в цунях расстояния между областями тела. Нужно еще раз подчеркнуть, что индивидуально-пропорциональный (субъективный) цунь — не абсолютная мера, а относительная величина, которая соотносится с величиной тела. Его не следует путать с абсолютным цунем как единицей измерения, где 1 цунь = 2,5 см.

Для облегчения пользования табл. 7 ниже приводится детальное описание существующих измерений по областям тела (рис. 19, 20, 21).

Область головы — шея. Сагиттальные размеры:

— расстояние от середины передней до середины задней границы волосистой части головы или от точки ВМЗ инь-тан (находится в середине между внутренними концами бровей) до точки 17XIII нао-ху (находится по средней линии на верхнем крае затылочного бугра) делится на 12 цуней;

Таблица 7

Деление областей тела на пропорциональные части

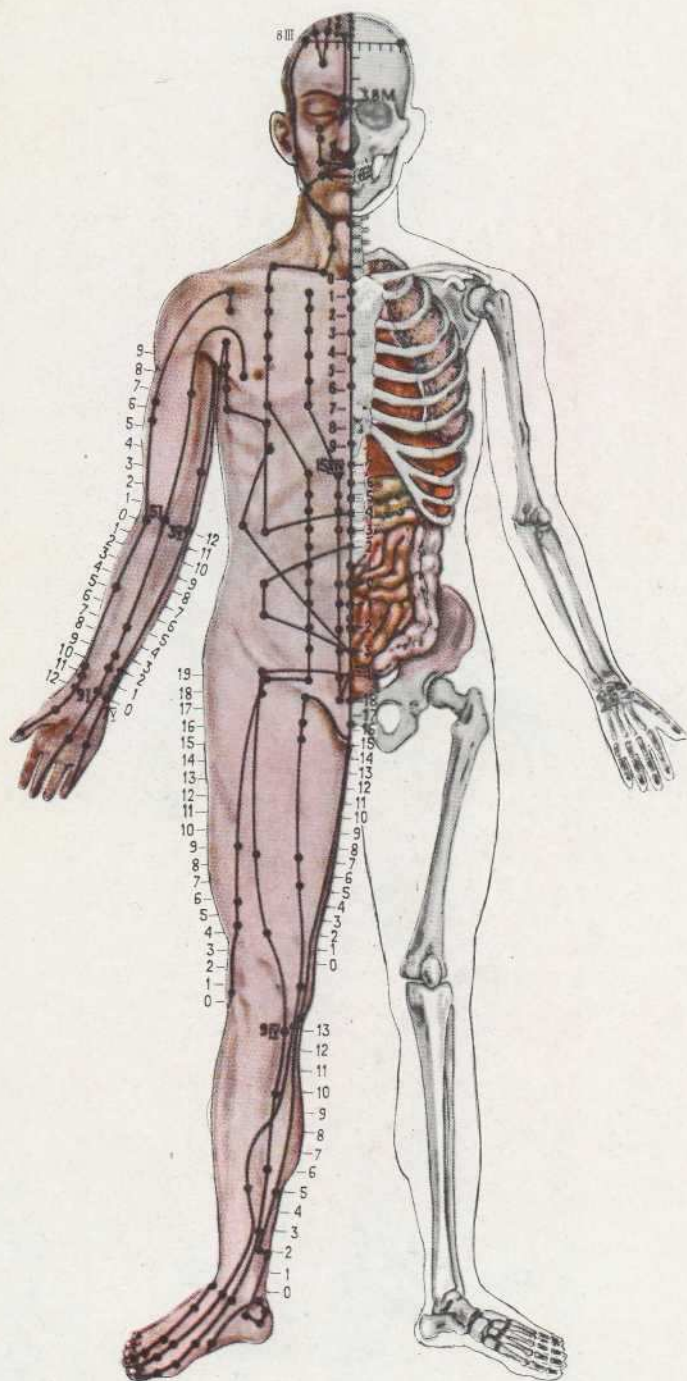
| Расстояние между областями тела | Число делений в цунях |
|---|-----------------------|
| <i>Голова — шея</i> | |
| От середины передней до середины задней границы волосистой части головы | 12 |
| От точки ВМЗ инь-тан до точки 17ХШ нао-ху | 12 |
| » » ВМЗ инь-тан до середины передней границы волосистой части головы | 3 |
| » » 14ХШ да-чжуй до середины задней границы волосистой части головы | 3 |
| Между сосцевидными отростками | 9 |
| » точками 8Ш тоу-вэй | 9 |
| <i>Передняя поверхность туловища</i> | |
| От яремной вырезки грудины до точки пересечения реберных дуг с белой линией живота | 9 |
| От точки пересечения реберных дуг с белой линией живота (нижний край реберно-грудинного сочленения) до середины пупка | 8 |
| От точки 15ХIV цзю-вэй, которая располагается на переднесрединной линии книзу от конца мечевидного отростка на 1,5 см, до середины пупка | 7 |
| От центра пупка до середины верхнего края лонного сочленения | 5 |
| Между сосками, а у женщин — между двумя среднеключичными линиями | 8 |
| Между переднесрединной и первой боковой линиями груди | 2 |
| » » » второй » » » | 4 |
| » » » третьей » » » | 6 |
| » » » первой » » живота | 0,5 |
| » » » второй » » » | 2 |
| » » » третьей » » » | 4 |
| <i>Задняя поверхность туловища</i> | |
| От задней срединной линии до внутреннего края лопатки (до второй боковой линии спины) | 3 |
| От задней срединной до первой боковой линии спины (равно 1/2 расстояния от задней срединной до второй боковой линии спины) | 1,5 |
| От задней срединной до первой боковой линии поясницы | 1,5 |
| » » » » второй » » » | 3 |
| <i>Рука</i> | |
| От передней подмышечной складки до локтевой складки | 9 |
| » задней » » » конца локтевого отростка | 9 |
| От локтевой складки до складки, соответствующей точке 7V шэнь-мэнь | 12 |
| От точки 4X ян-ги до конца локтевого отростка | 12 |
| <i>Нога</i> | |
| От нижнего края коленной чашечки до большого вертела бедренной кости | 19 |
| От верхнего края внутреннего надмыщелка бедра (уровень его совпадает с уровнем верхнего края коленной чашечки) до верхнего края лобковой кости | 18 |
| От середины ягодичной складки до середины подколенной складки | 13 |
| От нижнего края коленной чашечки (или верхнего края наружного мыщелка большеберцовой кости) до центра (наиболее выступающей части) наружной лодыжки | 16 |
| От точки 9IV инь-лин-цюань до центра (наиболее выступающей части) внутренней лодыжки | 13 |
| Расстояние от точки 60VII кунь-лунь до точки 40VII вэй-чжун | 16 |

— расстояние от средней точки между бровями ВМЗ инь-тан до середины передней границы волосистой части головы делится на 3 цуня;

— расстояние от точки 14ХШ да-чжуй (в середине между остистыми отростками VII шейного и I грудного позвонков) до середины задней границы волосистой части головы равняется 3 цуням.

Горизонтальные размеры:

— расстояние между сосцевидными отростками делится на 9 цуней;



Деление областей тела на пропорциональные части в цунях (вид спереди).
Черточками и цифрами обозначены цуни.

Рис. 19.

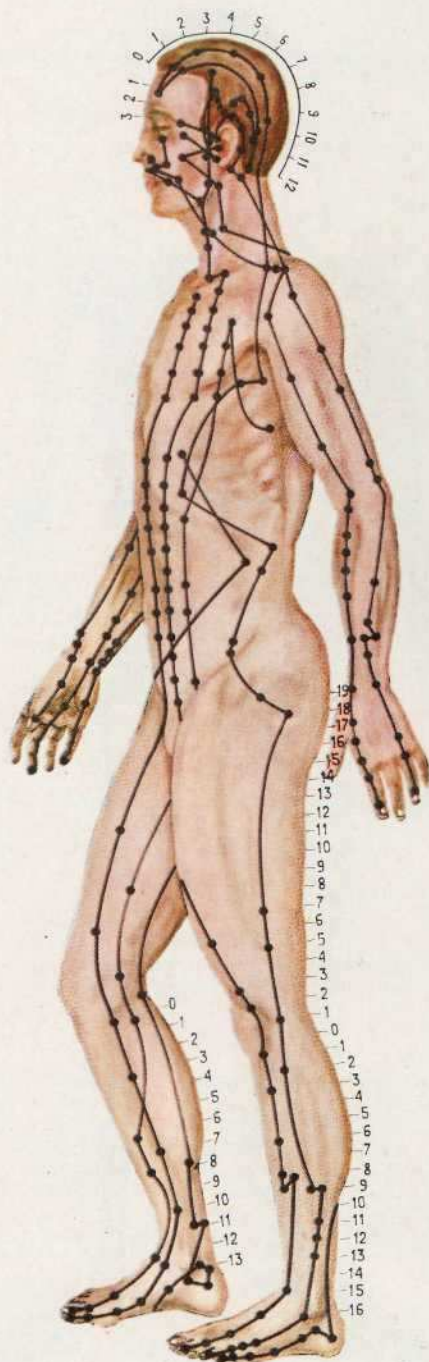
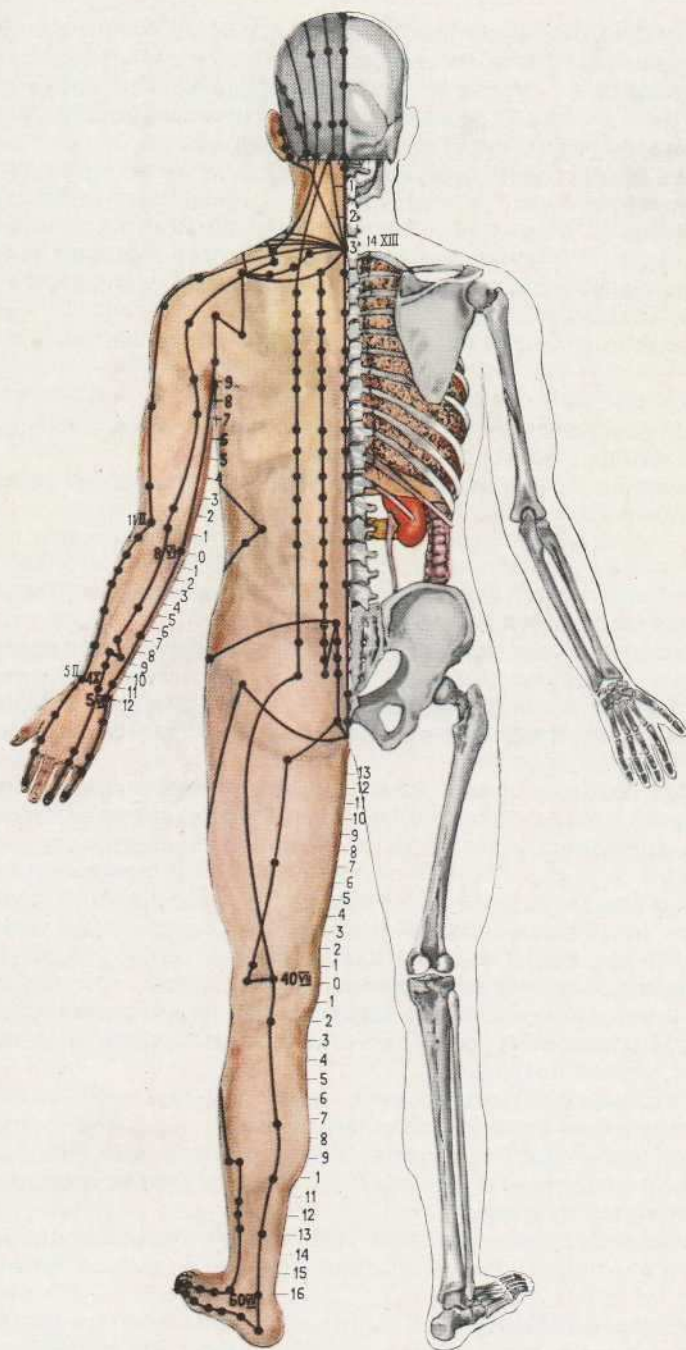


Рис. 20. Деление областей тела на пропорциональные части в цунях (вид сбоку).



Деление областей тела на пропорциональные части в цунях (вид сзади).

Рис. 21.

— расстояние между обеими точками 8Ш тоу-вэй делится на 9 цуней.

Передняя поверхность туловища. Вертикальные размеры:

— расстояние от яремной вырезки грудины до точки пересечения реберных дуг с белой линией живота делится на 9 цуней (однако, вертикальное измерение груди производят главным образом по счету ребер);

— расстояние от точки пересечения реберных дуг с белой линией (нижний край реберно-грудинного сочленения) до середины пупка делится на 8 цуней. При выраженном мечевидном отростке грудины нужно находить точку 15XIV цзю-вэй, которая располагается на переднесрединной линии книзу от конца мечевидного отростка на 1,5 см, и от нее до середины пупка делить расстояние на 7 цуней;

— от середины пупка до середины верхнего края лонного сочленения 5 цуней.

Горизонтальные размеры:

— расстояние между сосками у мужчин, между двумя среднеключичными линиями у женщин делится на 8 цуней;

— расстояние между переднесрединной линией груди и первой боковой линией груди составляет 2 цуня;

— расстояние между переднесрединной линией груди и второй боковой линией груди составляет 4 цуня;

— расстояние между переднесрединной линией груди и третьей боковой линией груди составляет 6 цуней;

— расстояние между переднесрединной линией живота и первой боковой линией живота составляет 0,5 цуня, т. е. $\frac{1}{8}$ расстояния от переднесрединной линии до третьей боковой линии живота, которая является продолжением книзу сосковой или среднеключичной линии и отстоит от переднесрединной линии на 4 цуня;

— вторая боковая линия живота, являющаяся продолжением первой боковой линии груди, отстоит от переднесрединной линии на 2 цуня.

Задняя поверхность туловища. Вертикальные размеры: при определении вертикальных размеров можно использовать естественные анатомические ориентиры — от IV поясничного позвонка (в положении лежа на боку или сидя при соединении самых верхних выступающих точек гребней подвздошных костей). Для ориентации служат остистые отростки: при опущенной голове следует ориентироваться на остистый отросток VII шейного позвонка, а в положении сидя с опущенными вниз руками — на остистый отросток VII грудного позвонка, IV поясничного позвонка и остистый отросток II крестцового позвонка.

Горизонтальные размеры:

— расстояние от задней срединной линии до внутреннего края лопатки, т. е. до второй боковой линии спины, делится на 3 цуня. Чтобы правильно определить это расстояние, больной должен сидеть с наклоненной головой, руки прилегают к туловищу;

— расстояние от задней срединной до первой боковой линии спины равно половине расстояния от задней срединной линии до второй боковой линии и составляет 1,5 цуня.

Верхние конечности. П л е ч о:

— расстояние от передней подмышечной складки до локтевой складки составляет 9 цуней. Это измерение применяется для нахождения точек меридианов I (легких), IX (перикарда), V (сердца);

— расстояние от задней подмышечной складки до конца локтевого отростка — 9 цуней. Это измерение применяется для нахождения точек меридианов II (толстой кишки), X (тройного обогрвателя).

Предплечье:

— расстояние от локтевой складки до лучезапястной складки — 12 цуней. Иногда в области лучезапястного сустава выражены несколько складок. Отсчет ведут от складки, которая соответствует точке 7V шэнь-мэнь. Ее легко найти, так как она располагается в отчетливо ощущаемой ямке, образованной гороховидной костью, нижним концом локтевой кости и сухожилием локтевого сгибателя кисти. Эту ямку легко найти, когда рука слегка согнута и ладонь обращена вверх. Чаще всего определяются две лучезапястные складки, и проксимальная соответствует 7V шэнь-мэнь. Это измерение используется для нахождения точек меридианов I (легких), IX (перикарда), V (сердца), расположенных на предплечье.

Тыльная поверхность предплечья:

— расстояние между точками 5II ян-си и 11III цюй-чи составляет 12 цуней (5II ян-си находится в анатомической табакерке, между сухожилиями короткого разгибателя и длинного разгибателя I пальца руки, у конца лучезапястной складки; 11III цюй-чи — у наружного конца локтевой складки, несколько кнаружи от него, когда рука согнута под углом 90° в локтевом суставе). Это измерение применяется для нахождения точек меридиана II (толстой кишки);

— расстояние от точки IX ян-чи до конца локтевого отростка — 12 цуней (IX ян-чи находится на тыле лучезапястного сустава, несколько в локтевую сторону от середины тыльной лучезапястной складки, у лучевого края сухожилия общего разгибателя пальцев). Это измерение используется для нахождения точек меридиана X (тройного обогревателя);

— расстояние от точки 5VI ян-гу до конца локтевого отростка — 12 цуней (5IV ян-гу находится на локтевом крае лучезапястного сустава между шиловидным отростком и трехгранной костью во впадине и определяется при согнутом лучезапястном суставе, у конца лучезапястной складки). Это измерение применяется для нахождения точек меридиана VI (тонкой кишки), расположенных на предплечье.

Нижние конечности. Бедро:

— расстояние от середины ягодичной складки до середины подколенной складки составляет 13 цуней. Это измерение используется для нахождения точек меридиана VII (мочевого пузыря) на задней поверхности бедра;

— расстояние от нижнего края коленной чашечки до большого вертела бедренной кости — 19 цуней. Это измерение применяется для нахождения точек меридианов XI (желчного пузыря) и III (желудка), расположенных на бедре;

— расстояние от верхнего края внутреннего надмышелка бедра и внутреннего края коленной чашечки до верхнего края лобковой кости — 18 цуней. Верхний край внутреннего надмышелка бедра и прощупываемая часть внутреннего края коленной чашечки приблизительно совпадают с уровнем верхнего края. Это измерение используется для нахождения точек меридиана IV (селезенки — поджелудочной железы), XII (печени) и VIII (почек).

Голень:

— расстояние от точки 60VII кунь-лунь до точки 40VII вэй-чжун делится на 16 цуней (60VII кунь-лунь находится во впадине между латеральной лодыжкой и ахилловым сухожилием, 40VII вэй-чжун — в центре подколенной складки). Это измерение применяется для нахождения точек меридиана VII (мочевого пузыря);

— расстояние от нижнего края коленной чашечки или верхнего края наружного мышелка большеберцовой кости до центра наиболее выступаю-

шей части наружной лодыжки — 16 цуней (в таблицах Чжу Лянь расстояние от точки 35III ду-би, которая находится у нижнего края коленной чашечки и верхнего края наружного мыщелка большеберцовой кости, до верхнего края наружной лодыжки разделено на 14 цуней). Это измерение используется для нахождения точек меридианов XI (желчного пузыря) и III (желудка);

— расстояние от точки 9IV инь-лин-цюань до центра (наиболее выступающей части) внутренней лодыжки — 13 цуней (9IV инь-лин-цюань находится книзу от внутренней поверхности коленного сустава, под внутренним мыщелком большеберцовой кости на уровне точки 34XI ян-лин-цюань, которая располагается спереди и книзу от головки малоберцовой кости в хорошо прощупываемой ямке). Это измерение используется для нахождения точек меридианов IV (селезенки — поджелудочной железы), XII (печени) и VIII (почек).

Определение

точки акупунктуры методом пальпации

В зоне, соответствующей локализации точки акупунктуры, кончиком полусогнутого пальца мягкими надавливающими движениями производят пальпацию. При этом выявляются:

- точки (зоны) с максимальной болевой чувствительностью;
- точки (зоны) со сниженным тургором тканей (иногда ощущение «ямки без дна», т. е. в проекции точки кончик пальца не получает ощущения пальпируемого дна ямки);
- точки (зоны) с некоторым уплотнением ткани.

Определение

точек акупунктуры аппаратным методом

Для нахождения точек воздействия используют различные электрические детекторы (аппараты). Они основаны на принципе более низкого сопротивления в акупунктурной точке к постоянному току, чем кожных зон в ее непосредственном окружении. Электрофизиологическими исследованиями обнаружено, что кожа, особенно в местах локализации активных точек, в ответ на болезнь реагирует изменением своих электрических характеристик. Имеется много методов электроакупунктурной диагностики, на которых более подробно остановимся в главе IV, §6.

§ 2. Акупунктурная игла

(форма, конструкция игл, стерилизация и хранение)

В настоящее время для проведения процедуры иглоукалывания используют тонкие иглы с заостренным концом (рис. 22).

В глубокой древности в Китае вместо игл использовали острые концы камня, осколки фарфора, иглы из бамбука, а в последующем, с появлением металла, начали изготавливать металлические иглы: золотые, серебряные, железные и стальные. Иглы имели разнообразную форму. В медицинской книге «Хуанди Нэйцзин», написанной 2000 лет назад, сообщается о девяти

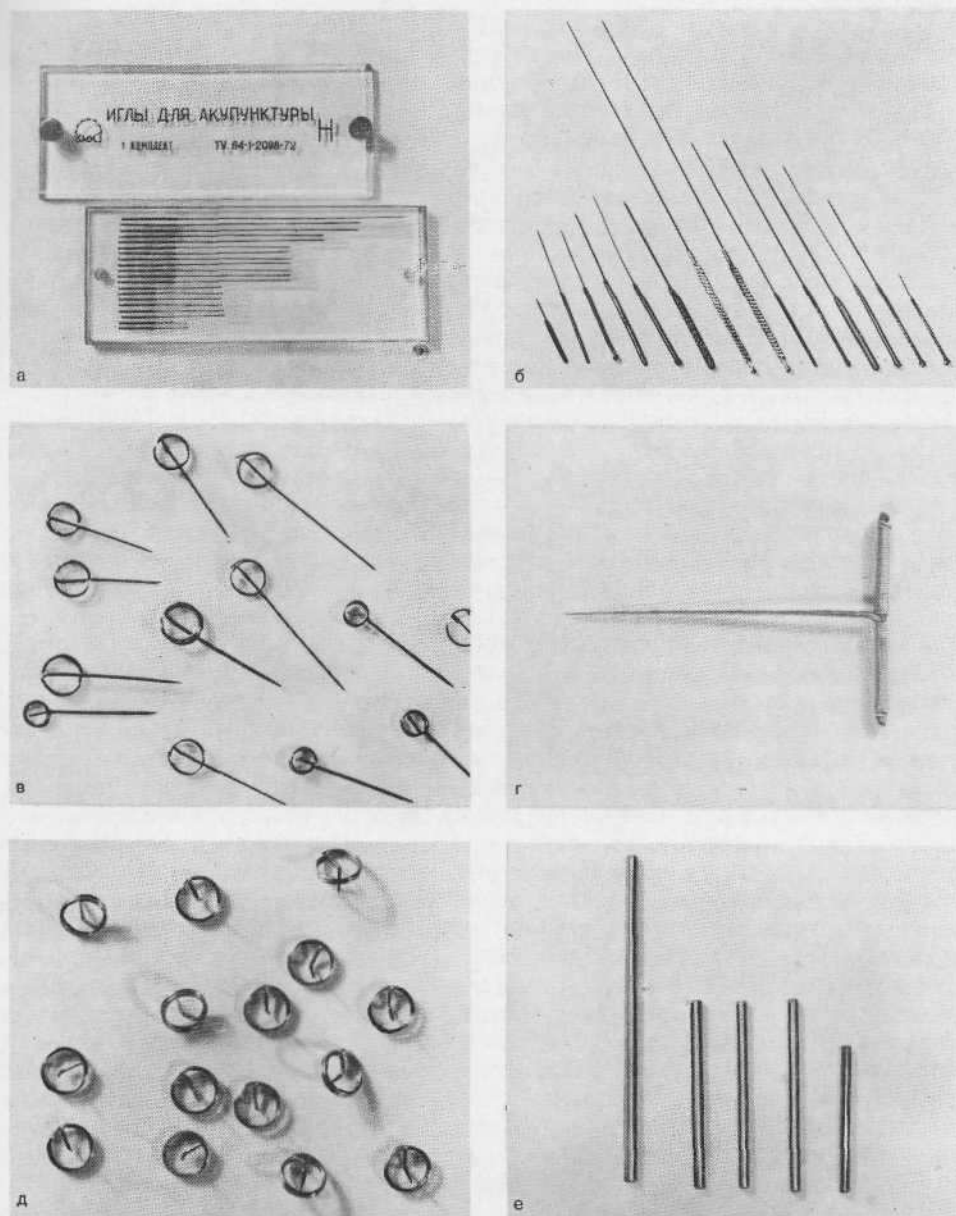


Рис. 22.

Акупунктурные иглы.

а — иглы отечественного производства; б — иглы зарубежного производства; в — микроиглы; г — Т-образная игла; д — иглы-кнопки (для ауркулотерапии); е — трубочки для введения игл.

формах игл. Некоторые из этих игл были предназначены не только для иглоукалывания, но и служили одним из основных хирургических инструментов. Так, например, острую «стреловидную иглу» применяли для вскрытия фурункулов, а круглая игла, напоминающая по форме зонд с пуговчатым концом, служила для расщепления мышц при операции.

Чжу Лянь (1959) описывает восемь форм игл, применяемых в Китае.

1. Круглая игла с длинной ручкой, коротким стержнем, на конце с пуговчатым утолщением. Применяется для нахождения точек и для надавливания на точки.

2. Кожная игла с несколькими концами, длина которых 0,45—0,5 см, применяется для поверхностного укола при параличах периферических нервов и парестезиях. При отсутствии готовых коротких кожных игл можно пользоваться пучком из обычных швейных игл, прикрепленных к палочке.

3. Кожная игла, имеющая конец длиной 0,9 см, — детская игла.

4. Для лечения судорог и болей и при необходимости длительного оставления иглы рекомендуют Т-образные. Ручка ее выполняется из сплава, содержащего серебро, а стержень — из сплава, содержащего золото. Ручка и стержень имеют одинаковую длину — по 2,5 см и припаяны перпендикулярно друг другу.

5. Круглая игла с острым концом длиной 4,8 см. Применяется редко — при лечении коллапса и параличей периферических нервов.

6. Тонкая короткая игла длиной 1,5—2 см.

7. Тонкая игла среднего размера длиной 4,5 см.

8. Тонкая игла длиной от 7,5 до 9 см.

В странах Востока в прошлом чаще пользовались иглами из драгоценных металлов — золота, серебра и платинового сплава. По мнению специалистов этих стран, недостатком подобных игл являются дороговизна и излишняя гибкость. Поэтому в настоящее время обычно применяются иглы из нержавеющей стали и других твердых сплавов. Используют тонкие иглы с заостренным концом, в основном из сплава высших марок нержавеющей стали (нихром), и при необходимости — из сплава золота, серебра, так как считается, что золотые иглы оказывают возбуждающее действие, а серебряные — успокаивающее. Состав золотой иглы: золота 75%, серебра 13%, красной меди 12%. Состав серебряной иглы: серебра 80%, красной меди 17%, рафинированной меди 3%. Исследования, проведенные в Горьковском медицинском институте в 1959 г. (Ионин М. В.), показали, что электрический потенциал игл из разных металлов не одинаков: наиболее высокий положительный потенциал был обнаружен у золотой иглы, наиболее низкий — у серебряной, средний — у иглы из нержавеющей стали. По мере нахождения игл в сыворотке крови потенциал их меняется: золотой иглы несколько снижается, иглы из нержавеющей стали заметно возрастает, в связи с чем возрастает, по-видимому, и ее активность.

В Советском Союзе (Казань) изготавливают иглы из нержавеющей стали. В набор входят 20 игл различной длины: 1,5; 3; 5; 6,5; 8 и 10 см. Диаметр этих игл от 2 до 5 мм.

Игла имеет следующие четыре части независимо от формы, длины и толщины: ручку, основание (стержень под ручкой), стержень (вне ручки), конец иглы.

К каждой из этих четырех частей предъявляются требования, которые надо учитывать при их изготовлении. Ручка иглы не должна быть ни короткой (иначе за нее нельзя взяться тремя пальцами), ни очень длинной (в этом случае при проведении поверхностного вертикального укола она окажется неустойчивой). Стержень — это рабочая часть иглы, по которой определя-

ется ее длина. Стержень и ручка должны быть из цельного металла, иначе игла будет легко ломаться у основания.

Игла, применяемая для процедуры, должна быть прямой. Для того чтобы выявить изогнутость, иглу держат концом вниз, вращают ее и следят за радиусом вращения конца. Большой радиус свидетельствует о том, что имеется изогнутость иглы. Изогнутую иглу выпрямляют следующим образом: двумя пальцами одной руки держат ручку иглы, а пальцами другой руки, плотно сжав основание ручки, как бы проглаживают стержень. Можно также отводить изогнутую часть иглы в противоположную сторону, причем делать это надо медленно, чтобы избежать перелома иглы.

При необходимости тупой конец иглы затачивают, затем отшлифовывают, а снаружи острый конец слегка притупляют.

Вводят иглу только до основания, т. е. основание иглы должно оставаться снаружи (из-за возможного перелома иглы именно у основания). Конец иглы должен быть не тупым и не очень острым. При тупом конце игла вводится с трудом и травмирует ткань, а если конец слишком острый, то он часто сгибается, особенно при упоре в кость, может обломиться.

Весь медицинский инструментарий, применяемый при манипуляциях — иглы для акупунктуры и электроакупунктуры, микроиглы из нихрома, игольчатый молоточек (головка), металлические трубочки, металлические шарики и др. — после каждого использования должен подвергаться тщательной очистке, мытью и стерилизации (см. приказ Министерства здравоохранения СССР № 300 от 8/IV 1977 г. «Об усилении мероприятий по профилактике сывороточного гепатита в лечебно-профилактических учреждениях»). Мытье и очистка медицинского инструментария предусматривают:

— промывку инструментария тотчас после его использования под проточной водопроводной водой;

— замочку и промывку в моющих растворах;

— повторную тщательную промывку дистиллированной или водопроводной водой.

Моющий раствор состоит из смеси перекиси водорода 0,5% концентрации с одним из моющих средств: «Прогресс», «Новость», «Астра», «Лотос», взятыми в соотношении 1 : 1. Для приготовления 1 л моющего раствора 0,5% концентрации берут 20 г пергидроля и добавляют 975 мл воды и затем 5 г моющего средства. Моющий раствор употребляют однократно, если он меняет свой цвет на красный. Если изменения цвета не происходит, раствор употребляют повторно. Медицинский инструментарий погружают в моющий раствор на 15 мин, температура раствора должна быть 50°C. После этого промывают под душем температуры 50—60°C и кипятят в дистиллированной воде в течение 5 мин. Качество мытья медицинского инструментария определяют путем постановки бензидиновой, или амидопириновой, или ортотолуидиновой пробы на наличие крови.

Бензидиновая проба. Смешивают 0,0025 г основного бензидина с 0,1 г перекисного бария (перекись бария заменяют 3% раствором перекиси водорода) и перед использованием добавляют 5 мл 50% раствора уксусной кислоты, взбалтывают до полного растворения. Указанным раствором смачивают тампон и протирают инструменты, шприцы и части аппаратов. Появление синего окрашивания указывает на наличие остатков крови и на некачественную обработку.

Амидопириновая проба. Смешивают равные количества 5% спиртового раствора амидопирина и 5% раствора перекиси водорода, затем добавляют несколько капель 30% уксусной кислоты. Методика постановки пробы аналогична приведенной выше. Появление сине-фиолетового окрашивания свидетельствует о присутствии крови.

Ортотолуидиновая проба. К 1% раствору ортотолуидина на дистиллированной воде добавляют равное количество 3% раствора перекиси водорода. При наличии кровяных загрязнений появляется сине-зеленое окрашивание.

При положительной бензидиновой, амидопириновой или ортотолуидиновой пробе инструменты обрабатывают повторно.

Отсутствие щелочных добавок моющего раствора проверяют качественной реакцией с 0,1% спиртовым раствором фенолфталеина путем нанесения 2—3 капель раствора на вымытое изделие. При появлении розового окрашивания инструменты подвергают повторной промывке точной водопроводной водой в течение 5 мин.

Стерилизация инструментария осуществляется или сухим жаром (в течение 1 ч при 180°C), или автоклавированием по режиму 132±2°C в течение 20 мин, или кипячением не менее 30 мин.

При окончании стерилизации кипячением нельзя оставлять иглы на длительное время в стерилизаторе.

Иглы должны храниться в ровной, из нержавеющей металла трубке или в стеклянной пробирке, при этом концы игл должны быть обращены вверх. Можно хранить иглы, особенно средних размеров, и в чашках Петри. Нельзя допускать окисления игл. Хранить иглы следует при температуре от +5 до 35°C с относительной влажностью не более 80%.

§ 3. Техника иглокальвания

(способы введения, угол наклона и глубина введения игл)

Способы введения игл

Правильное и технически совершенное введение иглы почти не сопровождается болью и является важным звеном процедуры иглокальвания. Различают следующие способы введения иглы: 1) медленного вращения иглы, 2) быстрого поверхностного укола, 3) быстрого укола с последующим вращением иглы, 4) введения иглы через трубочку, 5) введения микроигл, 6) «цветения».

Способ медленного вращения иглы. Ручку иглы держат кончиками двух (I, II) либо трех (I, II и III) пальцев. Конец иглы направляют в центр выбранной точки. Иглу устанавливают острием к коже наклонно, под углом 30—45°. Если больной ощущает боль, то целесообразно незначительно сместить иглу в сторону. После адаптации больного к специфическому ощущению, возникающему при введении иглы в точку, если введение иглы должно быть вертикальным, ее ставят перпендикулярно к коже и вводят вращательными движениями, к которым присоединяется легкое давление на иглу. И. И. Русецкий (1962) указывает, что вращательные движения по оси при этом совершаются до 90°, но не более 180°.

Применяют два варианта этого способа: без фиксации кожи (рис. 23, а) и с фиксацией кожи в области выбранной точки (рис. 23, б). При втором варианте кожу в области пунктируемой точки фиксируют кончиками I и II пальцев левой руки. Рукоятку иглы держат I и II пальцами руки и, поддерживая среднюю ее часть III пальцем, вращают иглу. Этот вариант очень удобен для начинающих специалистов, поскольку таким образом достигается большая устойчивость вводимой в ткани иглы. Его рекомендуют применять в тех случаях, когда кожа легко сдвигается по отношению к подкожному слою, у детей и больных с гиперкинезами (хорея, паркинсонизм и т. д.). Однако второй вариант этого способа имеет следующие недостатки:

а) при надавливании на ткань с пониженным тургором легко сдвигается проекция пунктируемой точки;

б) своевременно не определяется искривление конца иглы.

Способ быстрого поверхностного укола. При этом способе (рис. 23, в) применяют круглую иглу с острым концом или трехгранную (четырёхгранную) иглу. Укол производят быстро и решительно (иначе у больного появляется ощущение сильной боли) на глубину 3—6 мм до появления капель крови и сразу же извлекают. Этот способ применяется для оказания неотложной помощи (обморок, шок).

Способ быстрого укола с последующим вращением иглы. Используют иглы длиной 15—30 мм, а также маленькие иглы длиной 3,5—4 мм. Быстро прокалывают поверхностный слой кожи, далее продвигают иглу путем простого вращательного движения. Там, где ткани недостаточно плотные, например в области живота и ягодиц, при введении иглы нужно фиксировать кожу I и II пальцами левой руки. Этот способ предпочтительнее применять у лиц с повышенной болевой чувствительностью и в детской практике, так как он дает возможность сразу пройти наиболее чувствительный кожный слой.

Способами медленного вращения и быстрого укола с последующим вращением вводят Т-образную иглу. Иглу можно оставлять на продолжительный срок только в тех случаях, если болезненные симптомы у больного после ее введения исчезают и он не испытывает неприятных ощущений. Во избежание раздражения кожи под ручку иглы подкладывают кусочек стерильной салфетки из четырех слоев. Место укола закрывают стерильной салфеткой, которую фиксируют липким пластырем (рис. 23, г).

Если при движении у больного не появляется никаких болезненных или неприятных ощущений, иглу оставляют на предусмотренное время под наблюдением врача.

Способ введения иглы через трубочку (японская модификация). При этом способе применяют иглу, вставленную в трубочку из нержавеющей стали. Диаметр трубочки 2,5—3 мм; по длине подбираются трубочки на 2—4 мм короче используемой иглы (рис. 23, д). Существует набор трубочек соответственно длине игл. Трубочку с помещенной в нее иглой устанавливают на точке воздействия и быстрым щелчковым движением II пальца по выступающей рукоятке вводят иглу. Количество применяемых игл за один сеанс 5—15 (до 30). Предусмотренных ощущений не добиваются (см. § 4 этой главы). Иглы извлекают осторожно быстрым движением.

Указанный способ с успехом применяют у детей и лиц с повышенной чувствительностью к боли, а также при проведении процедуры на лице, ладонной и подошвенной поверхностях.

Способ введения микроигл. Микроиглы — это тонкие иглы с острым концом и изогнутой в кольцо рукояткой (рис. 23, е). Они изготавливаются из цельного куска нихромовой проволоки. Микроиглы вводят в точки акупунктуры (иногда просто в болевые точки) под углом 15—20°, фиксируют липким пластырем и оставляют в коже на 2—4 (до 10) сут. Микроиглы по величине очень малы (длина иглы 3—4 мм), поэтому их надо брать за рукоятку при помощи небольшого пинцета.

Лечебный метод длительного воздействия специальной микроиглой на точки акупунктуры разрабатывается в нашей стране В. С. Гойденко. Он считает, что в основе механизма лечебного эффекта микроиглотерапии на организм «лежат приспособительные адаптационные реакции, качественно различные в зависимости от силы действующих раздражителей».

Способ «цветения». Название дано по реакции кожной поверхности на быстрое («клюющее») поколачивание многоигловатым молоточком (рис. 23, ж). При этом способе лечение осуществляется в два этапа.

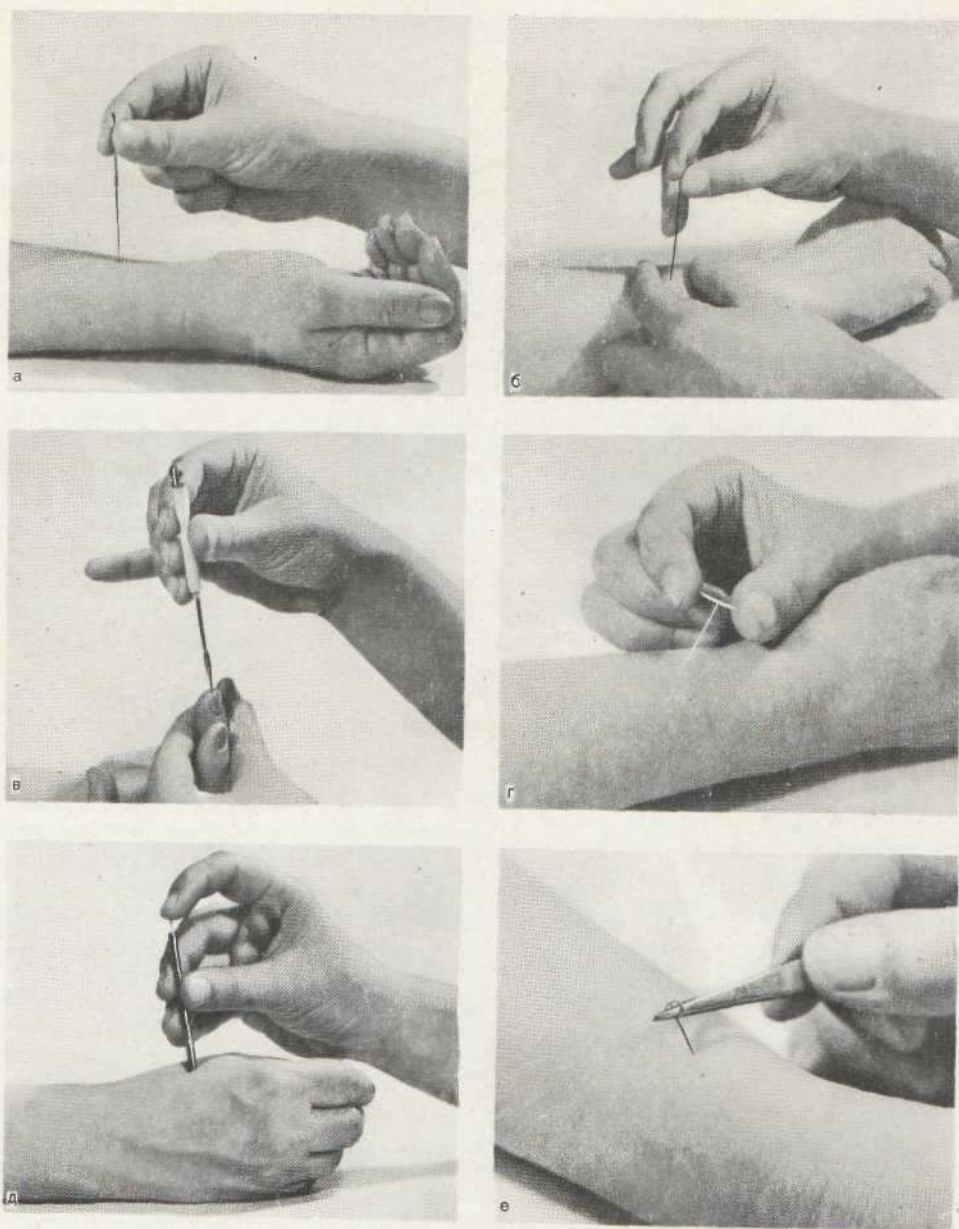
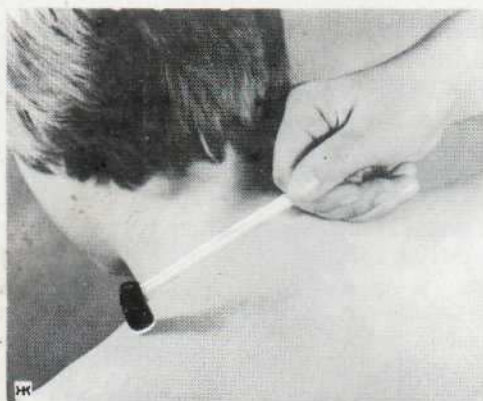


Рис. 23

Методы введения акупунктурной иглы.

а — способ вращения иглы без фиксации кожи; б — способ вращения иглы с фиксацией кожи; в — способ быстрого поверхностного укола; г — введение Т-образной иглы; д — введение иглы через трубочку; е — способ укалывания микроиглами.



Методы введения акупунктурной иглы (продолжение).
ж — способ «цветения».

Рис. 23.

Начинать нужно с легких и быстрых прикосновений вдоль позвоночного столба с одной и с другой стороны. В зависимости от локализации процесса эти воздействия осуществляются на разных уровнях:

- при заболеваниях верхних конечностей — на уровне шейного отдела;
- при заболеваниях в области грудной клетки — до уровня VII грудного позвонка;
- при заболеваниях органов брюшной полости, расположенных выше пупка (печень, поджелудочная железа, селезенка), — между VII грудным и II поясничным позвонком;
- при заболеваниях, локализованных внизу живота (мочевые, генитальные органы, кишечник), и заболеваниях нижних конечностей — между II поясничным позвонком и сакральной областью.

При последующем этапе лечения воздействуют многоигольчатым молоточком на те участки кожи, которые соответствуют самым болезненным точкам.

Нами предложена комбинированная игла-молоточек (рис. 24), в комплект которой входят: сменные головки (с 5, 7 и 11 иглами) для многоигольчатого раздражения («цветение»), четырехгранная игла, запрессованная в пластмассовую ручку, применяемая для быстрого поверхностного укола с появлением капель крови, а также сменные шаровидные наконечники (диаметром 1—4—6 мм), которые применяются для точечного массажа.

Угол наклона иглы. Углом наклона определяется направление укола. При всех способах введения иглы независимо от ее длины может быть избрано вертикальное направление (прямое, под углом 90°); косое (под углом $30-50^\circ$), почти горизонтальное (под углом $10-15^\circ$).

При вертикальном уколе иглу вводят в ткань перпендикулярно поверхности кожи (рис. 25, а). Это направление иглы чаще применяется в практической акупунктуре.

При косом уколе иглу вводят с небольшим наклоном в ту или иную сторону (рис. 25, б). Это направление укола иглы используется в тех случаях, когда глубокий укол противопоказан или необходимо обойти сосуды и рубцы, находящиеся в области воздействия. Традиционная медицина использует это направление укола для тонизирующего воздействия (по ходу меридиана) и для седативного воздействия (против хода меридиана).

Почти горизонтальное направление укола (подкожное) позволяет через одну точку достичь двух и более точек, расположенных на одной линии. При

этом не допускаются вращательные движения, неполное извлечение иглы, оставление ее в тканях и пунктирование.

При почти горизонтальном уколе иглу держат двумя или тремя пальцами, ладонная поверхность руки обращена вниз, а II пальцем левой руки контролируют продвижение иглы (рис. 25, в).

В каждом случае врач должен уметь подбирать направление укола в зависимости от состояния больного, расположения точки и лечебной цели.

Глубина укола. При описании топографии точек воздействия и функционального их значения указывается глубина укола для каждой конкретной точки, которая является средней величиной для взрослых и относится в основном к вертикальному направлению укола. Глубину укола выбирают индивидуально для каждого больного в зависимости от ряда факторов: диагноза и конкретных симптомов, возраста, развития мышечного слоя, места укола и его направления.

Глубокое введение иглы нежелательно или невозможно в точках на пальцах рук и ног, кончике носа, вокруг уха и в области головы, шеи, груди, живота и др. Кроме того, необходимо помнить, что глубокое введение иглы в поисках предусмотренных специфических ощущений может повредить крупные сосуды, вызвать пневмоторакс, повредить внутренние органы.

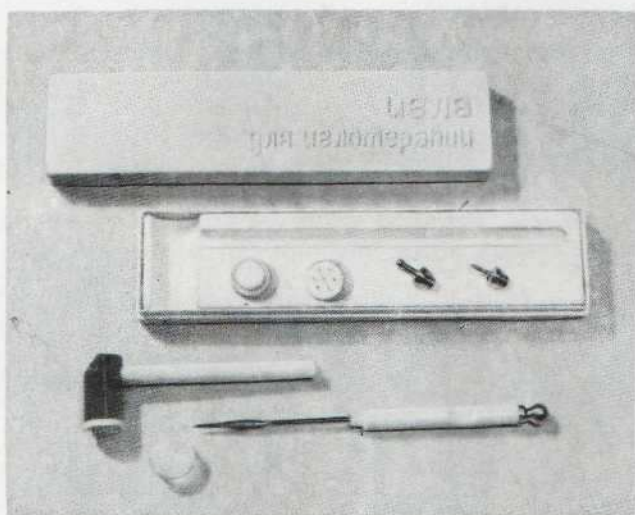


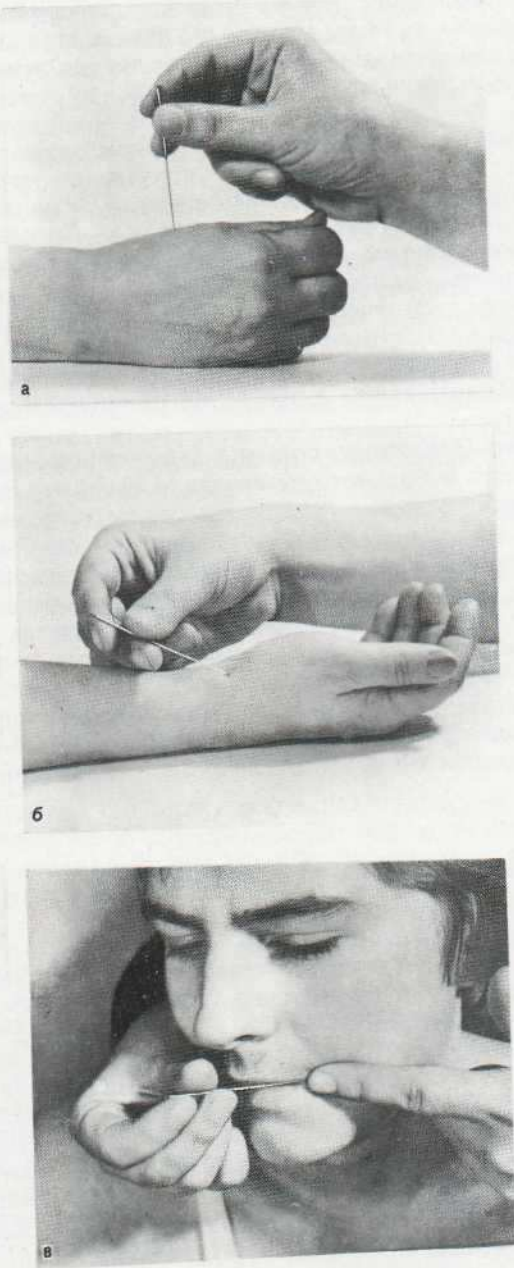
Рис. 24.

Комбинированная игла для рефлексотерапии.

§ 4. Приемы манипулирования иглами

Различные приемы манипулирования применяются для поддержания, ослабления или усиления предусмотренных ощущений.

Поворот иглы («вращение»). При выполнении этого приема производят поворот иглы вправо или влево и обратный поворот в исходную позицию. От принятого в литературе термина «вращение иглы» следует отказаться не только потому, что данный прием не предусматривает вращения, т. е.



Угол наклона иглы.

а — введение иглы под прямым углом; б — введение иглы под углом 30° – 50° ;
в — введение иглы под углом 10 – 15° .

Рис. 25.

движения вокруг оси в одну сторону (подобно способу введения вращением), но главным образом потому, что он ошибочно ориентирует начинающих специалистов на выполнение манипуляции вращения, при которой игла легко закручивает ткани, вызывая сильную боль, а нередко и обморочное состояние.

Неполное извлечение иглы. Этот прием применяется с целью уменьшения сильных ощущений больного. После получения реакции на иглу или предусмотренного ощущения I и II пальцами правой руки необходимо осторожно подтянуть иглу вверх, не извлекая ее полностью.

Поворот с погружением и неполным извлечением иглы. Этот прием в значительной степени усиливает раздражающее воздействие и применяется после получения предусмотренного ощущения. Он выполняется следующим образом. Нижнюю часть иглы фиксируют I и II пальцами левой руки и, поворачивая I и II пальцами правой руки рукоятку иглы, осуществляют соответствующие движения — поворот с погружением и неполное извлечение иглы.

Пунктирование. Этот прием применяют не только с лечебной целью, но и в тех случаях, когда у больного не возникло предусмотренного ощущения. Используется прямое, косое и смешанное пунктирование. Иногда при введении иглы на определенную глубину у больного не появляется ожидаемого ощущения. Тогда можно применять пунктирование в прямой плоскости, т. е. прямое пунктирование (сверху вниз, погружение — извлечение). Если и в этом случае у больного не появляется предусмотренного ощущения, то приступают к пунктированию в разные стороны, т. е. косому пунктированию. Чередование прямого и косого пунктирования с большой частотой и большим размахом носит название смешанного. Смешанное пунктирование применяется при пониженной чувствительности, но противопоказано при повышенной чувствительности и ослабленным больным.

§ 5. Реакции на иглокальвание

Процедура иглокальвания почти безболезненна. При правильном манипулировании по мере продвижения иглы в глубину ткани обычно возникает предусмотренное ощущение — «феномен иглы» («хибики» — по-японски, «тхи» — по-китайски).

«Феномен иглы» появляется постепенно или внезапно, ощущается в одних случаях вначале, пока продвигают иглу, в других — сохраняется до конца процедуры и в некоторых случаях — даже после извлечения иглы.

Наиболее часто возникающие предусмотренные ощущения — это чувство онемения, покальвания, тяжести, прохождения электрического тока или чувство распирания и ломоты, реже — ощущение тепла или холода. Разнообразие характера этих ощущений определяется видами и чувствительностью рецепторных приборов, вегетативными волокнами периваскулярных нервных сплетений и другими вегетативными образованиями. Феномен предусмотренного ощущения начинается в месте проекции точки и перемещается в периферическую или центральную сторону или в обе стороны, а также нередко и в поперечном направлении, перпендикулярно оси тела. Иррадиация по характеру может быть прерывистой или непрерывной.

По Чжу Лянь (1959), достижение терапевтического эффекта при акупунктуре связано с определенной иррадиацией предусмотренных ощущений. Так, при воздействии на точки ВМ9 тай-ян и 8III тоу-вэй ощущение ирра-

дирует в соответствующую половину головы, в лобную и скуловую области; при воздействии на точки 61X нэй-гуань и 4П хэ-гу — в пальцы руки и надключичную область; на точки 12XIV чжун-вань и 10XIV ся-вань — в подложечную область, в верхнюю часть живота и область пупка; на точку 21VII вэй-шу — в поясницу и брюшную полость; на точку 30XI хуаньтяо — в ягодицу и ноги; при воздействии на точку 36III цзу-сань-ли — в голень и бедро.

Кроме предусмотренных ощущений, возможна и кожная реакция, что может быть замечено по изменению окраски кожи вокруг иглы.

При отсутствии предусмотренных ощущений можно слегка приподнять иглу, не извлекая полностью из ткани, и ввести ее снова. Однако у некоторых больных в ряде точек акупунктуры вообще может не возникнуть реакций. Тем не менее нужно оставить иглу в ткани, надеясь на терапевтический эффект.

Следует иметь в виду, что реакция на акупунктуру индивидуальна; это обуславливается правильностью определения локализации точки, глубиной введения иглы и чувствительностью больного. Некоторые больные оценивают предусмотренное ощущение как очень слабое и локализованное, другим оно кажется сильным и диффузным.

Физиологическими, электрофизиологическими и биохимическими методами исследования было установлено, что если процедурой иглоукалывания не достигаются предусмотренные ощущения, то отмечаются менее интенсивные гуморальные сдвиги в организме (выделение катехоламинов, ацетилхолина, гистамина).

§ 6. Основные факторы рефлексотерапии

Опыт показывает, что для получения наиболее благоприятных терапевтических результатов при применении рефлексотерапии необходимо учитывать три основных момента: 1) метод раздражения, 2) место раздражения, 3) момент раздражения.

Метод раздражения

В отечественных руководствах по иглоукалыванию (Ингамджанов Н. И., 1960; Вогралик В. Г., 1961; Русецкий И. И., Терегулов А. Х., 1962; Тыкочинская Э. Д., 1972; Усова М. К., Морохов С. А., 1974) описывают два метода воздействия: тормозной (некоторые авторы называют его тормозящим) и возбуждающий. Так как раздражение, вызванное введением иглы в точки воздействия, может быть тормозящим или возбуждающим в зависимости от глубины введения иглы и длительности оставления ее в тканях, каждый из методов имеет два варианта.

Тормозной метод характеризуется как метод сильного раздражения, возбуждающий — как метод слабого раздражения. Тормозной метод оказывает успокаивающее, тормозящее воздействие при повышенной двигательной чувствительной и секреторной функции и имеет седативное, гипотензивное, болеутоляющее и десенсибилизирующее действия.

Возбуждающий метод оказывает стимулирующее, растормаживающее и возбуждающее действие при пониженной двигательной, чувствительной и секреторной функции.

При первом варианте тормозного метода рекомендуется производить

введение иглы, добиваясь сильных специфических ощущений (ломоты, резкого распирания, резкого давления, большого онемения, прохождения электрического тока) с иррадиацией их на расстояние до 10—20 см и более. При этом специфическое ощущение не следует доводить до состояния непереносимости или трудной переносимости. Иглу рекомендуется оставлять в тканях на 30—40 мин, в особых случаях — на несколько суток.

При втором варианте тормозного метода рекомендуется производить введение иглы до появления специфических ощущений, более слабых, чем при первом варианте (тепла, легкого распирания, легкого давления, слабого онемения), с иррадиацией на небольшое расстояние. Иглу рекомендуется оставлять в тканях на 10—20 мин.

При первом варианте возбуждающего метода иглу вводят на 0,3—0,6 см и оставляют в тканях на 1—2 мин.

При втором варианте возбуждающего метода рекомендуется вводить иглу на такую же глубину, как при первом варианте этого метода, но оставлять ее в тканях на 3—6 мин.

Н. И. Ингамджанов (1960) пишет, что «первый вариант тормозного метода применяется для уменьшения чувствительной, двигательной и секреторной функции (при болях, спазмах, судорогах, кашле, поносе, тике, состояниях возбуждения, гиперсекреции желез и т. д.); второй вариант тормозного метода применяется при гипертонии, неврастении и других хронических болезнях; первый вариант возбуждающего метода применяется для усиления чувствительной, двигательной и секреторной функции; второй вариант возбуждающего метода применяется при понижении сосудистого и мышечного тонуса, импотенции и т. д.».

В. Г. Вогралик и Э. С. Вязьменский (1961) рекомендуют «...для достижения слабого возбуждения при пониженной функции соответствующего органа или упадке общего тонуса слабое раздражение ближайших точек или более сильное раздражение дальних точек; для достижения сильного возбуждения более интенсивное раздражение должно быть нанесено на более близкие точки; для достижения слабого торможения при повышенной функции соответствующего органа или при повышении общего тонуса необходимо сильное раздражение близлежащих точек или более слабое — отдаленных точек; для достижения сильного торможения очень интенсивное раздражение (перераздражение) может быть нанесено на отдаленные точки».

Мы считаем на основании многолетней лечебной и педагогической работы, что эти рекомендации имеют некоторые ограничения.

1. Определение технических приемов раздражающего воздействия иглой как возбуждающего и тормозного методов не соответствует сложности физиологических процессов возбуждения и торможения.

Нередко при использовании метода возбуждающего воздействия вызывают нормализацию состояния при явлениях повышения какой-либо функции (например, при артериальной гипертонии), а использование тормозного метода дает активизацию функции.

2. Установление зависимости противоположных лечебных эффектов (повышение и понижение секреторной функции, повышение и понижение двигательной активности, повышение и понижение чувствительных функций и т. д.) от определенной глубины введения иглы и времени оставления ее в тканях также не всегда соответствует данным практики. Часто наблюдаются случаи, когда десенсибилизирующий, седативный, болеутоляющий, противосудорожный и т. п. эффекты наступают при применении метода слабого раздражения, а стимулирующий, тонизирующий эффекты, усиление болей, вегетативно-сосудистые кризы и т. д. — при использовании метода сильного раздражения.

3. Разделение технических приемов введения игл на прямо противоположные затрудняет подбор нужной силы раздражения для лечения заболеваний, клиническая картина которых представляет собой сложное ирритационно-паретическое состояние: например, при неврологических заболеваниях с доминированием пирамидного синдрома (рассеянный склероз, детский церебральный паралич), когда имеется сочетание мышечного пареза или паралича и повышения тонуса мышц; при синдромах остеохондроза позвоночника с сильными болями и снижением двигательной и чувствительной функции.

Авторы древневосточных и ряда современных зарубежных руководств исходят из того, что органы (и связанные с ними функции): печень, сердце, селезенка и поджелудочная железа, легкие, почки, желчный пузырь, тонкая кишка, желудок, толстая кишка, мочевой пузырь — имеют меридианы, а точки воздействия расположены по ходу этих меридианов. Для тонизации меридиана и связанного с ним органа рекомендуется вводить иглу по ходу меридиана, вращая по часовой стрелке, при этом введение производить медленно, а извлечение — быстро, в один прием. Для дисперсии меридиана и связанного с ним органа рекомендуется вводить иглу быстро, против хода меридиана, вращая против часовой стрелки, а извлекать медленно.

Для каждого органа и меридиана, связанного с этим органом, есть возбуждающая и седативная точки и есть точки-пособники, стабилизирующий ло-пункт. Указывается, что воздействие на возбуждающую точку вызывает возбуждающий эффект на деятельность органа, а воздействие на седативную точку — седативный эффект. Воздействие на точки-пособники и стабилизирующий ло-пункт может оказывать и тот и другой эффект. Это зависит от направления, в котором вводится игла — по ходу или против хода меридиана. Эти положения традиционной восточной медицины говорят о том, что для достижения того или иного вида лечебного эффекта имеет значение место воздействия.

Применение иглокальвания в лечебных целях в традиционной восточной медицине производится на основании установленной связи органов, систем и функций между собой (что находит свое отражение в концепциях пяти элементов, инь-ян, системы меридианов). Усиление функции желчного пузыря вызывает угнетение функции желудка, при недостаточности функции желчного пузыря функция желудка усиливается; избыточная функция желудка вредно отражается на функции желчного пузыря. Повышение функции тонкой кишки стимулирует деятельность желудка, а угнетение функции толстой кишки ослабляет функцию желудка.

На каждом меридиане найдены точки, через которые осуществляется связь между органами и висцеральными системами. Подбор сочетаний этих точек воздействия производится на основании анализа клинической картины. Так, для повышения функции желудка рекомендуется воздействовать на точки 41 III цзе-си, 5 VI ян-гу, 43 III сян-гу, 41 XI цзу-линь-ци, а для снижения его функции рекомендуется воздействие на точки 45 III ли-дуй, 1 II шан-ян, 43 III сян-гу, 41 XI цзу-линь-ци.

На практике мы неоднократно убеждались в том, что воздействия с одинаковой силой на точки при этих различных сочетаниях вызывает противоположный эффект. Для объяснения этого могут быть высказаны следующие предположения.

Как известно, большинство органов и тканей снабжены одновременно симпатическими и парасимпатическими нервами, т. е. имеют двойную вегетативную иннервацию. При этом симпатическая и парасимпатическая системы на уровне конкретного органа функционируют большей частью

антагонистически: если один из этих отделов вегетативной нервной системы усиливает какую-либо функцию, то другой — тормозит ее.

Вегетативная нервная система функционирует не изолированно, а координированно с эндокринно-гуморальной системой (гормоны, биологически активные вещества и их метаболиты и т. д.).

Ведущим звеном центральной вегетативной регуляции является лимбико-ретикулярный комплекс головного мозга. Внутри этого комплекса выделяются зоны, при раздражении которых можно получить преимущественно эрготропные или трофотропные эффекты (Вейн А. М., 1974). Эрготропная система способствует усилению психической активности, моторной готовности, вегетативной (большей частью симпатической) мобилизации. При этом мобилизуются аппараты сегментарной симпатической системы, обеспечивающие оптимальное кровообращение работающих мышц, повышается артериальное давление, увеличивается минутный объем сердца, расширяются коронарные и легочные артерии, сокращаются селезенка и другие кровяные депо. В почках происходит мощная вазоконстрикция. Расширяются бронхи, увеличивается легочная вентиляция и газообмен в альвеолах. Тормозятся перистальтика пищеварительного тракта и секреция пищеварительных соков. В печени мобилизуются гликогеновые ресурсы. Тормозятся дефекация и мочеотделение. Расширяется зрачок, возрастает возбудимость рецепторов, повышается уровень внимания.

Эрготропная регуляция имеет первую неврогенную фазу, которая усиливается вторичной гуморальной фазой, зависящей от концентрации циркулирующих в крови катехоламинов, кортикостероидов и других гуморальных факторов.

Трофотропная система связана с периодом отдыха, некоторыми стадиями сна («медленный сон») и мобилизует при своей активации в основном вагоинсулярный аппарат. При этом отмечаются замедление сердечного ритма, укорочение систолы, удлинение диастолы, уменьшение минутного объема сердца, снижение артериального давления, дыхание становится спокойным и несколько замедленным, бронхи суживаются; усиливаются перистальтика кишечника и секреция пищеварительных соков; действие органов выделения также усиливается; наблюдается торможение соматической моторной системы.

На основании этого можно считать, что наступление при иглоукалывании таких физиологических эффектов, как замедление сердечного ритма, снижение артериального давления, расширение бронхов, расширение коронарных артерий, подавление перистальтики пищеварительного тракта и секреции пищеварительных соков, является результатом изменения активности центральных и периферических отделов вегетативной нервной системы. Причем, одни из этих «тормозных» эффектов являются результатом повышения активности отделов одной системы, другие — противоположной.

Как указывалось в главе II, при введении иглы в точки воздействия происходит раздражение экстерорецепторов кожи, проприоцепторов, вегетативных волокон периваскулярных нервных сплетений и других вегетативных образований. В разных точках игла вызывает раздражение различных сочетаний этих образований. В одной точке в большей степени вызывается раздражение экстероцепторов, в другой — проприоцепторов, в третьей — вегетативных волокон периваскулярных нервных сплетений. Аfferентация при раздражении точки воздействия передается в различные отделы центральной нервной системы, соответствующей локализации тех образований, которые находятся в области точки.

Результат раздражения зависит от того, в какие отделы центральной нервной системы передается это раздражение, от их исходного функционального состояния, определяемого соотношением нейрональных процессов торможения и возбуждения.

Различные сила и качество раздражения вызывают вовлечение в развертывающуюся реакцию организма разных тормозных процессов (пре- и постсинаптическое торможение). Ретикулярная формация может тормозить деятельность рецепторов и проведение афферентных импульсов по чувствительным путям, а через ретикулоспинальные пути оказывать тормозящее влияние на сегментарный аппарат спинного мозга. Ретикулярная формация может оказывать регулирующее влияние и на нейрогуморальную систему.

Включение в действие сложной системы тормозных и возбуждательных процессов зависит от силы раздражающего воздействия, но одинаковое воздействие может иметь различный эффект в зависимости от исходного состояния организма. Возбуждающее действие одних и тех же технических приемов воздействия иглой (которое в основном зависит от глубины введения иглы и времени оставления ее в ткани) вызывает различной силы раздражение, зависящее от чувствительности рецепторных приборов и силы возбуждательного процесса.

Из изложенного вытекает, что ответная реакция организма в значительной степени определяется местом воздействия, состоянием рецепторов, центральных нервных образований, гуморальными соотношениями.

Точки воздействия, расположенные в пределах одной и той же зоны корешковой чувствительной иннервации и даже на расстоянии 2—3 см друг от друга, рекомендуются в руководствах по иглоукалыванию для воздействия при различных заболеваниях; различных симптомах и синдромах. Так, например, точки воздействия 9I тай-юань и 5II ян-си находятся на расстоянии 2—3 см друг от друга в одной и той же зоне корешковой (C₆) чувствительной иннервации кожи (по Keegan). Воздействие на точку 9I тай-юань рекомендуется при бронхиальной астме, межреберной невралгии, болях в области предплечья и плеча, при кератите, ангине. Воздействие на точку 5II ян-си — при головной боли, глухоте, шуме в ушах, тонзиллите, зубной боли, заболеваниях лучезапястного сустава. В зоне той же корешковой (C₆) чувствительной иннервации кожи (по Keegan) на расстоянии 3—4 см от этих точек находятся точки 10I юй-цзи и 4II хэ-гу. Воздействие на точку 10I юй-цзи рекомендуется производить при кашле, бронхиальной астме, фарингите, ларингите, кровохарканье, с целью жаропонижающего действия (König G., Wapcuga I., 1975). Воздействие на точку 4II хэ-гу — при мигрени, зубной боли, при заболеваниях носа и ушей, остром тонзиллите, глухоте, немоте, неврите лицевого нерва, с целью жаропонижающего действия при гриппе, болях в суставах верхних конечностей, гемиплегии, неврастении.

Все четыре точки отличаются друг от друга показаниями, хотя и находятся на близком расстоянии друг от друга и в одной и той же зоне корешковой (C₆) чувствительной иннервации кожи.

Точка 10I юй-цзи находится в зоне иннервации срединного нерва. Точка 4II хэ-гу — в зоне иннервации поверхностной ветви лучевого нерва, глубокой ветви локтевого нерва (его ветви на тыльной поверхности кисти соединяются со стволками межкостного тыльного нерва предплечья, отходящего от глубокой ветви лучевого нерва (Синельников Р. Д., 1974). Точка 9I тай-юань располагается в зоне иннервации наружного кожного нерва предплечья и лучевого нерва. Точка 5II ян-си — в зоне иннервации поверхностной ветви

лучевого нерва и глубокой ветви лучевого нерва. Расположение точек 10I юй-ци и 4II хэ-гуо соответствует мышцам, а локализация точек 9I тай-юань и 5II ян-си соответствует лучезапястному суставу. Таким образом, в области этих четырех точек, отстоящих друг от друга на расстоянии 2—4 см, находятся различные комплексы анатомических образований. Поэтому весьма вероятно, что раздражающее воздействие одинаковой интенсивности на эти точки вызовет различный эффект. По-видимому, этим можно объяснить показанность воздействий на эти точки при различных заболеваниях.

С другой стороны, на теле человека имеются весьма отдаленно расположенные точки, при раздражении которых появляется сходная ответная реакция организма. На основании этого в различных руководствах по иглоукальванию предлагают списки таких «точек, на которые нужно воздействовать, чтобы получить нужный лечебный эффект». Например, для лечения гипертонической болезни различными руководствами по акупунктуре, как отечественными, так и зарубежными, рекомендуется производить воздействие на точки: 11II цюй-чи, 36III цзу-сань-ли, 12XIV чжун-вань, ВМЗ инь-тан, 3XII тай-чун, IVIII юн-цюань, 20XI фэн-чи, 7I ле-цюе, 14XII ци-мэнь и др.

Однако в руководствах по лечению гипертонической болезни и других заболеваний рекомендуют списки точек, несколько отличающиеся друг от друга. Это объясняется тем, что рекомендации даются без учета стадии заболевания, наличия тех или иных сопутствующих заболеваний (климактерический синдром, шейный остеохондроз и др.), некоторых наследственно-конституциональных особенностей, особенностей реакции личности больного на болезнь. Перед врачом, занимающимся лечением методом иглоукальвания, встает вопрос: по какому руководству производить выбор точек для лечения того или иного больного? В настоящее время руководства, в котором были бы разработаны списки точек воздействия в зависимости от стадии заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, различных этиологических моментов, к сожалению, нет, и это остается задачей будущего.

Столь же сложным является вопрос, на какую глубину вводить иглу и как долго оставлять ее в тканях. Если следовать характеристике тормозного метода, то для лечения, например, гипертонической болезни на все точки (11II цюй-чи, 36III цзу-сань-ли, 12XIV чжун-вань, ВМЗ инь-тан, 3XII тай-чун, IVIII юн-цюань; 20XI фэн-чи, 7I ле-цюе, 14XII ци-мэнь и др.) нужно воздействовать первым или вторым его вариантом.

Однако при лечении больных гипертонической болезнью I и I—II стадии часто наблюдается отчетливое снижение артериального давления от введения иглы в обе точки 20XI фэн-чи, или одну точку 11II цюй-чи, или 12XIV чжун-вань, или 36III цзу-сань-ли на глубину, соответствующую второму варианту возбуждающего метода с оставлением иглы в ткани на 5 мин, т. е. на время, также соответствующее этому варианту возбуждающего метода.

Если этим же больным, у которых наступает выраженный положительный эффект от введения иглы на глубину и время, соответствующие описанию второго варианта возбуждающего метода, в точки 20XI фэн-чи, или одну точку 11II цюй-чи, или 12XIV чжун-вань, или 36III цзу-сань-ли ввести иглу до развития адаптации на глубину и время, соответствующие тормозному методу, то отмечаются ухудшение самочувствия, слабость, чрезмерная сонливость или бессонница, сердечно-сосудистые расстройства. Встречаются больные с гипертонической болезнью I и I—II стадии, у которых после введения иглы в точки 20XI фэн-чи, или точки 11II цюй-чи, или 12XIV чжун-вань, или 36III цзу-сань-ли на глубину и время, соответству-

ющие второму варианту возбуждающего метода, ни сразу после сеанса, ни на следующий день не появляются никаких заметных ни для больного, ни для врача изменений состояния. Желательные изменения наступают только в том случае, если увеличить время оставления иглы в тканях или ввести за один сеанс иглы в большее число точек.

При введении игл в соответствующие точки на глубину и время, характерные для возбуждающего метода, можно получить также болеутоляющий, седативный эффект, уменьшение судорог, спазмов; например, уменьшение болей в поясничной области при люмбагии от воздействия на точки 5X вайгуань и 41XI цзу-линь-ци, седативный эффект от воздействия на точки 20XI фэн-чи, уменьшение судорог, спазмов от воздействия на точки 3VI хоу-си и 62VII шэнь-май.

Диапазон вариантов воздействия иглой для получения лечебного эффекта при одном и том же заболевании у разных больных очень широк. Например, при лечении бронхиальной астмы одной и той же формы в одной и той же стадии лечебный эффект наступает у одних больных при использовании технических приемов воздействия, соответствующих возбуждающему методу, у других — второго варианта тормозного метода, у третьих — первого варианта этого метода. При невралгии тройничного нерва у одних больных приступы прекращаются после введения игл в 1—2—3 точки на 10—15 мин в течение 10—15 дней, а у других — после непрерывного раздражения точки 17X и-фэн или 17VI тянь-чжу с помощью Т-образной золотой иглы в течение 2—3 дней.

С помощью различных технических приемов воздействия иглой следует вызвать раздражающее действие такой силы, какая была бы достаточной, чтобы вызвать у данного больного нужный эффект без возникновения чрезмерного раздражения. Например, при лечении инфекционно-аллергической формы бронхиальной астмы для получения лечебного эффекта у ослабленных больных мы вызываем раздражение точек, расположенных в кожных зонах корешковой чувствительной иннервации $D_{III}-D_X$ (из этих сегментов спинного мозга идет симпатическая иннервация легких), техническими приемами воздействия, соответствующими возбуждающему методу, а у больных без выраженных морфологических изменений в легких, с наличием больших резервных возможностей для получения лечебного эффекта используем воздействие, соответствующее тормозному методу.

И. И. Русецкий (1962) пишет: «Патологофизиологический субстрат, на который падает раздражение, является сложным. Кроме того, раздражения в нервной системе протекают по правилам парабиотических (фазовых) состояний. В связи с этим слабое раздражение может дать значительный эффекторный ответ, а сильное раздражение не дать реакции, раздражение может дать противоположный ультрапарадоксальный ответ. Дополнительное возбуждение заранее ослабленного органа может привести к его дальнейшему ослаблению, а это, в свою очередь, может тяжело отразиться на течении процессов выздоровления». Поэтому не рекомендуется лечить иглоукальванием астенизированных больных, а лечение при хронических заболеваниях с выраженными органическими изменениями (например, хроническая интерстициальная пневмония с пневмосклерозом, бронхит с перибронхитом и гнойной мокротой, анацидный гастрит с большим количеством лейкоцитов в желудочном соке и выраженной гипотонией желудка и т. п.) рекомендуется проводить с большой осторожностью и учетом резервных возможностей всего организма в целом. В этих случаях особенно осторожно должно производиться воздействие в зоне сегментов больного органа.

Лечебный эффект при воздействии иглами на точки акупунктуры наступает в результате раздражения рецепторных приборов, причем иглой можно вызвать раздражение различной степени — сильное, менее сильное, среднее, слабое и очень слабое.

Наступление лечебного эффекта определяется местом, где вызывается раздражение, силой раздражения, состоянием организма и его резервными возможностями. В связи с этим мы считаем целесообразным отказаться от разделения технических приемов введения иглы на тормозной и возбуждающий методы. Вместо этого рекомендуем выделять три варианта раздражающего воздействия.

Существующие технические приемы раздражающего воздействия иглами в точки акупунктуры можно описать следующим образом:

— введение иглы в точку воздействия вращением под углом 90—180°, или быстрым поверхностным уколом, или уколом с последующим вращением;

— введение иглы на глубину, указанную для каждой точки в руководствах, что обычно сопровождается при правильном попадании в точку легкими специфическими ощущениями (тепла, легкого распирающего, легкого давления, слабого онемения) с небольшой (1—3 см) зоной иррадиации. Глубина введения иглы может быть уменьшена на $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ по сравнению с указанной в руководствах, может быть увеличена до вызова сильных специфических ощущений (ломоты, сильного распирающего, сильного давления, резкого онемения, прохождения электрического тока) с иррадиацией на большое расстояние (10—20 см и более); при этом специфические ощущения не должны доводиться до состояния непереносимости или трудной переносимости;

— игла, введенная в точку воздействия, может быть оставлена на срок до 40 мин, в особых случаях — на несколько суток;

— за один сеанс введения иглы может быть произведено в 1—10 точек.

Вышеперечисленные технические приемы раздражающего воздействия условно можно сгруппировать в три варианта:

I вариант (Iв): угол вращения иглы 30—90°, глубина меньше, чем указано в руководствах, на $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$, с ощущением укалывания иглой, время оставления в тканях 1—5 мин. Такое воздействие может быть проведено в 5—10 точек за один сеанс;

II вариант (IIв): угол вращения иглы 90—180°, глубина введения иглы согласно указанной в руководствах, что обычно сопровождается появлением специфических ощущений в виде тепла, легкого распирающего, легкого давления, слабого онемения с малой зоной иррадиации, время оставления иглы в тканях 10—20 мин. Такое воздействие может быть проведено в 2—4 точки за один сеанс;

III вариант (IIIв): угол вращения иглы 180—360°, глубина введения иглы больше, чем указано в руководствах, т. е. до появления сильных специфических ощущений в виде жжения, ломоты, сильного распирающего, сильного давления, онемения с большой зоной иррадиации этих ощущений. Время оставления игл в тканях 25—40 мин, а в особых случаях — до нескольких суток. Такое воздействие может быть проведено в 1—3 точки за один сеанс.

На основании практического опыта мы убеждаемся, что наиболее часто применяется II вариант.

Врачам-специалистам, начинающим работать в рефлексотерапии, при затруднении выбора метода раздражения мы предлагаем начинать процедуру с I варианта. Если больной будет хорошо переносить процедуру, но лечебного эффекта не наступит, то можно переходить ко II варианту сразу.

или постепенно (можно увеличить только продолжительность оставления иглы, или только глубину введения иглы, или количество точек). В дальнейшем в зависимости от состояния больного и при необходимости можно перейти к III варианту, причем только постепенно.

Не рекомендуется одновременное использование всех технических приемов III варианта, так как при этом резко возрастает суммарная сила раздражающего воздействия на организм. Способ введения иглы до появления сильных специфических ощущений, а также приемы пунктирования и поворота иглы, введенной в ткани, рекомендуется применять у больных с сильным типом высшей нервной деятельности, с большими резервными возможностями; если ответная реакция организма (изменение самочувствия, сна, аппетита, вегетативно-сосудистых функций, течения заболевания) не бывает заметно выраженной при применении в течение 5—6 сеансов II варианта. В случаях, когда ответная реакция организма бывает выраженной, но быстро затухает, рекомендуется использовать прием увеличения времени оставления иглы в тканях. При увеличении числа точек, в которые производится раздражающее воздействие в течение одного сеанса, рекомендуется тщательно продумать совместимость их сочетания. Это, однако, чрезвычайно затруднено, так как мы еще не располагаем исчерпывающими данными о том, на какие физиологические функции органов, систем влияет воздействие в той или иной акупунктурной точке.

При сравнении I, II, III вариантов по силе их раздражающего воздействия на организм можно сделать вывод, что технические приемы I варианта оказывают меньшей силы раздражающее воздействие на организм, чем приемы II варианта. Приемы III варианта оказывают большей силы раздражающее воздействие на организм, чем технические приемы II варианта. Эти варианты воздействия иглой плавно переходят из одного в другой, поэтому и сила раздражающего воздействия может быть различной также с постепенным переходом (очень малой, малой, средней, большой и очень большой). Так как возможна комбинация в течение одного сеанса технических приемов, принадлежащих к разным вариантам, то определенная сила раздражающего воздействия не может быть сопоставлена с определенным вариантом. Учет силы раздражающего воздействия иглой имеет большое значение, но может производиться только ориентировочно по сопоставлению технических приемов и суммарного воздействия их комбинаций.

Основные направления при выборе силы раздражающего воздействия определяются следующим:

— чем слабее больной (слабый тип высшей нервной деятельности, неврастенический синдром в гипостенической стадии, истощение), тем меньшей должна быть сила раздражающего воздействия;

— чем выше чувствительность больного к воздействию иглой (выраженная эмоциональная реакция в момент процедуры, выраженность ответной реакции организма), тем меньшей силы должно быть воздействие;

— чем более значительны органические изменения, тем слабее должно быть воздействие иглоукалыванием.

Подбор силы раздражающего воздействия на организм в каждой точке должен проводиться обязательно под контролем ответной реакции организма и эффекта терапии.

Всегда следует стремиться к нахождению минимальной эффективной силы раздражающего воздействия на точки акупунктуры, чтобы не возникало чрезмерного раздражения и нарушения функции рецепторных приборов, другими словами, чтобы не возникали синдромы передозировки раздражением.

Место раздражения

Под местом раздражения подразумеваются строго определенные точки воздействия, на которые наносятся раздражения различной силы. По данным классической литературы, на всем теле имеется 361 точка воздействия; точки расположены на 14 меридианах, для нахождения которых используются топографоанатомические данные: взаимоотношение впадин и выступов костей, мышц, сухожилий или измерений в соответствии с определенными нормами (индивидуально-пропорциональный цунь — относительная единица измерения); кроме того, описаны 171 точка вне меридианов, 110 «новых» точек, при определении локализации которых используется абсолютная единица измерения 1 цунь, равная 2,5 см. Имеется также 130 точек воздействия на ушной раковине.

Эмпирически выведены диапазоны показаний для каждой точки акупунктуры. Исходя из диапазона показаний, известно, что одна точка может быть использована для лечения ряда заболеваний, и, наоборот, для лечения какого-либо заболевания можно использовать много точек. Самым сложным вопросом, но не запутанным, как считают некоторые исследователи, является выбор точек, который в основном осуществляется по принципам традиционной восточной медицины в соответствии с закономерностями сочетания точек воздействия, найденными эмпирически.

Считаем целесообразным еще раз подчеркнуть, что вопрос о принципах сочетания точек воздействия очень сложен, для решения его необходимо изучение основ древневосточной медицины с использованием всех достижений современной медицинской науки. Таким образом, обобщая вышеизложенное, можно сказать, что наиболее важным в достижении терапевтического эффекта является выбор мест раздражения, т. е. составление акупунктурного рецепта из комплекса точек акупунктуры, на которые производится воздействие, — в этом основа метода рефлексотерапии.

Момент раздражения

Для получения хороших результатов при рефлексотерапии необходимо не только овладеть приемами раздражения, знать место для нанесения раздражения, но также знать момент раздражения. Под этим подразумевается планирование рефлексотерапии с учетом болезненного синдрома, нозологической формы заболевания, наличия синдрома избыточности или недостаточности в деятельности органа, текущего функционального состояния и биоритмических закономерностей нарушенных меридианов.

При выборе точек воздействия необходимо учитывать возраст больного, пол, предшествующее лечение, а также возможность сочетать рефлексотерапию с другими методами. Периодичность процедур, количество курсов определяют по показаниям. В одних случаях рефлексотерапию надо проводить один раз в день, в других — несколько раз в день, в третьих — один раз в несколько дней. Общий принцип примерно следующий: при острых заболеваниях рефлексотерапию проводят ежедневно или через день, на курс до 10—12 сеансов; при хронических заболеваниях желательнее проводить рефлексотерапию через день с числом сеансов до 15—16.

Однако врач должен уметь определить индивидуальные особенности больного, его реактивность, функциональное состояние нервной системы, а также правильно оценить каждое проявление симптома болезни, ибо владеть моментом раздражения — это значит научиться индивидуализировать процесс лечения.

§ 7. Общие правила проведения рефлексотерапии

Рефлексотерапия не получила еще широкого распространения, поэтому задача врача вызвать у больного полное доверие к методу как к научному разделу медицины. Успеху лечения во многом может содействовать беседа врача до назначения процедур иглоукалывания, из которой больной узнает об особенностях лечебного метода и вызываемых процедурой предусмотренных ощущениях.

Иногда за помощью к врачу обращаются больные, которые длительное время безуспешно применяли различные медикаментозные средства, причем, как правило, большими дозами. Врач должен продумать, какие из этих средств больному отменить, а какие продолжать назначать во избежание «синдрома отмены».

Не следует начинать лечения в период неустойчивости атмосферных показателей.

Нельзя принимать процедуру натощак и женщинам в период менструации.

При составлении акупунктурного рецепта так же необходимо знать сочетаемость точек, как при назначении медикаментозных средств необходимо учитывать их совместимость. Неправильно составленный акупунктурный рецепт может привести к серьезным осложнениям у больного и дискредитировать метод среди определенной части больных.

Перед началом лечения врачу необходимо вымыть руки с мылом и продезинфицировать их спиртом. Чтобы избежать инфекции, область точек воздействия, выбранных для укола, должна быть тщательно продезинфицирована 96% спиртом (от центра к периферии). Для этого применяются маленькие ватные шарики, пропитанные спиртом, для одноразового пользования. Выбранную для укола точку отмечают йодом. Участок кожи (рецепторную зону) для воздействия игольчатым молоточком следует дважды протереть ватным тампоном, смоченным 96% спиртом.

Больному рекомендуется принять наиболее удобное положение, он должен быть расслаблен, спокоен и неподвижен в течение всего периода процедуры. К нему должен быть обеспечен свободный подход.

Когда иглы вводят в точки живота, груди, внутренней, передней и наружной частей нижних конечностей, больной должен лежать на спине. В точки лица, передней части головы, верхних конечностей иглы можно вводить в положении больного лежа и сидя. Для уколов в области заднего отдела головы, шеи и верхнего отдела спины больной должен принять положение сидя, слегка опираясь спиной на спинку кресла. Введение игл в области нижнего отдела спины, поясницы и задней части нижних конечностей нужно проводить в положении больного лежа на животе.

Страх перед уколом может вызвать у некоторых больных обморок. В случаях головокружений, обмороков, чрезмерной потливости, позывов на рвоту необходимо сразу же провести «противообморочное иглолечение».

Перед началом работы необходима тщательная проверка состояния каждой иглы. Изогнутые, заржавевшие, с затупившимся острием иглы не должны использоваться, так как это может вызвать осложнения при проведении процедуры. Иглы с дефектами, которые невозможно устранить (см. главу III, § 2), изымают из употребления. Иглы для процедуры выбирают с учетом конституциональных особенностей больного, топографии точки и в зависимости от необходимой глубины введения.

Глубина введения (погружения) игл, указанная в этом руководстве, применима лишь для взрослых. У детей иглу никогда не следует вводить слишком глубоко (в основном до 4—7 мм). При всех способах иглы следует вводить при максимально расслабленных мышцах. В точки на грудной клетке и животе иглы вводят в фазе выдоха, так как при этом мышцы находятся в расслабленном состоянии. Особую осторожность следует проявлять при иглоукальвании в местах расположения крупных сосудов.

Больного нельзя оставлять одного во время процедуры и на первых двух-трех сеансах следует неоднократно подходить к нему, следить за реакцией, иметь с ним контакт, чтобы решить вопрос, как в дальнейшем проводить лечение — каждый день или через день и т. д.

По окончании процедуры необходимо обработать место укола спиртом. После процедуры больной должен оставаться некоторое время на месте, а затем перейти в комнату отдыха. Время, необходимое для отдыха, врач назначает индивидуально каждому больному.

После процедуры в течение 2 ч больной должен быть освобожден от выполнения физической и напряженной умственной работы.

В заключение хотим еще раз напомнить об ответственности, которую берет на себя врач, манипулируя иглой — этим древним инструментом медицины, ибо от того, какие скрытые механизмы будут приведены им в движение, зависит результат лечения. «С иглой надо обращаться, как с тигром», — говорили врачи Древнего Востока.

Развитию метода рефлексотерапии во многом будет способствовать вдумчивая кропотливая работа врача, сочетающего в себе опыт клинициста с тонким владением основами акупунктуры.

§ 8. Возможные осложнения

при иглоукальвании и их профилактика

При соблюдении правильной методики и техники иглотерапии осложнений, как правило, не бывает. При несоблюдении правил применения этого метода возможны некоторые осложнения: выраженная вегетативная реакция, задержка иглы, гематома, остаточное ощущение и т. д.

Выраженная вегетативная реакция. В большинстве случаев вегетативная реакция возникает вследствие слишком грубого манипулирования иглой, или чрезмерного страха больного, подвергающегося лечению в первый раз, или вследствие его переутомления. У таких больных после введения иглы наблюдается реакция в виде бледности кожных покровов лица, головокружения, потливости, понижения артериального давления, позывов на рвоту и даже обморочного состояния. В таких случаях необходимо уложить больного, создать ему как можно более спокойные условия и быстро вынуть иглы, а при обмороке сделать интенсивный укол в точки 26XIV жень-чжун и 3XII тай-чун. Если обморок явился следствием иглоукальвания, производимого в точки верхней половины тела, то к указанным точкам добавляется 36III цзу-сань-ли. Если обморок возник после иглоукальвания в нижней части тела, то к указанным точкам добавляются 4II хэ-гу. При отсутствии быстрого улучшения состояния больного нужно прибегнуть к использованию обычных методов терапии и при необходимости (выраженное коллаптоидное состояние) применить методы реанимации.

Гематома. Появление гематомы является результатом повреждения сосудов. В этих случаях в первые часы показано местное применение холода,

а в последующем, для быстрого рассасывания — легкий массаж и теплый компресс.

Остаточное ощущение. Сильное раздражение может вызвать неприятное ломящее ощущение в области укола после извлечения иглы. В этих случаях рекомендуется провести легкий массаж.

Застрявшая игла. В редких случаях вследствие необычной реакции окружающей ткани игла застревает, становится невозможным ни манипулировать ею, ни извлечь ее. Больного просят расслабиться и делают круговой массаж в радиусе введения иглы; обычно после этого удается извлечь иглу, осторожно поворачивая ее. Если блокирование сохраняется, то необходимо сделать укол другой иглой в непосредственной близости от заблокированной и подождать несколько минут. Как правило, наступает желательный эффект. В редких случаях приходится проводить разрез кожи.

Искривления и переломы игл. Помимо указанных осложнений, могут наблюдаться искривления и переломы игл, что в основном обусловлено плохим качеством игл или неправильной техникой их введения. Недопустимо применение изогнутых, ржавых или тупых игл. При неправильной технике введения иглы, произвольном движении больного, при попадании в плотную ткань игла может искривляться. Извлекать в этих случаях иглу надо медленно в направлении стороны наклона ручки иглы, но ни в коем случае не вращать иглу!

В случае перелома иглы обломок извлекают пинцетом за видимый конец или оперативным путем.

§ 9. Показания

и противопоказания к иглорефлексотерапии

Метод иглорефлексотерапии имеет широкие показания, хотя, конечно, не может претендовать на всеобъемлемость и применение при любой форме патологии. Мы убеждены, что имеющийся в настоящее время набор показаний в дальнейшем будет расширяться. Однако, разумеется, любые рекомендации по применению этого метода предварительно должны быть тщательно апробированы разными специалистами. Необходимо также помнить и то, что иглорефлексотерапия, как и любой другой способ лечения, имеет свои противопоказания, которые следует учитывать при практическом использовании этого метода.

Министерством здравоохранения СССР в приказе № 106 от 10 марта 1959 г. утверждены показания и противопоказания для методов иглоукалывания и прижигания. Приводим его соответствующий раздел.

Основные показания для применения методов иглоукалывания и прижигания

1. Функциональные заболевания:
 - а) сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь I и II стадии, стенокардия, ангиоспазмы);
 - б) желудочно-кишечного тракта (со спастическими, атоническими нарушениями и болевым синдромом);
 - в) мочеполовой системы (ночное недержание мочи, зуд наружных половых органов, болевой синдром);
 - г) эндокринной системы (легкий гипертиреоз, климактерический синдром).
2. Вазомоторно-аллергическое состояние (бронхиальная астма, мигрень, крапивница, вазомоторный ринит, ангионевротический отек, меньеровский синдром).
3. Неврозы (неврастения, психастения, истерия).

4. Заболевания периферической нервной системы с чувствительными и двигательными нарушениями (невралгия тройничного нерва, плекситы, радикулиты, невриты различного происхождения, периферический паралич лицевого нерва).

5. Заболевания мышц и суставов обменного и ревматического характера.

Относительные показания

Некоторые заболевания центральной нервной системы с двигательными и чувствительными нарушениями:

- а) остаточные явления полиомиелита;
- б) дизэнцефальный синдром;
- в) динамические нарушения мозгового кровообращения;
- г) гиперкинезы, тики, судороги функционального и органического происхождения.

Противопоказания

1. Новообразования злокачественной и доброкачественной природы любой локализации.
2. Беременность.
3. Острые лихорадочные заболевания с невыясненным диагнозом.
4. Активные формы туберкулеза.
5. Острые инфекционные заболевания.
6. Состояние острого психического возбуждения.
7. Состояние опьянения.
8. Резкое истощение.
9. Возрастные особенности (грудной и старческий возраст).
10. Заболевания органов дыхания и кровообращения в стадиях субкомпенсации и декомпенсации.

Обобщение данных литературы и личного опыта позволяет нам рекомендовать следующий список показаний и противопоказаний к иглорефлексотерапии.

Рекомендуемые

основные показания и противопоказания

для применения иглорефлексотерапии

Заболевания нервной системы

1. Неврологические проявления остеохондроза позвоночника с синдромами:
 - компрессионным, не требующим нейрохирургического вмешательства (корешковым — моно- или полирадикулярным),
 - сосудистым — с церебральными и спинальными нарушениями,
 - всеми формами рефлекторных мышечно-тонических и нейродистрофических синдромов (прострелы, люмбаго, люмбашиалгии, крампи, синдромы грушевидной, передней лестничной мышцы, эпикондилит, плечелопаточный периартрит, синдром запястного канала, вегетативно-ирритативные синдромы и др.).
2. Заболевания периферической нервной системы:
 - неverteброгенные поражения корешков, сплетений, нервов различной локализации и этиологии,
 - невралгии тройничного нерва и других чувствительных черепных нервов,
 - периферический паралич лицевого нерва (различной этиологии).
3. Заболевания вегетативной нервной системы:
 - синдром вегетативно-сосудистой дистонии различного генеза,
 - вегетативно-сосудистые пароксизмы центрального генеза (при неврозах, гипоталамическом синдроме, аллергии, вестибулопатии и др.),
 - мигрень и другие формы цефалгий сосудистого генеза,
 - лицевые симпаталгии (атипичная лицевая невралгия, мигрень Хортона, крылонебная невралгия Слудера, синдром Шарлена и др.),
 - заболевания периферических отделов вегетативной нервной системы (симпатическая цепочка, сплетения),
 - эритромелалгия, синдром Рейно и другие ангиотрофоневрологические синдромы.
4. Сосудистые заболевания головного и спинного мозга (гипертоническая болезнь I—II стадии, ранние стадии атеросклероза):
 - начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга,
 - последствия нарушений церебрального и спинального кровообращения с двигательными, чувствительными и речевыми расстройствами.

5. Последствия негрубых травм головного и спинного мозга, а также периферических нервов;

- последствия сотрясения и ушиба головного мозга,
- последствия травм черепных (глазодвигательных, тройничного, лицевого, слухового и др.) нервов и спинномозговых (травмы нервных сплетений, одного или нескольких спинномозговых нервов).

Психические расстройства

1. Неврозы (неврастения, невроз навязчивых состояний, фобический невроз, истерия) с нарушениями в эмоциональной, двигательной, чувствительной и других сферах и вегетативно-сосудистыми расстройствами.

2. Отдельные невротические синдромы:

- ночной энурез,
- сексуальные расстройства психогенной природы,
- нарушения сна,
- профессиональные дискинезии,
- функциональные гиперкинезы (дрожание, тики, кривошея, блефароспазм, заикание, икота),
- психогенный дерматит, кожный зуд,
- аэрофагия, периодическая рвота.

Заболевания внутренних органов

1. Сердечно-сосудистая система:

- гипертоническая болезнь I—II стадии, церебро-кардиальная форма,
- атеросклероз (ранние стадии клинических проявлений),
- стенокардия напряжения, рефлекторная стенокардия,
- кардиалгии различной природы,
- нарушения сердечного ритма (пароксизмальная тахикардия, экстрасистолия и др.), не связанные с тяжелой патологией сердечной мышцы,
- эндартериит (функциональная стадия).

2. Органы дыхания:

- затяжной и хронический бронхит,
- хроническая пневмония I—II стадии вне периода обострения,
- инфекционно-аллергическая и атипичная бронхиальная астма без легочно-сердечной недостаточности.

3. Органы пищеварения:

- хронический гастрит с нормальной, пониженной и повышенной секреторной функцией, хронический пилородуоденит,
- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки,
- хронический некалькулезный холецистит и дискинезии желчевыводящих путей,
- хронические энтероколиты и дискинезии кишечника,
- спастические и атонические запоры.

4. Мочеполовая система:

- цистит, цисталгия.

Аллергические заболевания:

- вазомоторный ринит,
- крапивница,
- отек Квинке,
- нейродермиты,
- другие аллергозы.

Заболевания полости рта:

- хронический гингивит,
- стоматит,
- глоссодиния и глоссалгия,
- пародонтит.

Заболевания опорно-двигательного аппарата

1. Заболевания суставов:

- ревматоидный полиартрит с нарушением функций суставов I—II стадии,
- хронический инфекционно-аллергический полиартрит,
- артропатии.

2. Травматические повреждения опорно-двигательного аппарата и прилегающих мышц:

- бурситы, синовиты, тендовагиниты, лигаментиты,
- периартриты.

Акушерство:

- родостимуляция, обезболивание родов,
- ослабление чрезмерной родовой деятельности,
- послеродовая субинволюция матки,
- общеукрепляющая терапия у родильниц,
- гипогалактия.

Гинекологические заболевания:

- хронический эндометрит,
- хронический сальпингит, оофорит,
- расстройства менструального цикла,
- климактерический синдром,
- вагинит и вульвит.

Болезни ЛОР-органов:

- острый и хронический ринит,
- хронический назофарингит,
- болезнь Меньера,
- дегенерация (неврит) слухового нерва.

Глазные заболевания:

- конъюнктивит (аллергический и катаральный),
- блефарит, кератит,
- неврит зрительного нерва с умеренным снижением остроты зрения,
- аномалия рефракции,
- косоглазие.

Болезни кожи и подкожной клетчатки:

- чешуйчатый лишай,
- экзема,
- себорейный дерматит,
- фурункулез,
- потница,
- красные, розовые угри,
- кожный зуд (старческий, пруриго, зуд половых органов).

Относительные показания

1. Последствия острого полиомиелита, паралитической и бульбарной форм.
2. Эпилепсия с редкими генерализованными и парциальными припадками.
3. Преходящие нарушения мозгового кровообращения.
4. Гипоталамические синдромы (нейрообменно-эндокринный, диссомнический и другие формы).
5. Рассеянный склероз (начальная стадия).
6. Последствия перинатальных повреждений головного и спинного мозга.
7. Гиперкинетические формы ревматического энцефалита.
8. Прогрессирующая мышечная дистрофия (начальные стадии болезни).
9. Тиреотоксикоз (легкая форма).
10. Глаукома (хроническая, незастойная).
11. Наркомании (алкоголизм, табакизм).

Противопоказания

1. Доброкачественные и злокачественные новообразования любой локализации¹.
2. Наличие высокой температуры неясной этиологии.
3. Воспалительные заболевания с повышением температуры и изменением показателей крови.
4. Резкая соматическая астенизация.
5. Заболевания органов дыхания и кровообращения в стадии субкомпенсации и декомпенсации.
6. Активная форма туберкулеза.
7. Органические заболевания сердца и почек.
8. Заболевания крови.
9. Состояние острого психического возбуждения.
10. Переутомление, физическое напряжение, опьянение.
11. Беременность.
12. Инфекционные заболевания.
13. Возраст до 1 года и старше 75 лет.

¹Применение акупунктуры возможно для снятия выраженного болевого синдрома.

Глава

IV

Другие методы воздействия

на точки акупунктуры

§ 1. Прижигание (цзю)

Одно из положений древней медицины Востока — «раздражение извне, а эффект внутри» — являлось обоснованием для широкого применения цзю — лечения прижиганием (определенных мест кожи) тлеющей массой, составленной из многих компонентов высушенных трав. Обязательным условием успешного лечения считалось появление пузыря на месте прижигания, т. е. ожога I—II степени, и применялись дополнительные меры, способствующие этому: к месту прижигания прикладывали размельченный лук, чеснок и др. Цзю применяли не только для лечения, но и для предупреждения инфекционных и паразитарных заболеваний. С «профилактической» целью часто прижигали точку цзу-сань-ли. Вот одно из предписаний древневосточной медицинской литературы: «Хочешь быть здоровым — точка цзу-сань-ли должна быть мокнущей».

В настоящее время метод прижигания широко применяется в Японии как мокса-терапия. Растение мокса, высушенное, измельченное до размера половины рисового зерна, накладывают на точки акупунктуры в виде маленьких конусов (рис. 26, а) и зажигают — непосредственное цзю. Иногда моксу накладывают через аппликацию соли, лука-рекамболь и т. д. или тлеющим конусом прогревают иглу в точке воздействия — опосредованное цзю.

В Китае применяют так называемые полынные сигареты (рис. 26, б). Для их приготовления используют высушенные на солнце листья полыни, которые после длительного (не менее 3 лет) хранения измельчают в каменной ступке и просеивают через решето. Обработанная таким образом полынь становится похожей на шерстевидный пух и пригодной для цзю.

Полученную массу с помощью простого прибора для набивки сигарет запрессовывают в патрон, для которого применяется специальная легкогорящая бумага с нанесенными на ней делениями. Для проведения цзю изготовленную таким образом полынную сигарету поджигают и тлеющий конец подносят к выбранной точке над поверхностью кожи. Сгорание полынной сигареты до определенного деления служит относительным показателем глубины прогревания. По окончании процедуры тлеющий конец обрезают. Одна полынная сигарета рассчитана на проведение нескольких процедур цзю.

Основным сырьем для цзю служит полынь (*Artemisia vulgaris*) — дикая трава из семейства хризантемы. В ее листьях содержится много белка, масел, углеводов, кетона туйон, алкоголя туйол. Последние сильно ядовиты. При сгорании полыни выделяется большое количество угарного ядовитого дыма. Это ограничивает применение метода прижигания в поликлинических условиях.

Предложенный нами (Табеева Д. М., Сулим Н. И., 1978) дымоотвод позволяет более широко применять указанный метод. Прибор состоит из градуированного стеклянного цилиндра, на одном конце которого установлена заглушка с патрубком для отвода дыма с помощью электроотсоса. Дымоотвод выполняет гигиеническую и защитную роль (предохраняет одежду больного и окружающий материал от попадания искры). В то же время стеклянная стенка цилиндра дает возможность контролировать состояние раздражаемой поверхности тела.

Было высказано мнение, что дым тлеющей полыни оказывает лечебное воздействие при кожных заболеваниях. Однако это сообщение не подтверждено достаточным числом наблюдений.

При проведении процедуры прижигания главное внимание обращают на эффект проникающего приятного раздражения кожи, подобный феномену, получаемому при иглотерапии. Лечебное действие при цзю-терапии проявляется медленнее, чем при чжень-терапии. Непосредственно после прижигания ориентиром эффективности служит ощущение тепла, сопровождающееся появлением на коже локализованного розового пятна. Образование струпа и рубца, а также новообразование кровеносных сосудов отмечается лишь через 24—72 ч после начала процедуры. В этот период, как и при иглотерапии, топически активизируется система гипоталамус—гипофиз — кора надпочечников. Непосредственное прижигание (полынным конусом) в настоящее время используют для удаления бородавок, мозолей, снятия болей от укусов насекомых — пчел, ос и др., для усиления роста волос при круговом облысении.

Опосредованное прижигание (полынной сигаретой) применяется в основном для лечения хронических болезней: нарушений пищеварения, хронической

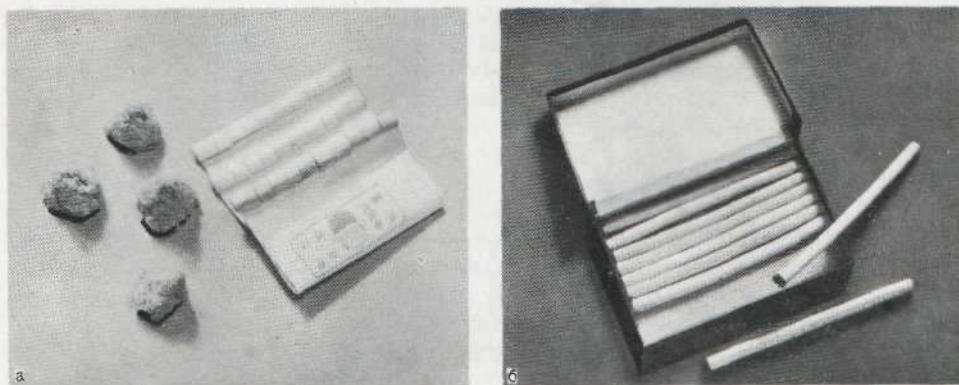


Рис. 26.

Приспособления для проведения прижигания.

диареи, гастралгий, дисменореи, а также для усиления родовых схваток, при артралгиях, для снятия острых болей и др. В педиатрии этот вид прижигания успешно применяется при лечении ночных страхов, раздражительности, судорог и ночного энуреза у детей. Кроме того, получены хорошие результаты применения прижигания для профилактики простудных заболеваний, для общеукрепляющего действия.

Механизм действия прижигания все еще изучен недостаточно. В данный момент известны следующие его эффекты.

При разовом прижигании отмечается увеличение количества лейкоцитов, в частности нейтрофилов в крови, в течение 4—5 дней, количество эритроцитов уменьшается при кратковременном курсе прижигания и увеличивается при продолжительном курсе; количество тромбоцитов также увеличивается после временного уменьшения. Считается, что в клинических условиях при гипопластической анемии прижигание оказывает хорошее лечебное действие.

Реакция со стороны сосудистой системы в период процедуры заключается в сужении и последующем расширении сосудов, пульс урежается, артериальное давление чаще повышается, а в некоторых случаях понижается или остается постоянным. Условия клиники позволяют при продолжительном проведении лечения прижиганием в известной степени регулировать артериальное давление.

Реакция со стороны системы органов пищеварения на прижигание заключается в усилении или ослаблении перистальтики кишечника. Выделение желчи постепенно усиливается и через 30 мин достигает максимальной величины. Выдвинуто предположение, что прижигание оказывает действие через симпатическую нервную систему, так как при одновременном введении симпатолитических веществ выделение желчи не усиливается.

При проведении процедуры прижигания полынную сигарету рекомендуют держать I, II и III пальцами, как держат карандаш, с упором на согнутый V палец.

В зависимости от лечебных целей полынно-сигаретное цзю делится на три вида: тепловое цзю, клюющее цзю, утюжащее цзю.

Метод теплового цзю. Тлеющий конец полынной сигареты устанавливают (вблизи от кожной поверхности) над областью точки акупунктуры и, медленно опуская полынную сигарету, находят расстояние (обычно 1,5—1,7 см), на котором больной ощущает приятное успокаивающее действие тепла, и фиксируют ее в этом положении.

Время проведения процедуры от 20 мин до 1 ч. Метод теплового цзю оказывает в основном сильное раздражающее действие.

Метод клюющего цзю. При этом методе непрерывно в вертикальном направлении то удаляют, то приближают к точке акупунктуры тлеющий конец полынной сигареты. Продолжительность клюющего цзю для каждой точки 2—3 мин. Этот метод оказывает слабое раздражающее действие.

Метод утюжащего цзю. Тлеющий конец полынной сигареты устанавливают вблизи от кожной поверхности и непрерывно производят широкие, как бы поглаживающие, движения в горизонтальном направлении.

На Востоке считают, что иглотерапию чаще следует применять в острых случаях, а прижигание — в хронических; иглотерапия эффективна при синдроме ян, а прижигание целесообразнее проводить при синдроме инь.

Наша практика показывает, что лучшие результаты получаются при комбинированном лечении, начинать которое следует с процедуры иглоукальвания. В редких случаях иглоукальвание и прижигание проводят одновременно.

§ 2. Точечный массаж

Дошедшие до нашего времени источники литературы свидетельствуют о том, что массаж уже в I—II веке н. э. получил широкое распространение как народный метод лечения, а с VIII века был официально признан восточной медициной.

В этот же период под названием «детский туй-на» массаж получает развитие в практике лечения детских болезней.

Метод точечного массажа (пальцевого чжень, точечного надавливания, по Чжу Лянь), или прессации, можно назвать синтезированным методом, область воздействия которого — точка акупунктуры, а способ воздействия — массаж.

Простота выполнения точечного массажа по сравнению с иглоукальванием и прижиганием, естественно, привлекала внимание к методу, способствуя его развитию.

Чжу Лянь (1959) писала: «Во многих точках при пальцевом чжень можно получить такие же ощущения, как при уколах и цзю, например, в точках областей виска, уха, лица, шеи, плеча, области внутреннего края лопатки,

области груди (от нижнего края ключицы до III ребра), ягодичной области и в точках конечностей». Она рекомендует применять для точечного надавливания круглые иглы в тех местах, где пальцевое чжень применять трудно. При пальцевом чжень можно на точке воздействия производить вибрацию, колебание и все основные приемы возбуждающего и тормозного методов.

По мнению В. Г. Вогралика (1961), техника точечного массажа своеобразна и довольно сложна. Особый интерес представляет так называемый вращательный массаж первыми пальцами рук в области «жизненных точек», с которых удастся получить определенные реакции внутренних органов.

Э. Д. Тыкочинская (1969) разработала и предложила методику точечного массажа для применения в лечебной практике как одного из эффективных средств реабилитации больных с двигательными расстройствами центрального и периферического генеза. А. Т. Качан и сотр. (1972, 1976) успешно применяют точечный массаж при периферических невритах лицевого нерва, осложненных контрактурой мимических мышц. М. К. Усова, Р. Лян (1975) рекомендуют применение точечного массажа в сочетании с иглотерапией при невритах лицевого нерва, отмечая при этом большую эффективность восстановительного лечения. В. С. Гороховская (1976) на основании клинического и электрофизиологического изучения точечного массажа сделала вывод, что эта методика дает отчетливый эффект миорелаксации. В последнее время данная методика получает все большее распространение применительно к двигательным расстройствам, связанным с повышением мышечного тонуса (Качан А. Т., 1976).

Итак, методика точечного массажа является одной из разновидностей массажа и заключается в ритмическом массировании области точки воздействия. Метод точечного массажа показан и взрослым, и детям. Особенно чувствительным больным этот метод может применяться в начале курса иглотерапии, заменяя первые сеансы иглоукальвания. Воздействуя на точки акупунктуры в области виска, уха, лица, шеи, плеча, внутреннего угла лопатки и на дистальные точки конечностей, при точечном массаже можно получить ощущения, аналогичные предусмотренным при иглоукальвании.

В зависимости от характера механического воздействия на точки акупунктуры методику точечного массажа можно разделить на два вида: пальцевой массаж (пальцевое чжень) и массаж иглой с шаровидным наконечником.

Метод пальцевого массажа

Этот метод включает большое число приемов. Мы приводим наиболее часто применяющиеся.

Прием пальцевого надавливания. Кончиком I пальца одной или обеих рук (симметричные точки) с небольшой силой надавливают на точки акупунктуры или болевые точки (рис. 27, а). После приема пальцевого надавливания или в первые дни лечения часто применяется пальцевое поглаживание.

Прием пальцевого поглаживания. Внутренней поверхностью I пальца производят круговые движения на кожной поверхности, соответствующей акупунктурной точке, остальные пальцы при этом слегка разведены и согнуты в каждом суставе, что исключает соприкосновение их с кожей (рис. 27, б). Поглаживание должно сочетаться с некоторым давлением на кожу и подкожную клетчатку, т. е. оказывать поверхностное воздействие. При этом используют главным образом силу кисти. Если поглаживание выполняется пальцами обеих рук, то прием называется «полет бабочки». Им пользуются при массаже в области головы, шеи, спины и живота.

Прием толкания I пальцем. Имеет две разновидности:

а) горизонтальное толкание всей поверхностью I пальца. При этом I пальцем, внутренняя поверхность которого находится непосредственно на точке воздействия, выполняют толкательные движения в определенных направлениях с обратным более легким движением: вперед-назад или вправо-влево. Другие пальцы при толкательном движении слегка согнуты в фаланговых и пястно-фаланговых суставах (рис. 27,в), а при обратном — разогнуты (рис. 27,г).

Движения производят в определенном ритме I пальцем одной руки или попеременно одной и другой, а нередко первыми пальцами обеих рук одновременно.

Прием толкания необходимо сочетать с более сильным давлением на кожу, подкожную клетчатку, мышцу, вплоть до кости, т. е. необходимо глубокое воздействие на точку. Он применяется при массаже в области лба, спины и конечностей;

б) прием толкания боковой поверхностью I пальца. Чаще этот прием используют при массаже височной области головы и остаточных явлениях гемипареза конечностей центрального происхождения (рис. 27,д,е).

Прием захватывания. Захватывают ткани по типу щипка в области точек акупунктуры тремя пальцами — I, II, III. Движения производят сравнительно быстро; прием повторяют 2—3 раза (рис. 28,а).

Прием вонзания. Этот прием — один из специфических и наиболее часто используемых в восточной медицине. Он получил название «палец-игла», так как при этом проводится глубокое надавливание ногтем или кончиком пальца в точки воздействия. Технически различают четыре разновидности приема: однопальцевое, трехпальцевое вонзание, вонзание согнутых пальцев и пальцевой укол.

1. Однопальцевое вонзание: а) вонзание III пальца — он распрямлен, I и II сжимают его и как бы содействуют вонзанию в точку воздействия (рис. 28,б); б) вонзание I пальца — пальцы кисти полусогнуты и кончик полусогнутого I пальца вонзается в точку акупунктуры (рис. 28,в). При необходимости усиления раздражающего действия этот прием сочетают с приемом вибрации, а для ослабления — с приемом разминания.

2. Вонзание полусогнутого пальца. В полусогнутом положении межфаланговый сустав III пальца вонзают в точку воздействия. При этом кисть как бы сжата в кулак (рис. 28,г). Этот прием применяют для получения сильного раздражения.

3. Трехпальцевое вонзание производится I, II, III пальцами (рис. 28,д).

Пальцевой укол. Прием используется при отечности суставов после травматических повреждений. Кончиком пальца в очень быстром темпе проводят пальцевые уколы в точки воздействия. При этом отекшую ткань несколько смещают в направлении с дистального конца к проксимальному (рис. 28,е).

Прием пальцевого разминания. На точку акупунктуры сильно надавливают I пальцем и производят круговые движения (рис. 28,ж). Этот прием, оказывающий поверхностное воздействие и вызывающий ощущение распирания и ломоты, часто используют после однопальцевого вонзания, что действует успокаивающим образом на больного.

Прием пальцевой вибрации. Производят колебательные движения кончиком I или III пальца. Его часто сочетают с приемом однопальцевого вонзания (рис. 28,з). Этот прием усиливает раздражающее действие.

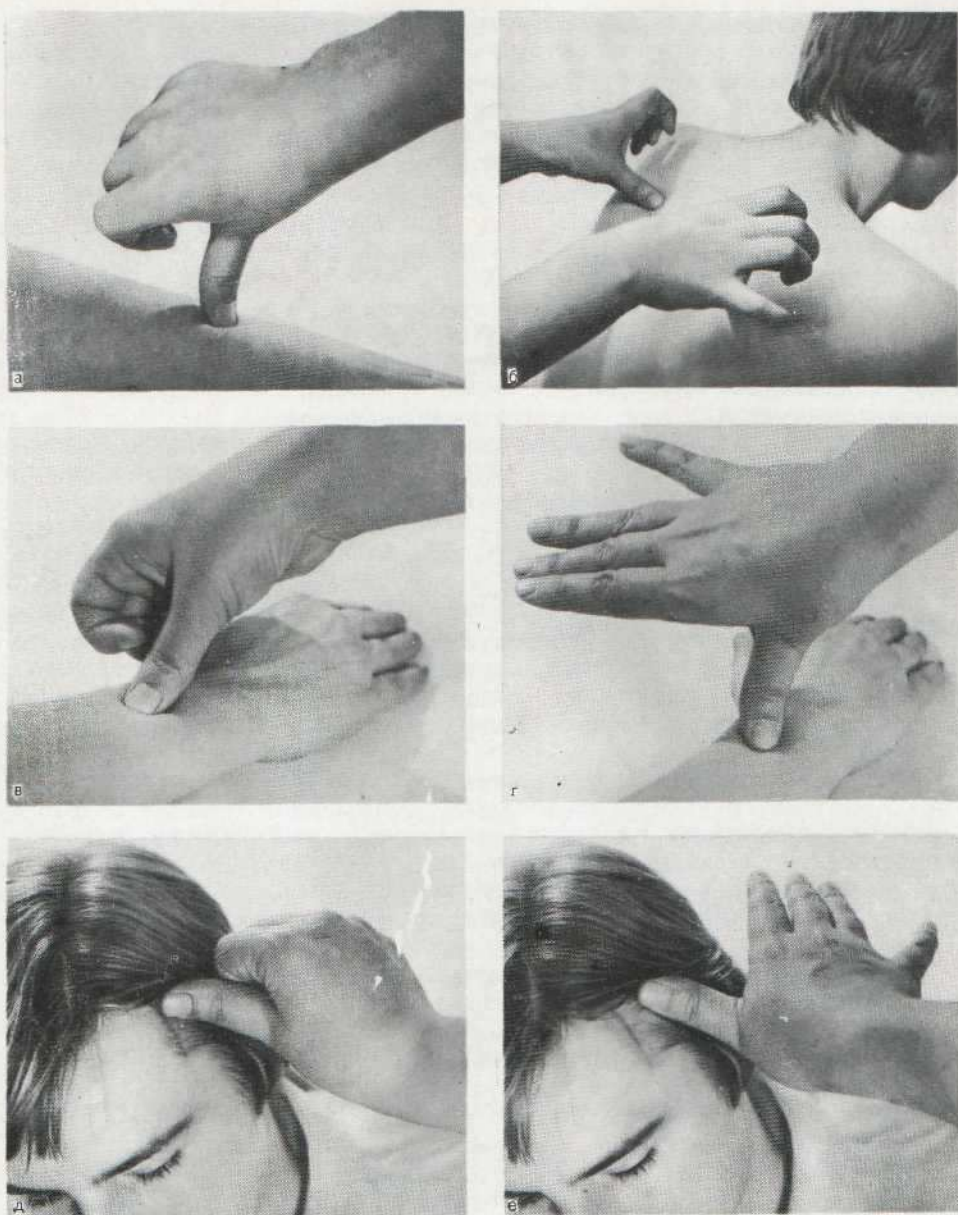
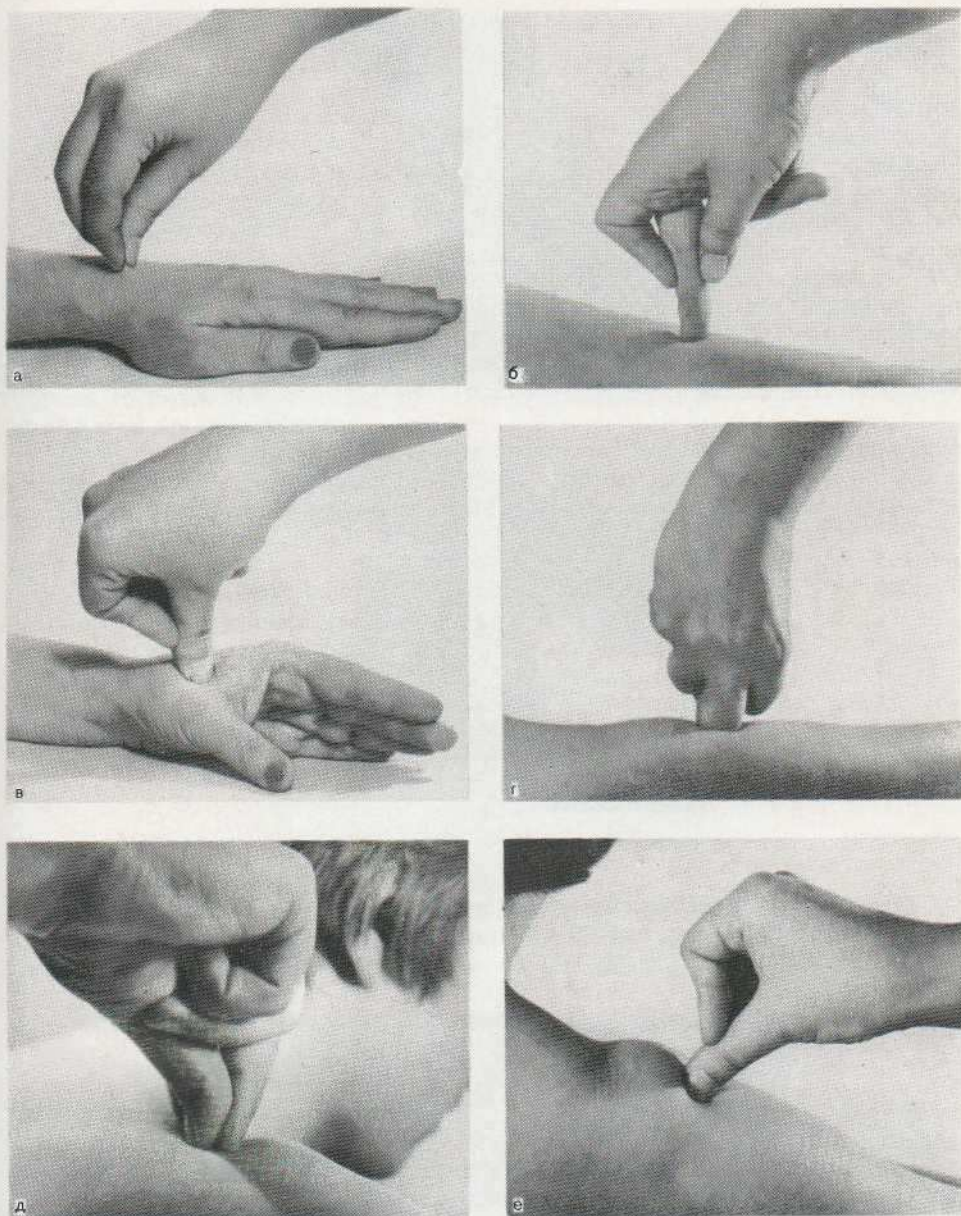


Рис. 27.

Приемы пальцевого надавливания.

а — пальцевое надавливание; б — пальцевое поглаживание; в — горизонтальное толкание поверхностью I пальца (первый момент); г — горизонтальное толкание поверхностью I пальца (второй момент); д — толкание боковой поверхностью I пальца (первый момент); е — толкание боковой поверхностью I пальца (второй момент).



Приемы пальцевого надавливания (продолжение).

Рис. 28.

а—прием захватывания; б—однопальцевое вонзание кончиком III пальца; в—однопальцевое вонзание кончиком I пальца; г—вонзание полусогнутым пальцем; д—трехпальцевое вонзание; е—пальцевой укол.

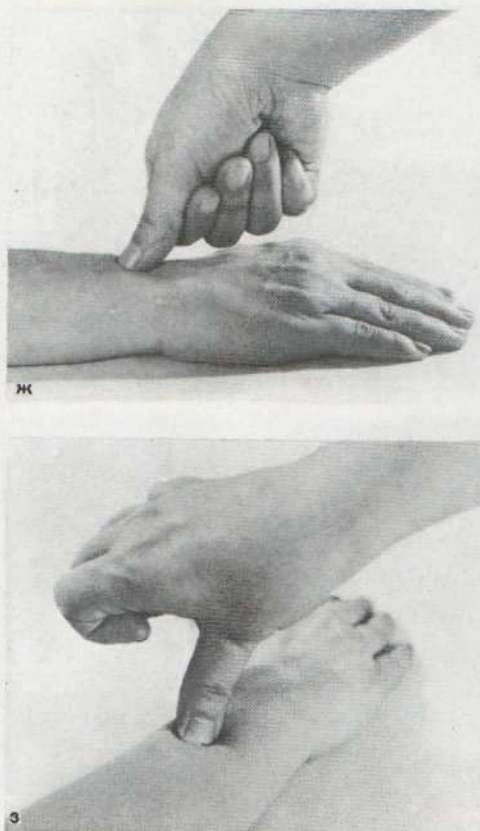


Рис. 28.

Приемы пальцевого надавливания (продолжение):
ж — пальцевое разминание; з — пальцевая вибрация.

Методы раздражающего воздействия при пальцевом массаже

Метод слабого раздражения. Давление производится с силой, необходимой для проникновения в кожу, подкожную клетчатку до мышц и получения предусмотренных ощущений в виде давления, онемения без иррадиации; частота движений большая, продолжительность воздействия на точку до 30—40 с, направления движения массажа, т. е. очередность воздействия на точки, соответственно ходу меридиана, количество точек воздействия на один сеанс 6—8 (допускаются индивидуальные отклонения).

Метод сильного раздражения. Допускается давление с силой, проникающей в кожу, подкожную клетчатку, мышцы вплоть до кости, до получения предусмотренных ощущений в виде распираания, онемения, ломоты и прохождения электрического тока с иррадиацией, частота движений небольшая, продолжительность воздействия на точку до 2 мин, направление движения массажа, т. е. очередность воздействия на точки акупунктуры, против хода меридиана, количество точек воздействия на один сеанс 2—4 (допускаются индивидуальные отклонения).

Метод прессации иглой с шаровидным наконечником

При выполнении процедуры мы используем комбинированную иглу для рефлексотерапии нашей конструкции (Табеева Д. М., 1977), которая представляет собой комплект различных по форме и назначению инструментов (см. рис. 24). Для точечного массажа применяются шаровидные наконечники различных диаметров (рис. 29), которые насаживают на ручку иглы. Такой иглой с шаровидным наконечником можно производить вышеописанные приемы пальцевого массажа, за исключением приема захватывания.

Для воздействия слабым раздражением применяется игла с шаровидным наконечником, диаметр которой равен 6 мм, а для воздействия сильным раздражением — игла с шаровидным наконечником диаметром 1 или 4 мм. Шаровидный наконечник диаметром 1 мм применяется также для точечного массажа на ушной раковине.

Принципы подхода к методу лечения точечным массажем те же, что и для лечения методом иглорефлексотерапии. Выбор точек воздействия по функциональным характеристикам наиболее прост, но не совсем оправдан, так как при этом необходимо массировать большое количество точек акупунктуры, совпадающих по своим показателям. Кроме того, при этом не учитывается и нарушение равновесия между меридианами, что ведет к снижению терапевтического эффекта.

Наша практика показывает, что использование принципов подхода к методам выбора точек воздействия, предложенный нами (Табеева Д. М., 1978), дает хороший лечебный эффект. Эти принципы детально описаны в главе VIII данного руководства.

§ 3. Цубо-терапия

Японскими иглотерапевтами предложен новый метод лечения — цубо-терапия. Мы предлагаем называть этот метод «точечная шарикотерапия». При этом методе воздействие на точку производится шариком из



Прессация иглой с шаровидным наконечником.

Рис. 29

нержавеющей стали диаметром 1 мм (рис. 30). Шарик вращательными движениями слегка углубляют в кожу в зону проекции точки воздействия и фиксируют липким пластырем 5 × 5 мм. Через каждые 2—3 дня контролируют состояние больного. Если его состояние улучшается, то шарики оставляют в зависимости от индивидуальных показаний до 2 нед. Если состояние остается без изменений, то шарики снимают и накладывают на другие точки акупунктуры. Предложены схемы и таблицы с указанием сочетания точек при различных заболеваниях.

1. Бронхиальная астма: 22XIV тянь-ту, 17VI тянь-жун, 2I юнь-мэнь, II чжун-фу, 14XIII да-чжуй, 11VII да-чжу, 12VII фэн-мэнь, 13VII фэй-шу, 14VII цзюе-инь-шу.
2. Гипертоническая болезнь: 20XI фэн-чи, VM9 тай-ян, 17VI тянь-жун, 15XIII я-мэнь, 3II сань-цзянь.
3. Мигрень: 20XIII бай-хуэй, VM9 тай-ян, 12XI вань-гу, 17VI тянь-жун.
4. Заболевания желудочно-кишечного тракта (спастические и атонические колиты, упорные запоры, метеоризм): 25III тянь-шу, 12XIV чжун-вань, 28III шуй-дао, 24VII ци-хай-шу, 25VII да-чан-шу, 27VII сяо-чан-шу, 28VII пан-гуан-шу, 31VII шан-ляо, 32VII пы-ляо, 33VII чжун-ляо.

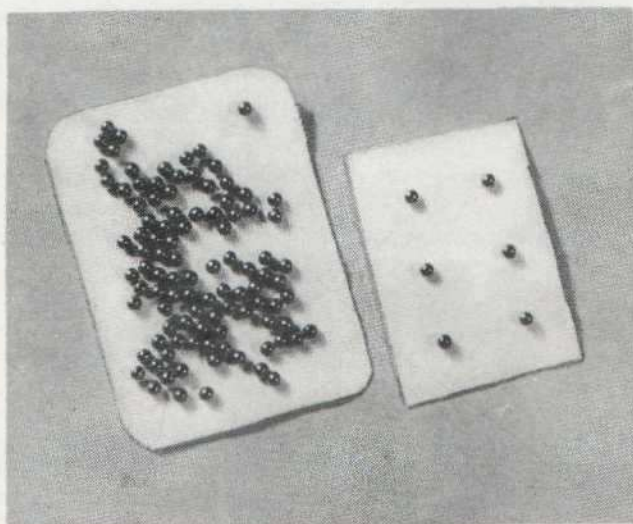


Рис. 30.

Шарики для рефлексотерапии.

5. Заболевания носоглотки, вазомоторный ринит: 24XIII шэнь-тин, 2VII цуань-чжу, 20II ин-сян, 19II хэ-ляо, 15XIII я-мэнь.
6. Невралгии (невралгия шейно-плечевого сплетения, грудные и пояснично-крестцовые корешковые боли, невралгия затылочного нерва, невралгия тройничного нерва): 10VII тянь-чжу, 20XI фэн-чи, 12XI вань-гу, 7III ся-гуань, 14XIII да-чжуй, 15VI цзянь-чжун-шу, 43VII гао-хуан, 14VI цзянь-вай-шу, 21XI цзянь-цзин, 15II цзянь-юй, 36III цзу-сань-ли, 1VIII юн-цюань, 6III цзя-чэ, 5III да-ин, 23X сы-чжу-кун, 4XIII мин-мэнь, 3XIII яо-ян-гуань, 25VII да-чан-шу, 31—34VII ба-ляо, 55VII хэ-ян, 39XI сюань-чжун.
7. Ночной энурез у детей: 4XIV гуань-юань, 3XIV чжун-ци, 2XIV цюй-гу, 11VIII хэн-гу, 23VII шэнь-шу, 4XIII мин-мэнь.

Мы в своей повседневной практике широко пользуемся методом цубо, применяя его как самостоятельно, так и в сочетании с иглоукальванием. Особенно рекомендуем начинать лечение этим методом ослабленных, чувствительных больных, тех, кто боится уколов, детей и людей преклонного возраста. По показаниям в последующем переходим только на иглоукальвание или сочетаем оба метода лечения. Принцип выбора точек воздействия при этом методе такой же, как и при иглорефлексотерапии (см. главу VIII).

§ 4. Вакуум-терапия

В повседневной практике Востока иглотерапия очень часто применяется в сочетании с вакуум-терапией, при которой с лечебной целью используется разрежение воздуха, создаваемое путем внесения в банки на 2—3 с, горящего ватного тампона, смоченного спиртом. У нас для вакуум-терапии наиболее часто применяются обычные медицинские банки, которые представляют собой стеклянные сосуды с утолщенным краем и расширенным полусферическим дном вместимостью 30—70 мл. За рубежом (Япония, Китай, Корея, Монголия) используются стеклянные банки несколько больших размеров, а также керамические и бамбуковые банки. В таких банках необходимое разрежение воздуха создается внесением в них горячей полоски из плотной бумаги, после чего банку быстро ставят горлом на соответствующую поверхность кожи, которую предварительно смазывают вазелином. Длина полоски бумаги должна соответствовать высоте банки, причем полоску складывают несколько раз (по типу мехов гармошки), и поэтому она занимает меньший объем. Воздух внутри банки разрежается, благодаря чему кожа втягивается в нее на высоту 1—3 см и приобретает ярко-розовую или багровую окраску. Когда изменения в коже под банкой (гиперемия, кровоизлияния) достигнут желаемой степени и интенсивности, банки снимают. Для этого легким надавливанием пальцев отделяют кожу от края банки, одновременно отклоняя ее дно в противоположную сторону.

Таким образом, банки вызывают на соответствующем участке кожи временную внутрикожную гиперемию с экстравазатами (кровоизлияниями), и поэтому механизм действия банок связывают как с рефлекторным действием по типу кожно-висцерального рефлекса, так и с действием, подобным тому, которое производит аутогемотерапия.

Экспериментально-клинические исследования (Василенко В. Х., 1926) показали, что под влиянием сухих банок наряду с понижением артериального давления и замедления пульса наступает временное (длительностью до 1 ч) уменьшение в периферической крови нейтрофилов и значительное повышение свертываемости крови. Показания к применению банок соответствуют обычным показаниям, т. е. они применяются при воспалительных процессах в органах грудной клетки, острых и хронических миозитах, нейромиозитах, невралгиях и т. д. Длительность наложения банки определяется как местом наложения, так и общим состоянием больного и составляет в среднем 7—15 мин. Применение вакуум-терапии в сочетании с иглотерапией дает определенный лечебный эффект.

§ 5. Введение лекарственных препаратов

в точки акупунктуры

В последнее время предложен ряд способов введения лекарственных препаратов в точки акупунктуры.

Разработан способ лечения бронхиальной астмы, крапивницы, ночного энуреза внутрикожным введением малых доз хлорида кальция безыгольным механическим инъектором «Пчелка» (Гуревич А. Е., 1972). При этом способе вводят 0,1 мл 3—6% (в зависимости от возраста больного) раствора хлорида кальция в точки акупунктуры сегментов С₇—D₆. Повторно эти же

точки воздействия используют после исчезновения реактивной гиперемии. На курс проводится 40—50 инъекций в течение 15—20 сеансов, за один сеанс используют 2—8 точек.

Описан способ лечения детей в возрасте до 7 лет и взрослых после 60 лет, больных бронхиальной астмой, а также больных хронической пневмонией методом нанесения стимулина Д-1 на проекцию акупунктурных точек, главным образом сегментарных (Бабицкая Т. А., 1974).

Предложен способ лечения ночного энуреза «точечной» новокаиновой блокадой (Асимов А. А., 1972). В точки акупунктуры, расположенные в нижней части живота, вводят по 1,5—2 мл 0,5—1% раствора новокаина 1 раз в 10 дней; всего 3 блокады на курс лечения.

А. Х. Терегуловым (1962) предложена методика лечения болевого синдрома при пояснично-крестцовом радикулите введением новокаина в точки воздействия. Она заключается в следующем. В избранные точки акупунктуры сразу после иглоукалывания, для которого используется инъекционная игла (метод вращения не применяют), вводят 0,2—0,5 мл 0,25% раствора новокаина.

§ 6. Биоэнерготерапия

Начиная с 60-х годов в Казахском государственном университете (КазГУ) под руководством В. М. Инюшина проводятся исследования по изучению влияния воздействия низкоэнергетического лазера на организм в целом и на точки акупунктуры в частности. Возможность использования слабых энергетических воздействий для биостимуляции нарушенных функций базируется на концепции «биоплазмы», разработанной В. М. Инюшиным и сотр.

В медицинской практике с терапевтической целью уже давно применяются различного рода энергетические факторы, в том числе лучевые. Однако биоэнерготерапия (таким термином называют терапию, использующую энергетические факторы с целью нормализации «энергетического гомеостаза» в организме) отличается от обычной классической физиотерапии. Физиотерапия в большинстве случаев исходит из принципа раздражающего действия на те или иные зоны путем теплового, светового, механического, электрического воздействия. Большинство физиотерапевтов при этом не делают акцента на специфичность действия физического фактора на организм больного. Параметры энергетического агента в идеале должны соответствовать энергетическим параметрам живого организма. Воздействующий фактор не должен вызывать чрезвычайных физиологических изменений, а должен как бы ассимилироваться с энергетикой организма, трансформируясь в биологические виды энергии.

Исследования, проведенные в КазГУ, показали, что наиболее перспективными для целей терапии являются газовые оптические квантовые генераторы — лазеры, которые позволяют получить непрерывное излучение с очень высокой степенью монохроматичности. С помощью стекловолоконной оптики или зеркального световода лазерный свет можно направить на любые точки поверхности организма (например, на точки акупунктуры), а также вводить в полости. Короткими импульсами, следующими в определенной последовательности, при необходимости можно усилить физиологический резонансный эффект излучений. В этом плане лазерные источники света имеют большие возможности для осуществления программной модуляции воздействия.

Монохроматический красный свет оптического квантового генератора нашел широкое применение в лечебных учреждениях Алма-Аты при лечении ряда форм патологии (артериальная гипертония, неврологические заболевания, детский церебральный паралич, бронхиальная астма, стоматологические заболевания, хронические воспалительные процессы придатков матки и т. д.)

Положительные результаты были достигнуты при лечении лазерным лучом и других заболеваний. Ныне имеется успешный опыт использования лазера при терапии заболеваний слизистой оболочки рта и зубов, болезней позвоночника и суставов, заболеваний нервной системы у детей и т. д.

Однако достигнутый уровень медико-биологических знаний не позволяет еще дать определенное теоретическое обоснование всем явлениям, которыми сопровождается воздействие лазерного излучения на здоровый и больной организм как в эксперименте, так и в клинике. Это тем не менее не должно служить препятствием к проведению дальнейших исследований в этом аспекте.

§ 7. Электроакупунктура

За последнее десятилетие в нашей стране возрос интерес к электроакупунктуре и электропунктуре, что обусловлено поисками более эффективных методов воздействия на точки акупунктуры.

В настоящее время существуют два способа воздействия электрическим током на точки акупунктуры — электропунктура и электроакупунктура, которые отличаются друг от друга тем, что в первом случае оказывается воздействие электрическим током на точки электродом без введения игл, а во втором — в точки вводят иглы.

Эффект воздействия электрическим током на точки акупунктуры, помимо рефлекторного механизма, по-видимому, определенным образом связан с биоэлектрическими процессами, происходящими в них. Точки акупунктуры характеризуются определенными физическими свойствами, в частности относительно низким по сравнению с окружающей кожей электрическим сопротивлением. Измерения, проведенные в различных лабораториях мира, показали «повышение сопротивления в 5 раз между центром обнаруженной точки и расстоянием в 2 мм от нее и повышение в 12 раз между центром и расстоянием в 10 мм» (Портнов Ф. Г., 1977) и подтвердили, таким образом, феномен, впервые выявленный Y. Nakatani и E. N. Niboyet при измерении полного электрического сопротивления кожи.

Физическая (объективная) реальность активных точек, представляющей собой структурный элемент кожи, доказана в лаборатории Ф. Г. Портнова (1973), где было установлено, что БАТ сохраняются на коже длительное время после смерти человека. Эти исследования подтвердили данные, ранее полученные E. N. Niboyet и A. Mery (1957).

А. И. Нечушкин и О. В. Оганесян (1976) установили, что через точки акупунктуры постоянно проходит слабый переменный электрический ток, характеристики которого зависят от параметров внешнего электрического поля и физиологического состояния самих точек воздействия и организма в целом. Известно, что в норме между поверхностью кожи и подлежащими тканями существует разность потенциалов. Регуляция этого физиологического феномена осуществляется, по мнению авторов, функциональными свойствами БАТ, или зонами энергообмена (ЗЭО), — по терминологии, предло-

женной этими авторами. А. И. Нечушкин и О. В. Оганесян полагают, что сущностью этого регуляторного процесса является протекание экспериментально зарегистрированного ими переменного электрического тока определенной, специфичной для физиологического состояния ЗЭО частоты. Величина этого тока в обычных условиях составляет от долей микроампера до 25—30 мкА. Авторы на основании этих данных считают, что одной из функций ЗЭО является участие в процессах регулирования энергетического равновесия организма. Это соответствует и полученным ранее фактам о том, что теплоотдача с поверхности кожи осуществляется преимущественно с зон акупунктуры и происходит в них, сопровождаясь более интенсивными обменными процессами по сравнению с другими участками кожи (цит. по Нечушкин А. И., 1978).

Эксперименты подтвердили, что в случае воздействия на организм постоянного электрического тока через кожные покровы регистрируемое сопротивление значительно уменьшается при прохождении активного электрода через точки акупунктуры. Нужно отметить те трудности, с которыми было связано выведение уравнений электрических характеристик кожного покрова, так как электрическое сопротивление кожи зависит от многих параметров (явлений поляризации, обусловленных мальпигиевым слоем или железистыми клетками, от электрофарадических эффектов, а также от функциональной активности потовых желез, микротравм, температуры и т. д.). В результате выполненных работ были определены коэффициенты сопротивления, емкости и самоиндукции, что позволило довольно точно идентифицировать точки акупунктуры как точки наименьшего кожного сопротивления.

В настоящее время существует много приборов для электропунктуры и электроакупунктуры. На заре развития электропунктуры (как диагностики, так и лечения) широко использовались приборы, дающие на выходе постоянный гальванический ток. Dumie (1929) разработал первый прибор для обнаружения точек акупунктуры, основанный на принципе измерения электрического сопротивления, в котором использовался зеркальный гальванометр. Позже появилась модификация Е. N. Niboyet, а в 40—50-х годах в зарубежных странах использовалось уже большое количество приборов для поиска точек, основанных на определении электрического сопротивления в точках акупунктуры. R. Fuye (1957) предложил прибор, названный им электропунктатором, который предназначался для поверхностного и глубокого воздействия. При поверхностном методе создавался кратковременный искровой разряд между острием иглы и точкой акупунктуры, что, собственно, и является электропунктурой. При глубинном воздействии напряжение подавалось на иглу, которую вводили в точку акупунктуры, — это уже электроакупунктура, т. е. здесь обычное действие иглы (иглотерапия) сочетается с воздействием электрического тока (иглогальванизация).

В СССР первые приборы для электропунктуры появились в конце 50-х годов: это прибор для гальванопунктуры В. Г. Вогралика (1959), аппарат для иглогальванизации И. Т. Пашевича и М. В. Вогралика (1960), аппарат для цзю-терапии и иглогальванизации И. И. Лелюляка и Т. И. Загорельского (1960), прибор Г. Д. Новинского (1960).

В нашей стране впервые заявку на прибор для нахождения точек акупунктуры и воздействия на них постоянным током в 1963 г. сделали М. К. Гейкин и В. И. Михалевский. В последующем появились приборы Ю. Я. Лозновского, П. П. Сыча, Ф. Г. Портнова и других авторов. За последнее время как за рубежом, так и в нашей стране появились электростимуляторы, дающие на

выходе постоянный импульсный ток с частотой следования импульсов от 0,01 до 5000 Гц и продолжительностью каждого из них от 40 мкс до 1,5 мс. В 1968 г. Pellan предложил прибор, названный им стигмаскопом, который предназначался для обнаружения точек акупунктуры и проведения лечения токами различной величины и формы (постоянный ток, переменный ток, импульсные токи). По данным автора, этот прибор позволяет определить локализацию точки, характеризующуюся наименьшим электрическим сопротивлением, с помощью тока слабой силы (порядка нескольких микроампер) и малого напряжения (ниже 10 В).

В 1969 г. появилось описание прибора В. М. Большова и В. И. Смирнова для исследования электрических свойств точек воздействия. Этот прибор работает на переменном токе. Он фиксирует момент резкого изменения импеданса поверхностного слоя кожи, когда электрод проходит через активную точку или останавливается на ней, а не измеряет абсолютную величину импеданса. Эта модификация позволила исключить мостовую систему измерений импеданса, которая делает почти невозможным быстрый и удобный поиск активных точек, так как электрическое сопротивление кожи — весьма изменчивый показатель, зависящий от ряда трудно учитываемых факторов. Другой прибор этих же авторов регистрирует местоположение точки акупунктуры по интенсивному свечению индикаторной лампы накаливания. Электрод имеет приспособление, исключающее продавливание наружного кожного покрова. Кроме того, в электроде предусмотрен переключатель, при помощи которого после идентификации активной точки ее электрические потенциалы измеряются специальным милливольтметром.

Прибор с двухэлектродным поисковым щупом, позволяющим при измерении сопротивления активной точки учитывать сопротивление окружающей ее кожи, был предложен В. А. Хрущевым и Ю. Я. Лозновским (1972). Этот прибор в отличие от ранее описанных работает на переменном токе, что позволяет избежать электрофарадических эффектов и уменьшить погрешности измерения сопротивления кожи.

Г. Д. Новинский (1974) также предложил аппарат, работающий на переменном токе. Прибор представляет собой генератор звуковой частоты 1000 Гц, питающий через дифференциальный трансформатор мост переменного тока, с диагонали которого снимается напряжение переменного тока и усиливается с помощью двухкаскадного усилителя, подключенного к электронно-оптическому индикатору. В случае равенства эталонного сопротивления и сопротивления точки акупунктуры теневой сектор электро-оптического индикатора становится максимальным.

Электроды для электропунктуры могут быть нескольких типов. Чаще используются стержневой электрод диаметром 1—3 мм, помещенный в рукоятке из диэлектрика и снабженный устройством, позволяющим дозировать давление на кожу. Б. А. Нейманом (1966), В. А. Хрущевым и Ю. Я. Лозновским (1972) были предложены двухэлектродные поисковые щупы, позволяющие при измерении сопротивления активной точки учитывать сопротивление окружающей ее кожи.

Реже используют круглые пластинчатые электроды диаметром от 5 до 10 мм, наклеиваемые на кожу с помощью липкой ленты. При использовании стержневого электрода в качестве «нулевого» наиболее часто применяют пластинчатый электрод в виде зажима, который надевается на кисть, но нередко используют цилиндрический пассивный электрод. При проведении электроakupunktury активные электроды выполняются в виде зажимов или в виде петель, накладываемых на иглы, введенные в точки акупунктуры.

В нашей стране прошли государственные испытания приборы ЭЛАП-1,

Элита-4. Прибор ЭЛАП-1 позволяет осуществлять индикацию точек акупунктуры и воздействие на них постоянным электрическим током в различном режиме. Этот прибор, кроме того, дает возможность вводить в точки путем микроэлектрофореза акупунктуры различные лекарственные средства. Введение лекарственных веществ осуществляется при помощи специального капиллярного наливного электрода посредством дозированной гальванического тока (рис. 31).

Прибор Элита-4 предназначен для проведения электроиглоанальгезии. Однако его широкие технические возможности позволяют также проводить электропунктуру и электроакупунктуру по всевозможным методикам при различных заболеваниях. Этим прибором можно проводить поиск точек акупунктуры, оказывать на них воздействие постоянным импульсным и модулированным током, а также определять некоторые параметры функционального состояния точек акупунктуры (рис. 32).

С 1977 г. начался серийный выпуск прибора электропунктуры ПЭП-1, который предназначен для нахождения точек акупунктуры контактным способом и терапевтического воздействия на них электрическим током, чередуя его полярности. Щуп индикатора прибора заканчивается съемной двусторонней иглой, стороны которой имеют разные диаметры, что имеет определенное значение при поиске точек воздействия разных геометрических размеров. Одним из достоинств данного прибора является возможность одновременного воздействия на 6 точек акупунктуры в режиме ручного или автоматического переключения полярности тока. Для осуществления электропунктуры можно пользоваться воздействующими электродами, а для проведения электроакупунктуры — зажимами, которые закрепляются на введенных в точку воздействия акупунктурных иглах (рис. 33).

Во Франции электроакупунктуру применяли наиболее успешно такие известные врачи, как E. N. Niboyet (1957, 1963), G. S. Morant (1962), P. Nogier (1969). Электроакупунктура получила развитие и обоснование также в Японии, где основателем японской школы электроакупунктуристов является Y. Nakatani (1950), создавший метод Ryodoraki, что дословно переводится «хорошо электропроводящая линия».

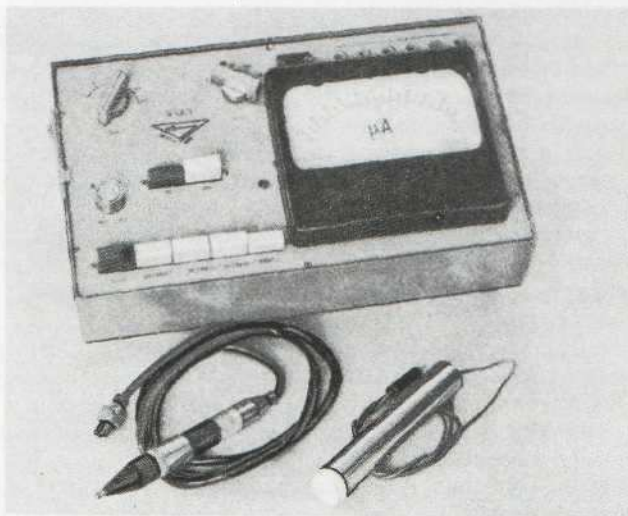
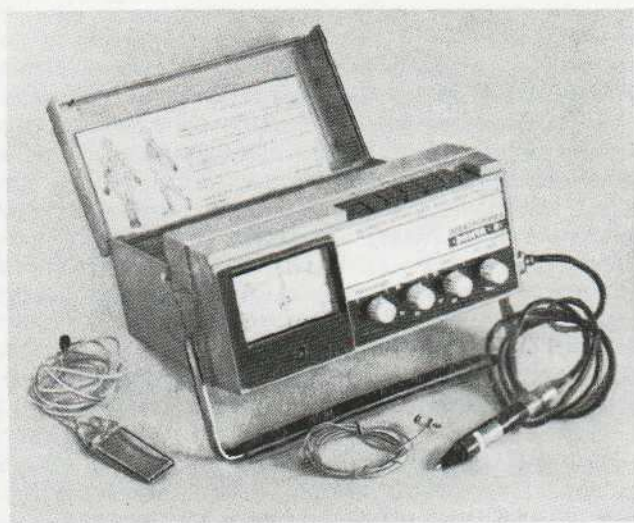


Рис. 31.

ЭЛАП-1.

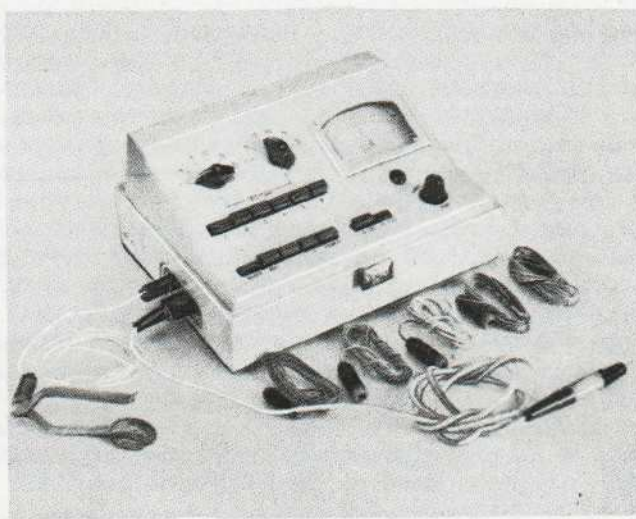


«Элита-4».

Рис. 32.

В ФРГ метод электроакупунктуры основал R.Voll (1960), который занимался вопросами терапии и электроакупунктурной диагностики. В дальнейшем этот метод распространился в Италии, его применение в этой стране связано с именем U. Lanza (1972).

В СССР ведущими специалистами по электроакупунктурной терапии и диагностике являются Ф. Г. Портнов (1975, 1977, 1978) и А. И. Нечушкин (1976, 1977, 1978).



ПЭП-1.

Рис. 33.

Электропунктурная диагностика

Электропунктурная диагностика по точкам кожи человека стала развиваться сразу после появления электронных приборов. До этого диагностика по точкам воздействия производилась древнекитайскими медиками (учение о меридианах и т. д.). В Японии Onodera предложил метод прессации (давления), исходя из положения, что наиболее чувствительные точки к давлению являются «нездоровыми»; диагностикой на ушной раковине занимался и продолжает заниматься P. Nogier.

Имеется много методов электропунктурной диагностики, но мы остановимся на тех из них, которые получили наибольшее признание и прошли проверку на большом контингенте больных, — на методах Фоля, Накатани, ЦИТО и аурикулярной диагностике.

Метод Фоля. Диагностика по R. Voll основана на измерении проводимости (в условных единицах) участка меридиана и динамики установления тока¹ в точках акупунктуры. При этом используются слабые постоянные токи (до 1,5 мкА) и напряжение до 1,5—2 В. R. Voll (1973) дал топографическое описание 226 точек классической акупунктуры, отметив при этом, что только 125 из них принимаются в расчет как точки измерения при проведении электроакупунктуры. По его данным, электроакупунктура представила еще 47 точек измерения, которые неизвестны в классической акупунктуре. Таким образом, общее число точек, описанных им, составляет 273, а при проведении электроакупунктуры используются 172 точки.

Электропунктурная диагностика требует точного нахождения акупунктурной точки. R. Voll считает, что точка расположена на глубине от 2 до 3 мм в зависимости от индивидуальных особенностей кожи. Поэтому необходимо применять такое давление при измерении, которое необходимо для получения наивысшего значения величины измерения для акупунктурной точки.

Следует отметить тот факт, что особенно большое влияние на измерения сопротивления кожи имеет сила давления в точке контакта. Это объясняется сложными биохимическими свойствами кожи и тесной связью биомеханических свойств с биоэлектрическими. В 1973 г. A. Noordengraaf и D. Silage провели поучительный эксперимент, где показали, что эксперты (иглотерапевты), зная расположение точек акупунктуры, при измерении в этих точках произвольно нажимали на электрод сильнее, чем при измерении в индифферентных зонах. Авторы после тщательных измерений показали зависимость сопротивления участков кожи от силы давления.

Для акупунктурной диагностики R. Voll применяет прибор диатеракупунктер. Он имеет четыре точечных электрода: 1) закругленный точечный электрод диаметром 4 мм, 2) закругленный точечный электрод такого же диаметра с 10-миллиметровой изоляцией цилиндрического стержня для измерения показателей точки гипоталамуса, 3) шариковый электрод диаметром 3 мм, 4) четырехштифтовый электрод. От формы и величины поверхности точечного электрода зависит определенная техника давления, которая применяется для регистрации максимальной величины измерения точки акупунктуры.

R. Voll описал 273 точки измерения электроакупунктуры, 226 точек 12 меридианов классической акупунктуры, три новых меридиана (дегенерации, аллергии, лимфатический) и вторичные меридианы соединения лимфатического меридиана.

¹R. Voll считает, что измерительный ток, подающийся к акупунктурной точке, взаимодействует с «биоэлектрическим током органа, который идет по меридиану органа».

По данным R.Voll, число точек, необходимое для измерения функции органа, зависит от величины и значения его. Для измерения функции основных органов с собственными меридианами имеются три точки. К основным органам относят 10: легкие, селезенка—поджелудочная железа, сердце, почка, печень, желудок, тонкая кишка, толстая кишка, желчный пузырь и мочевой пузырь. Функциональные меридианы перикарда и трех частей туловища тоже имеют по три точки измерения, что дает суммационную диагностику всех функций сосудистой и эндокринной систем. Для дифференцирования величин измерения меридиана X (трех частей туловища) каждая эндокринная железа имеет собственную точку измерения, а для дифференцированной суммационной диагностики меридиана 1X (перикарда) имеются точки измерения артериальной и венозной систем в различных частях тела. Органы меньшей значимости, которые являются составными частями «приводящих и отводящих путей» основных органов, имеют только по одной точке измерения. Исключениями из этого правила являются пищевод, мочеиспускательный канал, маточные трубы.

Ввиду того что меридианы расположены на теле попарно, при помощи электропунктурной диагностики можно дифференцированно измерять левые и правые части органа. Например, точки измерения толстой кишки справа дают информацию о функции слепой кишки, включая аппендикс, восходящую часть поперечной ободочной кишки до середины, а точки измерения толстой кишки слева охватывают функцию поперечной ободочной кишки слева, ее нисходящей части и сигмовидного отдела.

Для измерения берут точки на стопе и кисти, соответственно три первые точки акупунктуры, если меридиан центростремительный, или три последние, если меридиан центробежный. Нужно отметить, что R.Voll придает большое значение знанию расположения меридианов при проведении акупунктурной диагностики и указывает, что необходимо обращать внимание на жалобы больного, которые могут дать ценные указания к диагностике. К этим жалобам он относит: а) локализованную боль, б) локализованные изменения кожи, в) локализованные изменения ногтей, г) локализованные рубцовые боли.

В заключение приведем некоторые точки классической акупунктуры, измерение которых позволяет делать заключение о состоянии тех или иных органов, систем и тканей. Исследования, проведенные R.Voll, подтвердили «специфичность» этих точек. Наряду с этим он описал и другие точки измерения: 10VII тянь-чжу — продолговатого мозга, 11VII да-чжу — позвоночника, 22VII сань-цзяо-шу — надпочечника, 20X цзяо-сунь — гипоталамуса, 20XI фэн-чи — симпатикуса, 11III ци-шэ — блуждающего нерва, 7I лешо — артерий верхней конечности, 32III фу-ту — артерий нижней конечности, 8I цзин-цюй — вен верхней конечности, 12XII цзи-май — вен нижней конечности, 10IV сюе-хай — тазовых вен, 33III инь-ши — вен брюшной полости, 9VI цзянь-чжэнь — мышц верхней конечности, 34XI ян-лин-цюань — мышц нижней конечности, 7VI чжи-чжэн — периферических нервов верхней конечности, 60VII кунь-лунь — периферических нервов нижней конечности, 15X тянь-ляо — суставов верхней конечности, 33XI цзу-ян-гуань — суставов нижней конечности.

R. Voll выявил три точки, связанные с состоянием кожи: точку на концевой фаланге III пальца стопы. Она дает информацию о состоянии кожи в нижней части тела (ноги, живот, спина); точку над дистальным углом тела и головки III плюсневой кости с малоберцовой стороны. Она дает информацию о состоянии кожи верхней части туловища (грудь, шея, верх спины, затылок и руки); точку над проксимальным углом между основанием III плюсневой

кости и телом, связанную с состоянием кожи головы. Используя эти точки, можно получить определенный терапевтический эффект.

Метод Накатани. Наиболее популярным в последние два десятилетия в Японии является учение Ryodoraku, разработанное Y. Nakatani. Начиная с 1950 г. в Осаке под его руководством ведутся кропотливые электрофизиологические исследования меридианов тела, изучаются зависимости между функциональным состоянием внутренних органов и электрическими потенциалами в кожных точках соответствующих меридианов. Эти исследования показали, что любые изменения во внутренней среде непременно отражаются на коже и что меридианы тела ведут себя как чувствительные индикаторы, сигнализирующие не только о наступившей опасности, но и о ее масштабах. Измеряя электрическое сопротивление кожи с помощью специального прибора (рис. 34) у больных с воспалительными заболеваниями почек, Y. Nakatani обнаружил точки с повышенной электропроводимостью, низким электрическим сопротивлением и назвал их электропроницаемыми точками. Обследуя большую группу больных и здоровых людей, он обнаружил, что



Рис. 34.

Нейроизмеритель модели IW.

эти точки выявляются при заболевании почек у 9 исследуемых из 10, а у здоровых людей они почти не обнаруживаются. Эти точки называют иногда реактивными электропроницаемыми точками — REPP. Показано, что они совпадают с точками меридиана почек, вытягиваясь в одну линию. Эту линию Y. Nakatani назвал почечной Ryodoraku. Обследовав больных с различными висцеральными нарушениями, он пришел к выводу, что при легочных заболеваниях хорошо определяется электропроводящая линия, соответствующая классическому меридиану легких и т. д. Кроме того, Y. Nakatani обнаружил, что Ryodoraku, соответствующая меридиану толстой кишки, появляется иногда при легочных заболеваниях. Это в некоторой степени объективизирует существование связи «переднее—заднее» или инь—ян меридианов. Y. Nakatani с учениками пришли к выводу, что меридиан имеет в основе феномен Ryodoraku (повышенной электропроводности), особенно четко выявляемый при заболеваниях соответствующих органов или систем. Он считает, что этот феномен можно объяснить висцерокожным симпатическим

рефлексом. Импульсы от висцеральных органов направляются в спинной мозг, далее они рефлекторным путем через посредство эфферентных симпатических нервов направляются к рефлекторным зонам, расположенным на поверхности кожи, представляющим собой продольно-связанную систему.

Экспериментами доказано, что применение стимуляторов симпатической нервной системы вызывает увеличение электропроводности в целом, а симпатическая блокада уменьшает ее. По Y. Nakatani, Ryodoraku определяется как «функциональный путь возбуждения ряда соответствующих симпатических нервов, вызванного висцеральным заболеванием», или как «соединенный путь соответствующих реактивных электропроницаемых точек». Если к электропроницаемой точке приложить адекватное раздражение, то импульс, по мнению автора, распространяется афферентно через симпатическую нервную систему и в соответствии с «контрконцепцией» J. Mackenzie (1922) осуществляется автономная регуляция висцеральных органов, что в конечном итоге дает уменьшение электропроводности в реактивных электропроницаемых точках.

В последующем было признано, что феномен Ryodoraku отмечается не только в связи с заболеванием органа, но и отражает физиологические изменения его, поэтому стали выделять «патологический» и «физиологический» Ryodoraku.

Способ наименования меридианов, предложенный Y. Nakatani, весьма прост. Они делятся на две группы по шесть в каждой: ручные — обозначаются буквой H (Hand) и ножные — обозначаются буквой F (Foot). Кроме того, существуют срединная и задняя линии (меридианы), каждая из которых имеет важное значение при выборе точек.

Приводим табл. 8, показывающую связь между Ryodoraku и меридианами, относящимися к основным органам, причем меридиан IX (перикарда) назван сосудистым Ryodoraku, а меридиан X (тройного обогревателя) — лимфатическим Ryodoraku.

Таблица 8

Соотношение Ryodoraku и основных меридианов

| Ryodoraku | Меридиан | Органы |
|------------------|----------------|------------------------------------|
| Ручные меридианы | H ₁ | I Легкие |
| | H ₂ | IX Кровеносные сосуды, перикард |
| | H ₃ | V Сердце |
| | H ₄ | VI Тонкая кишка |
| | H ₅ | X Лимфатические сосуды |
| | H ₆ | II Толстый кишечник |
| Ножные меридианы | F ₁ | IV Селезенка (переваривание) |
| | F ₂ | XII Печень (репродуктивные органы) |
| | F ₃ | VIII Почки, надпочечники |
| | F ₄ | VII Мочевой пузырь |
| | F ₅ | XI Желчный » |
| | F ₆ | III Желудок |

Проводя измерение электропроводности определенных точек кожи, можно объективно установить отклонение от нормы на каждом меридиане (или Ryodoraku). По данной теории, патологический Ryodoraku (меридиан) по сравнению с другими Ryodoraku (физиологическими) обладает повышенной или пониженной электропроводностью. Чтобы установить это, нужно подсчитать величину каждого Ryodoraku (средние показатели электропро-

водности всех реактивных электропроницаемых точек, расположенных вдоль данного меридиана).

Исследования показали, что нет необходимости каждый раз измерять реактивные электропроницаемые точки, расположенные на Ryodoraku (учитывая, что, например, на меридиане мочевого пузыря 67 точек, это очень трудоемкая работа), а достаточно измерить значение точек, названных репрезентативными измеряемыми точками. Эти точки, выведенные школой Накатани, обладают тем свойством, что среднее значение электропроводности этих точек равно среднему значению электропроводности всего меридиана (Ryodoraku).

Приводим сводную таблицу (табл. 9) репрезентативных измеряемых точек. Интересен тот факт, что все эти точки соответствуют дистальной группе точек акупунктуры и составлены в основном из точек-пособников (источников).

Таблица 9

Репрезентативные точки отдельных Ryodoraku (меридианов)

| Ryodoraku | Меридиан | Репрезентативные точки | Ryodoraku | Меридиан | Репрезентативные точки |
|----------------|----------|------------------------|----------------|----------|------------------------|
| H ₁ | I | 9I тай-юань | F ₁ | IV | 3IV тай-бай |
| H ₂ | IX | 7IX да-лин | F ₂ | XII | 3XII тай-чун |
| H ₃ | V | 7V шэнь-мэнь | F ₃ | VIII | 3VIII тай-си |
| H ₄ | VI | 4VI вань-гу | F ₄ | VII | 65VII шу-гу |
| H ₅ | X | 4X ян-чи | F ₅ | XI | 40XI цю-сую |
| H ₆ | II | 5II ян-си | F ₆ | III | 42III чун-ян |

В вышеперечисленных репрезентативных измерительных точках измеряют величину электрического тока. М. Нюдо (1975) считает, что для измерения Ryodoraku более удобен нейроизмеритель модели ND, чем модели LC (в нашей клинике с достаточным успехом применяется нейроизмеритель модели I-W).

В начале исследования подготавливают поисковый электрод, закладывая в его эбонитовую чашку кусочек хлопчатобумажной ткани, смоченный изотоническим раствором хлорида натрия. Далее необходимо привести в плотный контакт поисковый (отрицательный) электрод с индифферентным (положительным) электродом и, включив ручку регулятора электрического тока, поворачивать ее по часовой стрелке до тех пор, пока стрелка измерительного прибора не отклонится до красного деления шкалы (ток 200 мкА) при напряжении на индикаторе 12 В. Проводя измерение репрезентативных точек, важно соблюсти следующие моменты:

а) поисковый электрод должен касаться поверхности тела под прямым углом к измеряемым точкам;

б) измерение следует производить с равномерным давлением на кожу, но без особых усилий;

в) длительность измерения на каждой репрезентативной точке не должна превышать 2—3 с;

г) измерения не следует проводить сразу после физической нагрузки или приема пищи;

д) необходимо избегать нагревания измеряемой точки и не следует давить или часто прикасаться к ней до того, как начнутся измерения.

Результаты измерения записывают в специальную карту Ryodoraku R-таблицу, составленную Y. Nakatani с учетом среднего значения электропроводности Ryodoraku у здоровых людей (табл. 10).

Б — ломящая боль в плечевом поясе и верхней конечности, зубная боль; нарушение двигательной функции верхней конечности; серозно-слизистые выделения из носа; глухота.

В — анасарка, отеки, расстройства зрения.

Нахождение точки: при согнутой в локтевом суставе руке. Расстояние от точки 5П ян-си до точки 11П цюй-чи делится на 12 пропорциональных цуней.

Техника: пункция вертикальная или косая. Глубина укола 1 см, цзю 3—7 (20) мин.

7П вэнь-лю («спокойное вытекание»)

Локализация: на тыльной поверхности лучевой кости, на середине расстояния от точки 5П ян-си до точки 11П цюй-чи.

Т. А.: ниже брюшка мышцы лучевого короткого разгибателя кисти, где распределены ветви лучевой артерии и тыльный кожный нерв предплечья.

Показания: А — урчание и боли в животе.

Б — боль и онемение в области предплечья, плечевого сустава, заболевания ротовой полости (стоматит, глоссит); инфильтраты на лице, паротит; периферический паралич лицевого нерва.

В — интенсивные головные боли; карбункул.

Нахождение точки: при согнутой в локтевом суставе руке.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—7 (20) мин.

8П ся-лянь («малая цена»)

Локализация: ниже точки 11П цюй-чи на 4 цуня или выше 7П вэнь-лю на 2 цуня в мышечной борозде.

Т. А.: у лучевого края лучевой кости в области короткого лучевого разгибателя кисти, где распределены ветви лучевой артерии, лучевой и тыльный кожный нервы предплечья.

Показания: А — нарушение перистальтики кишечника, расстройства пищеварения, урчание в животе, диспепсия, стул с кровью; бронхиальная астма, бронхит, плеврит, туберкулез легких.

Б — боли в области локтевого сустава и предплечья, боль вокруг пупка.

В — головная боль, головокружение, боль в глазах; боли в области сердца; неврозы, паралич сфинктеров мочевого пузыря; гематурия, почечные кодики, поллакиурия; мастит, гемиплегия.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 3—6 (20) мин.

9П шан-лянь («большая цена»)

Локализация: ниже 11П цюй-чи на 3 цуня, у лучевого края лучевой кости.

Т. А.: в этой области распределены ветви лучевой артерии, лучевой нерв, иннервирующий мышцы этой области, и тыльный кожный нерв предплечья.

Показания: А — урчание и боль в животе, спазмы кишечника, бронхиальная астма, бронхит, плеврит, туберкулез легких.

Б — ломящая боль в области плечевого сустава и плеча, онемение и боль в тыльной поверхности предплечья; паралич верхней конечности.

В — головная боль, гемиплегия; паралич сфинктеров мочевого пузыря.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина 1,5 см, цзю 3—7 (20) мин.

10П шоу-сань-ли («три промежутка на руке»)

Локализация: ниже 11П цюй-чи на 2 цуня, у лучевого края лучевой кости.

Т. А.: у заднего края длинного разгибателя кисти и у переднего края короткого лучевого разгибателя кисти. В этой области распределены ветви лучевой артерии, лучевой нерв и тыльный кожный нерв предплечья.

Показания: А — рвота, понос, непроизвольная дефекация.

Б — боли в зубах, боль и онемение в области плечевого сустава и плеча; лимфаденит шейной области; неврит лучевого нерва; опущение угла рта при периферическом и центральном парезе лицевого нерва.

В — головная боль, грипп, мастит; паротит; гемипарез, инсульт.

Нахождение точки: при согнутой в локтевом суставе руке, обращенной лучевой стороной кверху.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 3—7 (20) мин.

11П цюй-чи («извилистый пруд»)

Локализация: на середине расстояния между латеральным надмышцелком и лучевым краем складок локтевого сгиба.

Т. А.: соответствует началу длинного лучевого разгибателя кисти и наружному краю плечелучевой мышцы. В этой области распределены лучевая возвратная артерия, лучевой нерв и тыльный кожный нерв предплечья.

Показания: А — нарушение перистальтики кишечника; плеврит, туберкулез легких, лимфаденит; тонзиллит;

Б — отек и боль в области предплечья, в локтевом суставе, в области плеча и лопатки, боли в суставах; паралич верхних конечностей;

В — головная боль, лихорадочные заболевания; межреберная невралгия; гемиплегия; невралгия; гипертоническая болезнь; крапивница; зуб; анемия, аменорея.

Нахождение точки: при согнутой под прямым углом в локтевом суставе руке, обращенной лучевой стороной кверху. Точка находится на краю складок в локтевом сгибе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2,5 см; цзю 3—7 (20) мин.

12П чжоу-ляо («угол руки»)

Локализация: у дистального конца наружного края плечевой кости, выше точки 11П цюй-чи на 1 цунь и немного кнаружи от нее.

Т. А.: соответствует началу плечелучевой мышцы, у наружного края трехглавой мышцы плеча. В этой области распределены лучевая околная артерия и тыльный кожный нерв плеча.

Показания: А — нет.

Б — тик и контрактура в области плеча и локтевого сустава; анестезия кожи плеча и локтевого сустава; ревматические артриты плечевого сустава; паралич верхних конечностей, спазмы и парестезии в области локтя.

В — нет.

Нахождение точки: при согнутой в локтевом суставе руке, обращенной лучевой стороной кверху. Точка находится прямо над точкой 11П цюй-чи.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 3—5 (10) мин.

13П шоу-у-ли («пять промежутков»)

Локализация: выше локтевого сгиба на 3 цуня (от точки 11П цюй-чи), кнутри от точки 12П чжоу-ляо.

Т. А.: у наружной поверхности лучевой кости и наружного края трехглавой мышцы плеча. Под точкой на лучевой кости расположена борозда, в которой находится лучевой нерв. В этой области распределены лучевая окольная артерия, наружный кожный нерв плеча и тыльный кожный нерв плеча.

Показания: А — пневмония, кашель.

Б — боль и затруднение движения в плечевом и локтевом суставах, боль в области предплечья; туберкулезный лимфаденит в области шеи.

В — повышенная сонливость; фобии; ревматизм.

Нахождение точки: при согнутой в локтевом суставе руке, лучевой стороной обращенной кверху.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5 см, цзю 7—10 (20) мин. Глубокий укол противопоказан.

14П би-нао («мышца руки»)

Локализация: выше локтевого сгиба на 7 цуней, на наружной стороне плечевой кости, у заднего края дельтовидной мышцы и у наружного края трехглавой мышцы плеча.

Т. А.: в этой области распределены задняя артерия, окружающая плечевую кость, подмышечный нерв и тыльный кожный нерв плеча.

Показания: А — нет.

Б — тоническое напряжение шейных и затылочных мышц, кривошея; боль и затруднение движения в плечевом суставе; туберкулезный лимфаденит в области шеи.

В — головная боль; глазные заболевания; лимфаденит в подмышечной впадине, гидраденит; гемиплегия.

Нахождение точки: определяется при согнутой в локтевом суставе руке, обращенной лучевой стороной кверху.

Техника: пункция под углом вверх, глубокий укол противопоказан. Глубина укола 0,5 см, цзю 7 мин.

15П цзянь-юй («ложе плеча»)

Локализация: между акромиальным отростком лопатки и большим бугром плечевой кости, где при поднятии руки вверх образуется углубление.

Т. А.: на середине проекции дельтовидной мышцы. В этой области распределены задняя артерия, окружающая плечевую кость, надлопаточная артерия, грудино-акромиальная артерия, которая образует артериальную сеть, наружный кожный нерв плеча, отходящий от плечевого сплетения, и задний надключичный нерв.

Показания: А — нет.

Б — боль в области плечевого сустава и плеча, онемение в области плеча; контрактура и тик мышц затылочной области и плечелопаточной области, миозит и атрофия дельтовидной мышцы; паралич верхних конечностей.

В — кожные сыпи аллергического характера; гемиплегия; гипертоническая болезнь.

Нахождение точки: при приподнятой руке до горизонтальной плоскости.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 5—20 мин.

16П цзюй-гу («большая кость»)

Локализация: во впадине кнутри от ключично-лопаточного сочленения.

Т. А.: у края дельтовидной мышцы, где распределены ветви подмышечной артерии, ветви наружной поверхностной вены верхней конечности и надключичный нерв.

Показания: А — туберкулез, кровохарканье.

Б — боль в области наружной поверхности плеча и плечевого сустава с затруднением движения, плечевой плексит; зубная боль, боль в области нижней челюсти.

В — судороги у детей.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция под углом кнутри. Глубина укола 2 см, цзю 5—20 мин.

17П тьянь-дин («небесный треножник»)

Локализация: выше надключичной ямки, ниже точки 18П фу-ту на 1 цунь, на уровне нижнего края адамова яблока.

Т. А.: у заднего края нижней части грудино-ключично-сосцевидной мышцы, где распределены поверхностная шейная артерия, отходящая от щитовидно-шейного ствола, наружная яремная вена и шейные кожные нервы; расположение точки соответствует локализации диафрагмального нерва.

Показания: А — тонзиллит, ларингит, фарингит.

Б — боль и отек слизистой оболочки горла, ощущение инородного тела в гортани; внезапная потеря голоса; паралич мышц подъязычной области, затруднение глотания.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5 см, цзю 3—5 мин.

18П фу-ту («поддерживаемая выпуклость»)

Локализация: кнаружи от точки 9П жэнь-ин на 1,5 цуня (9П находится на уровне верхнего края щитовидного хряща).

Т. А.: в стороне от верхнего края щитовидного хряща, в центре проекции на кожу грудино-ключично-сосцевидной мышцы. В этой области распределены восходящая шейная артерия, отходящая от щитовидно-шейного ствола, шейные кожные нервы, добавочный нерв, под мышцей проходят внутренняя яремная артерия и блуждающий нерв.

Показания: А — бронхиальная астма, кашель.

Б — затруднение глотания, паралич подъязычной области; гипер- и гипосаливация.

В — внезапная потеря голоса; артериальная гипотония.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—1,5 см, цзю 3—5(10) мин.

19П хэ-ляо («ложе злаков»)

Локализация: на середине расстояния между крылом носа и краем верхней губы, кнаружи от 26XIV жэнь-чжун на 0,5 цуня.

Т. А.: соответствует собачьей ямке верхней челюсти в проекции квадратной мышцы верхней губы. В этой части распределены ветви наружной челюстной артерии, вены и II ветвь тройничного нерва.

Показания: А — нет.

Б — острый и хронический ринит, снижение обоняния, носовое

кровотечение, полипы слизистой оболочки носа, фурункул носа, паротит; периферический паралич лицевого нерва, так и контрактура жевательных мышц.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция под углом. Глубина укола 1 см, цзю 2 мин.

20II ин-сян («прием благоухания»)

Локализация: под точкой IVII цин-лин, на боковой борозде крыла носа.

Т. А.: соответственно части квадратной мышцы верхней губы и края грушевидного отверстия, где распределены подглазничная артерия, щечная ветвь лицевого нерва и подглазничный нерв (от II ветви V пары); в глубине располагается передняя лицевая артерия.

Показания: А — одышка.

Б — заложенность носа, полип носа, серозно-слизистые выделения и кровотечение из носа, потеря обоняния; инфильтрация, воспаление и зуд кожи лица; опущение угла рта при параличе периферического лицевого нерва.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя при прямом взгляде.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3—1 см, цзю противопоказан.

Меридиан III (желудка)

Меридиан парный, симметричный и центробежный, относится к системе ян. Начинается наружным ходом с середины нижнего края орбиты (рис. 38, а, б), где расположена первая точка воздействия III чэн-ци, далее идет вниз и доходит до центра десны верхней челюсти, огибает губу и соприкасается с противоположным меридианом III (желудка) в точке 26XIII жэнь-чжун, оставаясь на своей стороне. После этого меридиан идет к углу нижней челюсти (своей стороны), где в точке 5III да-ин (кпереди от угла нижней челюсти на 1,3 цуня) делится на два направления: головное, состоящее только из наружного хода, и туловищно-ножное, имеющее наружный и внутренний ходы.

Головное направление доходит до угла нижней челюсти, поднимается вверх, проходит кпереди от ушной раковины по передней волосистой части виска и доходит до лобной части головы, до точки 8III тоу-вэй (на 1,5 см кнутри от лобного угла волосистой части головы).

Туловищно-ножное направление от точки 5III да-ин спускается вниз на шею, проходит точку 9III жэнь-ин (кнаружи от верхнего края щитовидного хряща на 1,5 цуня), расположение которой соответствует пульсации общей сонной артерии, далее, дойдя до центра надключичной ямки в точке 12III цзю-пэнь (в центре надключичной ямки, у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы), делится на наружный и внутренний ходы меридиана.

Наружный ход туловищно-ножного направления идет по второй боковой линии груди, по второй боковой линии живота (по Чжу Лянь), доходит до точки 30III ци-чун (кверху и кнаружи от бугорка лобковой кости), где соединяется с ответвлением «внутреннего хода», и далее подходит к точке 31 III бигуань (в середине паховой складки), затем идет по нижней конечности соот-

ветственно средней линии передней поверхности ноги (по Чжу Лянь) и заканчивается в точке 45 III ли-дуй (на 0,3 см от наружного края корня ногтя II пальца стопы).

Наружный ход имеет два ответвления. Первое ответвление начинается в точке 42 III чун-ян (на тыле стопы, между суставами II—III клиновидных и II—III плюсневых костей) и доходит до точки IV инь-бай (на 0,3 см от внутреннего угла ногтя I пальца ноги), где связывается с меридианом IV (селезенки-поджелудочной железы). Второе ответвление начинается от точки 36 III цзу-сань-ли (ниже верхнего края латерального мышелка большеберцовой кости на 3 цуня, между передней большеберцовой мышцей и длинным разгибателем пальцев и доходит до наружной поверхности II пальца стопы).

Внутренний ход туловищно-ножного направления от точки 12 III цюэ-пэнь, расположенной в надключичной ямке, опускаясь внутрь, прободает диафрагму и доходит до желудка, «управляющего» данным меридианом, и связывается с селезенкой. Имеет одно ответвление, которое начинается от привратника желудка, спускается вниз в брюшную полость и доходит до точки 30 III ци-чун, где и соединяется с наружным ходом.

На меридиане III точек воздействия 45:

1—чэн-ци, 2—сы-бай, 3—цзюй-ляо, 4—ди-цан, 5—да-ин, 6—цзя-чэ, 7—ся-гуань, 8—тоу-вэй, 9—жэнь-ин, 10—шуй-ту, 11—ци-шэ, 12—цюэ-пэнь, 13—ци-ху, 14—ку-фан, 15—у-и, 16—ин-чуан, 17—жу-чжун, 18—жу-гэнь, 19—бу-жун, 20—чэн-мань, 21—лян-мэнь, 22—гуань-мэнь, 23—тай-и, 24—хуа-жоу-мэнь, 25—тянь-шу, 26—вай-лин, 27—да-цзюй, 28—шуй-дао, 29—гуй-лай, 30—ци-чун, 31—би-гуань, 32—фу-ту, 33—инь-ши, 34—лян-цю, 35—ду-би, 36—цзу-сань-ли, 37—шан-цзюй-сюй, 38—тяо-коу, 39—ся-цзюй-сюй, 40—фэн-лун, 41—цзе-си, 42—чун-ян, 43—сянь-гу, 44—нэй-тин, 45—ли-дуй.

Стандартные пункты меридиана III:

тонизирующая точка 41 III цзе-си;
седативная точка 45 III ли-дуй;
точка-пособник 42 III чун-ян;
стабилизирующий ло-пункт к меридиану IV (селезенки-поджелудочной железы) 40 III фэн-лун;
сочувственная точка 21 VII вэй-шу;
точка-глашатай 12 XIV чжун-вань.

Показания

к использованию меридиана III (желудка)

А: боли в подложечной области, в области подреберья, пупка и внизу живота; отрыжка, метеоризм, запор; язва желудка, гастроэнтерит, диспепсия; урчание в животе, рвота, понос; анорексия.

Б: головная боль, зубная боль, межреберная невралгия, боли в грудных железах, боли в области передней брюшной стенки, передней поверхности бедра, коленного сустава, голени и тыла стопы; онемение и похолодание в области бедра, колена и голени; отеки в области лица, припухлость тыла стопы; неврит лицевого нерва, воспалительные процессы: синуситы, гонит, артриты суставов стопы.

В: эпилепсия, маниакальное и депрессивное состояния; заболевания органов дыхания, горла и гортани; заболевания наружных половых органов; гинекологические расстройства; артериальная гипертония.

Точки воздействия меридиана III (желудка)

III чэн-ци («средоточие слез»)

Локализация: под зрачком на середине нижнего края орбиты.

Т. А.: соответствует части круговой мышцы глаза, где распределены подглазничная артерия и подглазничный нерв.

Показания: А — нет.

Таблица 10

Руодогаки-карта

| Фамилия | | | | | | Возраст | | | | | | Профессия и место работы | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|----------------|---|----------------|---|----------------|---------|----------------|---|----------------|---|----------------|--------------------------|----------------|---|----------------|---|----------------|---|----------------|---|----------------|---|----------------|---|------------------|
| Диагноз: | | | | | | Адрес: | | | | | | Телефон: | | | | | | | | | | | | | |
| Среднее значение | H ₁ | | H ₂ | | H ₃ | | H ₄ | | H ₅ | | H ₆ | | F ₁ | | F ₂ | | F ₃ | | F ₄ | | F ₅ | | F ₆ | | Среднее значение |
| | L | R | L | R | L | R | L | R | L | R | L | R | L | R | L | R | L | R | L | R | L | R | L | R | |
| 160 | 190 | | 170 | | 140 | | 170 | | 200 | | 200 | | 160 | | 130 | | 160 | | 150 | | 130 | | 140 | | 160 |
| 150 | 180 | | 160 | | 130 | | 160 | | 190 | | 190 | | 150 | | 120 | | 150 | | 140 | | 120 | | 130 | | 150 |
| 140 | 170 | | 150 | | 120 | | 150 | | 180 | | 180 | | 140 | | 110 | | 140 | | 130 | | 110 | | 120 | | 140 |
| 130 | 160 | | 140 | | 110 | | 140 | | 170 | | 170 | | 130 | | 100 | | 130 | | 120 | | 100 | | 110 | | 130 |
| 120 | 150 | | 130 | | 100 | | 130 | | 160 | | 160 | | 120 | | 90 | | 120 | | 110 | | 90 | | 100 | | 120 |
| 110 | 140 | | 120 | | 90 | | 120 | | 150 | | 150 | | 110 | | 80 | | 110 | | 100 | | 80 | | 90 | | 110 |
| 100 | 130 | | 110 | | 80 | | 110 | | 140 | | 140 | | 100 | | 70 | | 100 | | 90 | | 70 | | 80 | | 100 |
| 90 | 120 | | 100 | | 70 | | 100 | | 130 | | 130 | | 90 | | 60 | | 90 | | 80 | | 60 | | 70 | | 90 |
| 80 | 110 | | 90 | | 60 | | 90 | | 120 | | 120 | | 80 | | 50 | | 80 | | 70 | | 50 | | 60 | | 80 |
| 70 | 100 | | 80 | | 50 | | 80 | | 110 | | 110 | | 70 | | 40 | | 70 | | 60 | | 40 | | 50 | | 70 |
| 60 | 90 | | 70 | | 40 | | 70 | | 100 | | 100 | | 60 | | 30 | | 60 | | 50 | | 30 | | 40 | | 60 |
| 50 | 80 | | 60 | | 30 | | 60 | | 90 | | 90 | | 50 | | 20 | | 50 | | 40 | | 20 | | 30 | | 50 |
| 40 | 70 | | 50 | | 20 | | 50 | | 80 | | 80 | | 40 | | 15 | | 40 | | 30 | | 15 | | 20 | | 40 |
| 30 | 60 | | 40 | | 15 | | 40 | | 70 | | 70 | | 30 | | 10 | | 30 | | 20 | | 10 | | 15 | | 30 |
| 20 | 50 | | 30 | | 10 | | 30 | | 60 | | 60 | | 20 | | 5 | | 20 | | 15 | | 5 | | 10 | | 20 |
| 15 | 40 | | 20 | | 5 | | 20 | | 50 | | 50 | | 15 | | | | 15 | | 10 | | 5 | | 5 | | 15 |
| 10 | 30 | | 10 | | | | 10 | | 40 | | 40 | | 10 | | | | 10 | | 5 | | | | 5 | | 10 |
| 5 | 20 | | 5 | | | | 5 | | 30 | | 30 | | 5 | | | | 5 | | | | | | 5 | | 5 |

| | | | |
|---------------------------|------------------------|-------------------|--------------------------|
| Дата и время исследования | Температура помещений: | Температура тела: | Длительность заболевания |
|---------------------------|------------------------|-------------------|--------------------------|

Локализация измераемых точек

Буквой Н-обозначены ручные меридианы
Буквой F-обозначены ножные меридианы

Симптомы Ryodoraku (по Hyodo M., 1975)

| Меридиан | Специфические органы и ткани | Высокая электропроводность | | Низкая электропроводность | |
|---|------------------------------|---|--|---|---|
| | | общие симптомы | вторичные общие симптомы | общие симптомы | вторичные общие симптомы |
| H ₁ I (легких) | Нос, легкое, кожа | Напряжение мышц плеча, спины, приток крови к голове, анальные нарушения, астма | Дрожь (сердцебиение), боль в плече — спине, тонзиллит, кашель | Чувство холода или онемения в конечностях, головокружение | Кожное расстройство, сухое горло, нарушения в плече — спине, кашель |
| H ₂ IX (перикарда) | Сердце | Напряжение мышц плеча | Сердечные нарушения, запор, боль в руке | Дрожь (сердцебиение), головная боль | Расстройство речи, ощущение тяжести в грудной клетке |
| H ₃ V (сердца) | Язык, подмышечная впадина | Ощущение полноты желудка, запор, боль в плече | Ощущение тяжести в конечностях, сухое горло, расстройства сердца, ощущение холода в руке, ощущение жара в ладони, лихорадка, расстройство речи | Дрожь (сердцебиение), тошнота | Заболевания органов нижней части грудной клетки, расстройство речи, ощущение жара в ладони, диарея, чувство тревоги |
| H ₄ VI (тонкой кишки) | Ухо | Головная боль, слабость в конечностях, заболевание органов нижней части живота, боль в плече, ревматизм | Запор, заболевание шеи, лихорадка, заболевание рта | Голованая боль, заболевание органов нижней части живота | Звон в ушах, затруднение слуха, ощущение холода в конечностях, диарея |
| H ₅ X (трех частей туловища) | Лимфа, ухо | Расстройства мочеиспускания, звон в ушах | Звон в ушах, красное потное лицо, лихорадка, чувство усталости, отек горла | Нарушения дыхания, тошнота | Заболевания органов живота, гиперпигментация, умеренная лихорадка |
| H ₆ II (толстой кишки) | Рот (зубы), кожа плеча, нос | Напряжение мышц плеча | Зубная боль, анальные расстройства, головная боль, абдоминальная боль, головокружение, чувство усталости в пальцах, кожные расстройства | Напряжение мышц плеча | Расстройства кишечника, кожные расстройства, диарея, астма, эмоциональный дискомфорт и тревога, сухое горло |

| | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|
| F ₁ IV (селезенка — поджелудочной железы) | Желудок, межреберная ткань, мозг | «Слабый» желудок, расстройства суставов | Заболевания носа, чувство полноты в животе, тошнота, ощущение тяжести в груди, пищевое отравление, диарея, запор | «Слабый» желудок, болезни кожи, запор | Расстройства кишечника, тошнота, чувство полноты в животе, анорексия |
| F ₂ XII (печени) | Половые органы, межреберная ткань | Прострел, бессонница, головокружение, нарушение менструаций | Боль в груди, заболевания глаз, заболевания половых органов, общий дискомфорт, нарушение менструаций | Ощущение холода в ногах, головокружение, бессилие, умственная депрессия | Нарушение мочеиспускания, нарушение зрения, мышечная слабость, грыжа, межреберная невралгия |
| F ₃ VIII (почки) | Надпочечник, ухо | Недомогание, тошнота | Расстройства половых органов, сухое горло, ощущение жара в ногах, нарушение потенции | Общая слабость, ощущение холода в нижних конечностях, слабость | Снижение интеллекта, звон в ушах, расстройства кишечника |
| F ₄ VII (мочевом пузыре) | Глаз, нос, слизистая оболочка | Напряжение мышц шеи, слабость в нижних конечностях | Заболевание спины, головная боль, слезотечение, боль в глазах, кровотечение из носа, заболевания мозга, эпилепсия | Напряжение мышц задней части шеи, ощущение тяжести и слабости в конечностях, заболевание спины | Ишиас, анальные расстройства, церебральные заболевания, эпилепсия |
| F ₅ XI (желчного пузыря) | Глаз, голова | Вкус горечи, заболевание горла | Анорексия, раздражительность (возбудимость), лихорадка и дрожание | Заболевание глаз, головокружение | Головокружение, слабость в конечностях, атаксия, желтоватое зрение, нарушение кровяного давления |
| F ₆ III (желудка) | Полость рта, (зубы), нос, верхнее веко, молочная железа | Напряжение мышц задней части шеи, деформация суставов | Мастит, сухость во рту, анорексия, лихорадка | Напряжение мышц плеча, запор, ощущение ломоты в желудке, умственная депрессия | Усиленная перистальтика кишечника, сухость во рту, боль в животе, отек лица, дрожь, диарея |

Результат измерения каждой репрезентативной точки вносится в соответствующие графы R-таблицы цветными карандашами в виде короткой горизонтальной линии. После этого необходимо суммировать результат измерения 24 репрезентативных точек и, поделив это число на 24, получить среднюю величину. Среднюю величину откладывают на двух крайних графах R-таблицы, которые соединяют горизонтальной линией и, наконец, отступя от этой линии на 0,7 см вверх и вниз, проводят еще две горизонтальные линии. Полученная полоса шириной 1,4 см представляет собой физиологические границы, и если значения Ryodoraku отклоняются от этих границ, то Ryodoraku является патологическим.

Если значение Ryodoraku выше указанной физиологической границы, то данный Ryodoraku находится в состоянии избыточности, а если ниже, то в состоянии недостаточности (Hyodo M., 1975).

Y. Nakatani и сотр. считают, что если все значения электропроводности измеряемых точек находятся в физиологических границах или незначительно выступают за ее пределы, то функция вегетативной нервной системы хорошо сбалансирована, нормальна. Такие результаты очень часто обнаруживаются у здоровых людей. У больных отмечается значительный разброс показателей от границ физиологической нормы, с улучшением состояния намечается тенденция к нормализации.

Исследованиями убедительно показано, что патологические значения Ryodoraku указывают на определенные симптомы (табл. 11). Табл. 11 составлена на основании большого числа проведенных в Японии исследований и их статистической обработки. Y. Nakatani и сотр. полагают, что эта таблица может применяться в других странах и приводят в доказательство сведения о том, что в США экспериментально также была показана пригодность этой таблицы. Если измеренные величины находятся за пределами физиологической нормы, а симптомы Ryodoraku отсутствуют, то надо предполагать латентный патологический синдром или перенесенную ранее болезнь. Кроме того, если каждое последовательное измерение обнаруживает феномен отклонения одной из сторон (правой или левой) парных Ryodoraku, то можно определить, на какой стороне имеются нарушения.

А. И. Нечушкин и сотр. (1974) предложили способ исследования функционального состояния физиологических систем акупунктуры по измерениям, производимым в одной стандартной точке. Эта методика ЦИТО близка к вышеизложенной методике Ryodoraku, но существенно отличается от нее применяемой для измерения величиной электрического тока (20 мкА); кроме того, в качестве измеряемых точек взяты все без исключения точки-пособники (источники) меридианов. В 1976 г. А. И. Нечушкин и А. М. Гайдамакина дополнили методику измерением в точках-пособниках кожной температуры. Модифицированную таким образом методику они назвали «Стандартный способ оценки функционального состояния вегетативной нервной системы», имея в виду, что электрическое сопротивление кожи (феномен Фере) отражает состояние симпатического, а кожная температура — парасимпатического отделов вегетативной нервной системы.

Исследование можно производить с помощью прибора Элита-4, который настраивают на эталонную электрическую проводимость организма данного больного. Для этого ладонные поверхности рук исследуемого обрабатывают спиртом. После чего увлажняют изотоническим раствором хлорида натрия. В правую руку больному дают цилиндрический электрод, соединенный с положительной клеммой, а в левую — такой же электрод, который уже соединен с отрицательным полюсом прибора. После включения прибора потенциометром увеличивают ток до тех пор, пока стрелка измерительного

прибора не отклонится от шкалы, показывающей ток 20 мкА. Далее положительный электрод остается в руке больного, а вместо отрицательного включают обычный щуп для поиска точек, которым поочередно касаются точек-пособников всех меридианов. Зона проекции точек обрабатывается спиртом и слегка увлажняется изотоническим раствором хлорида натрия, длительность измерения в каждой точке не более 3 с. Результаты измерений наносят на специальную карту, в основу которой положена карта Y. Nakatani. Эта карта имеет, помимо шкал проводимости электрического тока, также шкалы кожной температуры. При оценке состояния учитываются не только отдельные показатели по каждой из шкал, но и взаимное расположение средних значений параметров.

О. П. Баранов, А. Т. Качан и В. П. Запальская (1974) при анализе 137 работ отечественных и зарубежных исследователей, а также на основании своих собственных исследований установили, что число точек с минимальным электрическим сопротивлением кожи значительно превышает число точек акупунктуры (к такому же выводу пришел раньше и А. К. Подшибякин), а также, что в распределении точек с минимальным электрическим сопротивлением по поверхности кожи не прослеживается отчетливой связи с зонами акупунктуры, но отмечается связь с анатомическими областями.

Авторами установлено также, что эти точки весьма «вариабельны по местоположению и во времени» и эта вариабельность усиливается при воздействии различных физиологических и физических факторов. Они пришли к выводу, что, несмотря на вариабельность совокупности отдельных точек, обнаруживаются статистически устойчивые ансамбли по величине, рассеянию и динамике изменений, характерные для анатомически различных зон, что все это в принципе позволяет использовать их для целей объективного контроля и диагностики.

Ф. Г. Портнов и соавт. (1974, 1977) определяли диагностическую информативность параметров комплексного сопротивления различных БАТ меридиана V (сердца) при инфаркте миокарда и артериальной гипертензии. Применяя метод последовательного статистического анализа, авторы разработали диагностические алгоритмы, различающие норму и патологию сердечно-сосудистой системы в 94% случаев и дифференцирующие рассмотренные виды патологии в 64% случаев. Выявлено, что наиболее информативным диагностическим параметром импеданса является модуль комплексного сопротивления БАТ правой ветви меридиана V (сердца). Более информативным оказались дистальные БАТ; в число трех наиболее информативных точек вошли 9V шао-чун, 7V шэнь-мэнь, 5V тун-ли, т. е. тонизирующая, седативная, она же пособник (источник), точка ло — важные точки меридиана по традиционным восточным представлениям.

В 1976 г. В. Г. Никифоров и соавт. провели анализ двух электрических параметров биологически активных точек кожи (БАТК): степени асимметрии проводимости тока и времени восстановления симметрии при электровоздействии на БАТК. В основе этих исследований лежит электрическое свойство БАТК по-разному проводить «ток с положительного полюса на отрицательный и наоборот». Авторы показали, что эта асимметрия¹ в проведении тока так же, как и электрическое сопротивление кожи, связана с

¹ Сравнительно давно было замечено: если к точке воздействия прикладывается активный электрод одной полярности с подачей незначительного тока, то в случае переключения полярности активность тока может быть уже иной, хотя силу тока, подаваемого на электрод, не изменяли. Все это говорит о том, что может быть асимметрия в проведении тока точкой воздействия при переключении полярностей.

состоянием внутренних органов. На основе того, что некоторые исследователи связывают электрическое воздействие на точки с двумя видами электрической энергии, рассматривая положительный заряд как тормозящий (инь), а отрицательный — как возбуждающий (ян), авторы делают оригинальное предположение. По их мнению, точка акупунктуры находится в нормальном состоянии, если величины проводимости на отрицательную и положительную полярность тока одинаковы. Если этот факт будет подтвержден, то в этом случае у исследователей (да и у практикующих врачей) появится возможность подкреплять акупунктурную диагностику объективным методом исследования точек.

Ушная электропунктурная диагностика. Основоположником ушной диагностики является Р. Nogier. В нашей стране в этой области работают Е. С. Вельховер, Л. Г. Розенфельд, В. И. Квирчишвили, Я. М. Балабан и другие авторы, которые в основном используют схему, предложенную Р. Nogier. В. И. Квирчишвили (1969) обследовал кожную поверхность ушной раковины с помощью омметра с зуммером, сопоставляя электрическое сопротивление участков кожи руки и ушной раковины. Измерения проводились до и после воздействия на разные участки тела различными раздражителями. Автор пришел к выводу, что электрическое сопротивление в соответствующих точках пропорционально силе раздражения. Большинство исследователей признают, что связь ушной раковины с различными областями тела осуществляется рефлекторно через симпатическую нервную систему.

Е. С. Вельховер (1967) изучал афферентные связи ушной раковины с помощью прибора индикатора электропроводности. Было выявлено, что после лечения параллельно с уменьшением воспалительных явлений и болевого синдрома у больного снижаются и показатели электропроводности. Кроме того, автор подтвердил в основном существование изложенной в схеме Р. Nogier гомолатеральной рефлекторной связи пораженного органа или части тела и ушной раковины.

Значительная работа по исследованию электросопротивления кожи ушной раковины у здоровых и больных была проделана в лаборатории биофизики Казахского государственного университета с использованием аппарата, созданного В. А. Хрущевым.

Электропунктурная терапия

В литературе имеется достаточное число сообщений об успешном применении электропунктуры, однако во многих работах нет указаний на параметры воздействия и не приводится статистика результатов.

Терапия Ryodoraku. За рубежом наиболее разработанной является терапия Ryodoraku с двумя методами лечения: 1) общее регуляторное лечение всего Ryodoraku и 2) лечение реактивных электропроницаемых точек.

Общее регуляторное лечение всего Ryodoraku — это метод регулирования основных и существенных функций организма в целом с учетом физического телосложения и в соответствии с общим измерением.

В каждом Ryodoraku имеется два вида точек. Точки первого вида обладают тенденцией к увеличению возбудимости Ryodoraku; они называются возбуждающими и точно соответствуют возбуждающим точкам из выведенных стандартных пунктов меридианов. Точки второго вида обладают тенденцией к снижению возбудимости Ryodoraku; они соответствуют седативным точкам и называются тормозящими. Перед лечением проводят общее измерение Ryodoraku и выбирают среди них измененные. Далее воздействуют на них

следующим образом: если величины измерения оказались выше физиологической границы (т. е. эти Ryodoraku находятся в состоянии возбуждения), то для нормализации используют тормозящие точки, а если величины измерения оказались сниженными по сравнению с физиологической границей, т. е. эти Ryodoraku находятся в состоянии торможения, то для нормализации используют возбуждающие точки.

Далее, если Ryodoraku характеризуется сравнительно высокой возбудимостью, то сильная стимуляция вызывает седативный эффект, если же характеризуется сравнительно низким состоянием возбудимости, то слабая стимуляция приводит к тонизирующему (возбуждающему) эффекту. Лечение возбужденного Ryodoraku проводят электрическим раздражением (сила тока 200 мкА) длительностью более 7 с при равномерном механическом перемещении иглы вверх и вниз; в случаях терапии заторможенных Ryodoraku длительность электростимуляции должна быть короче.

Метод лечения реактивных электропроницаемых точек в отличие от вышерассмотренного является симптоматическим и направлен на лечение в локальных областях; его также называют локализованным автономным нервным регуляторным лечением. В основе этой методики лежит то, что при патологии тех или иных органов появляются местные отраженные точки на поверхности тела, которые зависят от локализации заболевания. При лечении используют ток силой 200 мкА в течение 7 с (стандартная доза). Терапию Ryodoraku проводят курсами. По мере лечения производят контрольные измерения.

Электропунктура по методике Фоля. R. Voll (1960) установил, что ток от 0,9 до 6 Гц оказывает тонизирующее действие, а от 6 до 10 Гц — седативное действие на точки акупунктуры. Поэтому при этом виде терапии применяется слабый переменный ток низкой частоты (0,9—10 Гц) или выпрямленный импульсный той же частоты. Ток на точки акупунктуры подается через специальные кожные электроды, при этом существуют два типа воздействия. В первом случае по ходу лечения частота генератора прибора автоматически циклически изменяется от 0,9 до 10 Гц, а во втором — на точки акупунктуры подается ток постоянной частоты, который выбирается соответственно для седативного или тонизирующего действия. В процессе лечения периодически контролируются показатели сопротивления точек, в связи с чем возможна своевременная коррекция как силы тока, так и времени воздействия на точки акупунктуры.

В нашей стране в электропунктурной терапии работают ряд специалистов. Одним из ведущих специалистов в этой области является Ф. Г. Портнов. Им составлены методические основы применения электроakupunktury при ряде заболеваний. В методических рекомендациях по лечению пояснично-крестцового радикулита с выраженным болевым синдромом (Портнов Ф. Г., 1975) рекомендуется использовать прибор ЭЛАП-1.

Этот прибор можно использовать и для проведения микроэлектрофореза (в точках местных и регионарных). Для этого применяют насадку, в капилляр которой с помощью пипетки вводят 2—3 капли лекарственного раствора. В течение одной лечебной процедуры осуществляют воздействие не более чем на 6—7 точек акупунктуры (включая и общеукрепляющие); первая процедура — 5—6 точек (2 общеукрепляющие и 3—4 местные наиболее болезненные); к середине курса количество точек уменьшают до 3—4; при последней процедуре воздействуют не более чем на 3—4 точки. Курс лечения при вертеброгенном пояснично-крестцовом радикулите включает 10—12 процедур, проводимых ежедневно либо через день. При проведении процедур рекомендуется воздействие на одну и ту же точку не более

2 дней подряд во избежание ее адаптации. Рецепты на каждую процедуру составляют с учетом динамики неврологической симптоматики.

Имеются указания о выборе силы тока для воздействия на БАТК, которая находится в прямой зависимости от области, где расположена точка. В точках, расположенных под массивным слоем мышц¹, допустима сила тока до 500 мкА; для точек спины, пояснично-крестцового отдела и ног — 250—350 мкА; для точек груди и живота — 75—100 мкА и для точек рук и плечевого пояса — 50—75 мкА. Время воздействия на точку — до 2 мин.

Об электропунктурной терапии отдельных заболеваний сообщают также Н. А. Гавриков и Н. В. Сафонов (1972), Ю. Я. Лозновский и соавт. (1972), В. Г. Крук (1974), В. Г. Никифоров и соавт. (1976) и др.

За последние годы значительный вклад в дело развития и пропаганды электроакупунктуры и электропунктуры внесла группа биоэнергетики и игло-рефлексотерапии ЦИТО, возглавляемая А. И. Нечушкиным. А. И. Нечушкин (1976, 1977) предложил оригинальные методы электроакупунктуры при заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Эти методики являются наглядным примером возможности переложить древневосточные концепции в новое направление иглотерапии — электроакупунктуру.

Одна из них — методика «малого укола»; сущностью ее является воздействие на местные точки в области патологического очага. При этом одну иглу вводят в точку акупунктуры, расположенную в центре или вблизи центра пораженного участка, а две другие — в точки меридиана, пересекающего пораженный участок, лежащие выше и ниже за пределами этого участка.

Если после проведения электродиагностики установлена асимметрия электрической проводимости одноименных меридианов, то применяется следующая лечебная методика, основанная на принципе выравнивания электропроводимости: в болевые точки меридиана, находящегося в гипофункции, вводят иглы с подачей тока отрицательной полярности, а в точки симметричного меридиана — иглы, через которые подают ток положительной полярности. Электроакупунктура по правилу ю—мо заключается в том, что в болевую точку, которая соответствует точке-глашатаю (мо), вводят иглу, на которую подают ток отрицательной полярности. Ток положительной полярности направляется в соответствующую сочувственную точку (ю). Если при пальпации будет болезненность со стороны точки ю, то все действия производятся в обратном порядке.

В 1975 А. М. Гайдамакина и А. И. Нечушкин предложили метод электропунктурной терапии для купирования алкогольного делирия и абстинентного синдрома.

Следует отметить в заключение, что электропунктурная диагностика и терапия в настоящее время активно развиваются. Нужно, однако, остерегаться излишней поспешности в широком применении новых методов, аппаратов. Необходима тщательная предварительная проверка их, поскольку воздействие на точки акупунктуры электрическим током с неадекватными параметрами может менять, порой необратимо, их свойства. Очень важным является разработка теоретических основ электроакупунктуры.

¹Нужно помнить о том, что название «кожные точки» отражает в основном зону проекции точек на кожу, а лучше говорить о кожно-мышечных, кожно-сухожильных точках воздействия, что косвенно подтверждается «феноменом отдачи».

Глава

V

Топография меридианов,

точек акупунктуры

и показания к их использованию

Основу метода иглорефлексотерапии составляет учение о точках воздействия и меридианах (каналах). В последние годы в связи с распространением метода как в нашей стране, так и за рубежом очень важным становится принцип обозначения точек. Пользоваться лишь транскрибированным названием оказалось невозможным не только из-за фонетических особенностей языков, но и потому, что в оригинальных источниках их обозначения в ряде случаев не совпадали. Кроме того, стали известны «новые» точки и встал вопрос об их обозначении.

В сложившейся ситуации наиболее приемлемым оказался способ обозначения точки через номерной знак. Поскольку уже древневосточной медицине было известно несколько сот точек, то, стремясь к ограниченному использованию цифрового ряда, отсчет точек на каждом меридиане (а также по областям вне меридианов) принято было начинать с единицы. Это привело к необходимости дополнительно к номеру точки указывать и место ее расположения.

В иглотерапии «работают» в основном точки меридианов, поэтому внимание специалистов всегда было обращено на обозначение именно этих точек. Было предложено обозначать меридианную точку по первой букве названия меридиана с добавлением ее номера на меридиане. Поначалу такая система казалась удобной. Однако она привела к вариантам в обозначении точек, ибо на разных языках названия меридианов пишутся по-разному и, к сожалению, первые буквы этих слов в большинстве случаев не совпадают (табл. 12).

Таким образом, выйдя из одного круга проблем, специалисты иглотерапии вступили в другой.

Для устранения создавшегося многообразия в обозначении меридианов мы предлагаем ввести цифровое их обозначение, используя римские цифровые знаки. Такое обозначение тем более оправдано, что оно не противоречит традиционному представлению о меридианах как о системе, в которой последовательно взаимосвязаны чжан и фу органы. В цикле участвуют 12 основных меридианов, традиционно описание их начинается с меридиана легких (I) и далее, по ходу их связи, заканчивается описанием меридиана печени (XII). Два непарных меридиана получили последующие номера: заднесрединный — XIII и переднесрединный — XIV.

В соответствии с этим все меридианы получают следующее цифровое обозначение: I (легких) → II (толстой кишки) → III (желудка) → IV (селезенки—поджелудочной железы) → V (сердца) → VI (тонкой кишки) → VII (мочевого пузыря) → VIII (почек) → IX (перикарда) → X (тройного обогревателя) → XI (желчного пузыря) → XII (печени) → XIII (заднесрединный) → XIV (переднесрединный).

Как мы уже отметили, точки каждого меридиана имеют порядковые номера от единицы. Мы можем, таким образом, представить точку ее порядковым номером (арабские цифры) и принадлежностью к определенному меридиану (римские цифры). Например, точка хэ-гу имеет порядковый номер 4 на меридиане толстой кишки. По нашей классификации она обозначается 4II. Точка цзу-сань-ли имеет порядковый номер 36 на меридиане желудка. По нашей классификации обозначается 36III.

Таблица 12

Названия меридианов, принятые в европейских странах

| Цифровое обозначение меридиана | Название меридиана и его буквенное обозначение | | | |
|--------------------------------|--|---------------------------|------------------------|------------------------|
| | русское | французское | немецкое | английское |
| I | Легких | Poumons P | Lungen LU | Lungs LU |
| II | Толстой кишки | Gros Intestin GI | Dickdarm Di | Large Intestine LI |
| III | Желудка | Estomac E | Magen M | Stomach St |
| IV | Селезенки — поджелудочной железы | Rate — Pancreas RP | Milz — Pankreas MP | Spleen SP |
| V | Сердца | Coeur C | Herz H | Heart Ht |
| VI | Тонкой кишки | Intestine Grele IG | Dünndarm Dü | Small Intestine SI |
| VII | Мочевого пузыря | Vessie V | Blase B | Bladder Bl |
| VIII | Почек | Reins R | Nieren N | Kidney K |
| IX | Перикарда | Maitre du Coeur MC | Kreislaufsexuc KS | Heart — Constrictor HC |
| X | Трех обогревателей | Trois Rechauf feurs TR | Dreifacher Erwärmer 3E | Three heaters TH |
| XI | Желчного пузыря | Vesicule Biliaire VB | Gallenblase G | Gall Bladder GB |
| XII | Печени | Foie F | Leber Le | Liver Liv |
| XIII | Заднесрединный | Vaisseau Gouverneur VG | Guverneur TM | Governing vessel GV |
| XIV | Переднесрединный | Vaisseau de Conception VC | Conzeption IM | Conception vessel CV |

Традиционная восточная медицина выделяет также 8 «чудесных» меридианов, которые включают определенные точки воздействия 12 основных и 2 непарных меридианов. Мы обозначаем «чудесные» меридианы аббревиатурой ЧМ и присваиваем им порядковые номера (римские цифры). Точки основных меридианов, входящие в «чудесные» меридианы, сохраняют свой индекс (порядковый номер и номер меридиана), за счет чего мы представляем себе и ход (топографию) каждого «чудесного» меридиана.

Для примера приводим топографию одного из «чудесных» меридианов ЧМУII (внутренний поддерживающий меридиан): 6IX («ключ») → 9VIII → 13IV → 15IV → 16IV → 14XII → 22IV → 23XIV → 4IV (связывающая точка).

Внемеридианных точек насчитывается 171; мы обозначаем их ВМ. Эти точки располагаются по областям тела: голова и шея (ВМ1—ВМ31) → передняя поверхность туловища (ВМ32—ВМ50) → задняя поверхность туловища (ВМ51—ВМ85) → рука (ВМ86—ВМ129) → нога (ВМ130—ВМ171).

Например, ВМ28 указывает внемеридианную точку на голове; или ВМ103 — внемеридианную точку на руке.

«Новых» точек 110, мы обозначаем их Н. Они также распределяются по областям тела: голова и шея (Н1—Н35) → передняя поверхность туловища (Н36—Н41) → задняя поверхность туловища (Н42—Н59) → рука (Н60—Н74) → нога (Н75—Н110).

Например, Н65 указывает «новую» точку на руке; или Н96 — «новую» точку на ноге.

Мы описываем 130 аурикулярных точек (АТ), которые распределяются на ушной раковине по 18 зонам. Зоны имеют топографическое название. Номер зон обозначаем римскими цифрами. Каждая зона имеет определенное количество точек воздействия. Порядковый номер этих точек обозначается арабскими цифрами. В некоторых зонах расположены точки, по-видимому,

описанные позже, и поэтому их номер выходит за пределы порядковых номеров данной зоны.

Приводим зоны ушной раковины с точками воздействия: зона I — мочки уха, АТ1—АТ11; зона II — козелка, АТ12—АТ19, АТ111; зона III — передней ушной бороздки, АТ20, АТ21; зона IV — межкозелковой вырезки, АТ22—АТ24а,б; зона V — задней ушной бороздки, АТ25—АТ27; зона VI — противокозелка, АТ26а, АТ28—АТ36, АТ113; зона VII — противозавитка, АТ37—АТ45, АТ112, АТ114; зона VIII — верхней ножки противозавитка, АТ46—АТ50, АТ116; зона IX — нижней ножки противозавитка, АТ51—АТ54, АТ115; зона X — трехсторонней ямки, АТ55—АТ61, АТ117; зона XI — ладьевидной ямки, АТ62—АТ71, АТ118; зона XII — завитка, АТ72₁₋₄—АТ81, АТ119—АТ121; зона XIII — ножки завитка, АТ82, АТ83; зона XIV — прилежащая к зоне завитка, АТ84—АТ91; зона XV — чаши раковины, АТ92—АТ99, АТ122, АТ124, АТ127, АТ128; зона XVI — полости раковины, АТ100—АТ104, АТ123, АТ125, АТ126; зона XVII — задней поверхности раковины, АТ105—АТ108, АТ129, АТ130; зона XVIII — наружного слухового прохода, АТ109, АТ110.

В соответствии с этим, например, точку железы внутренней секреции, расположенную на ушной раковине, мы обозначаем АТ221V — это определяет аурикулярную точку железы внутренней секреции под номером 22, расположенную в зоне межкозелковой вырезки (IV зона); или точку сердца, расположенную на ушной раковине, мы обозначаем АТ100XVI — это определяет аурикулярную точку «сердце» под номером 100, расположенную в зоне полости раковины (XVI зона).

§ 1. Основные меридианы и точки акупунктуры

По 12 основным меридианам классифицируются 309 точек воздействия. На каждом из них мы закономерно выделяем группу д и с т а л ь н ы х точек, расположенных ниже локтевого, коленного суставов, и группу п р о к с и м а л ь н ы х точек, состоящую из остальных точек меридиана.

Дистальная группа точек отличается от проксимальной тем, что в ней определяется несколько видов (или подгрупп) точек, которые неизменно присутствуют в каждом основном меридиане. Мы выделили три такие подгруппы:

п е р в а я подгруппа — точки пяти элементов, закономерно присутствующие на иньских меридианах по 5 на каждом и на янских меридианах по 6 на каждом. В число этих точек входят три стандартных пункта меридиана, т. е. т о н и з и р у ю щ а я, с е д а т и в н а я точки и т о ч к а - п о с о б н и к (и с т о ч н и к);

в т о р а я подгруппа — точки ло, находящиеся по одной на каждом меридиане. Таким образом, вторую подгруппу представляет четвертый стандартный пункт — с т а б и л и з и р у ю щ и й л о - п у н к т;

т р е т ь я подгруппа — точки воздействия, не вошедшие в две предыдущие подгруппы, распределение которых по меридианам не имеет определенной количественной закономерности.

В практической акупунктуре наиболее часто применяются точки воздействия первой и второй подгрупп. Проведенный нами анализ существующих методов сочетаний точек акупунктуры показал, что все

канонизированные восточной медициной методы сочетания точек выведены из точек первой и второй подгрупп дистальной группы¹. Точки этих подгрупп чаще используются в практической работе.

Среди точек проксимальной группы часто применяются точки сочувственная и глашатай, они также являются стандартными пунктами меридианов. Эти два стандартных пункта, входящие в число точек проксимальной группы, отличаются от четырех стандартных пунктов, входящих в число дистальной группы точек, тем, что по отношению к ним нет определенных правил и они не имеют такой закономерности распределения.

Практическая акупунктура тесно связана со своеобразной классификацией точек по признаку меридиана, выведенных эмпирическим путем методом проб и ошибок.

Из положений древневосточной медицины известно, что основные меридианы состоят из двух неравнозначимых частей — наружного и внутреннего ходов, непосредственно связанных между собой и составляющих одно целое.

Древние медики, изучая функции организма, вывели определенные системы взаимосвязей, обозначив их как основные органы (чжан — легкие, селезенка, сердце, перикард, почки, печень; фу — толстая кишка, желудок, тонкая кишка, мочевой пузырь, три части туловища, желчный пузырь). Древневосточная медицина утверждает, что эти основные органы соединены между собой связями в виде линий (меридианов, каналов), где внутренние связи определяются как внутренние ходы, а наружные связи — как наружные ходы меридианов.

Таким образом, наличие дистальных и проксимальных точек, наружного и внутреннего ходов меридиана, а также положение о трехзональной системе² делают понятие меридиана сложным.

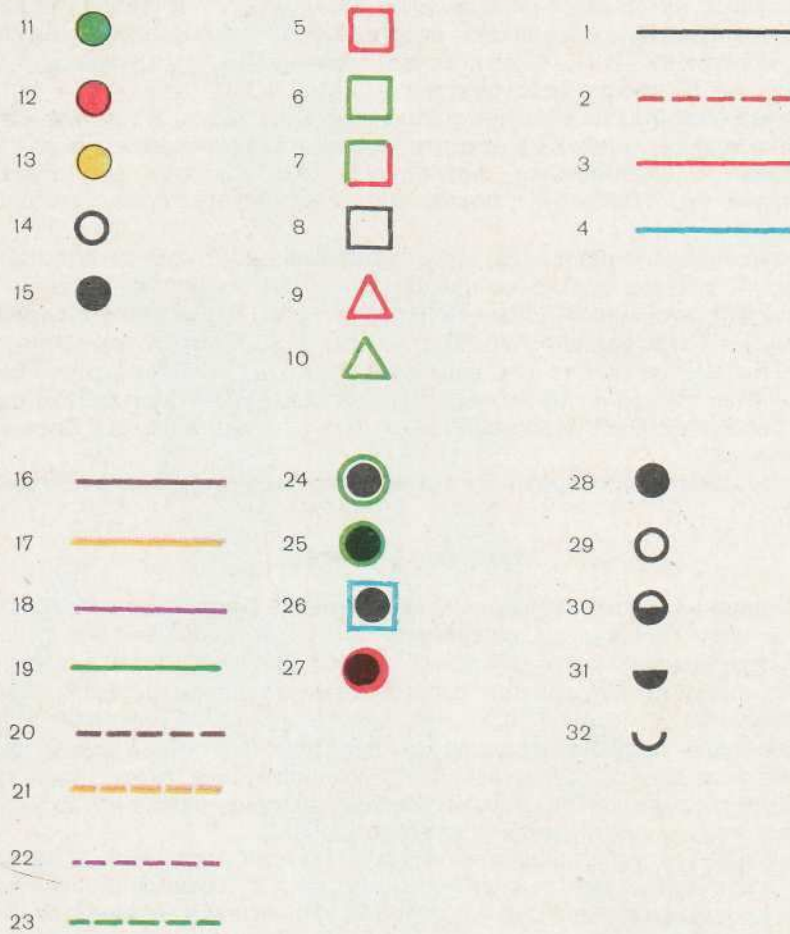
Мы в дальнейшем даем детальное описание топографии меридианов с указанием перекрестка и соприкосновения ходов и выделением тех точек, на которые проецируются внутренние ходы или их ответвления.

На данном этапе к анализу диапазона показаний каждой точки акупунктуры, которая была выведена древневосточной эмпирикой, следует, по видимому, подходить с учетом их меридианной принадлежности и таких древневосточных понятий, как наружный и внутренний ходы меридианов, лежащих в основе топографического описания меридианов. Условно взяв эти положения в качестве основополагающих критериев, мы представляем, что диапазон показаний точки акупунктуры определяется как симптомами, относящимися к поражению тех областей и тканей, по которым проходит определенный меридиан — наружный ход, так и симптомами, относящимися к поражению внутренних органов, взаимосвязанных этим меридианом — внутренний ход. В связи с этим показания каждого основного меридиана мы описываем как обобщение показаний точек акупунктуры, входящих в тот или иной меридиан.

Таким образом, мы пришли к условному расчленению диапазона показаний каждой точки акупунктуры с последующей систематизацией точек

¹Методы сочетания точек с применением определенных правил (отношений), причем отношение тонизация—дисперсия (правило «мать—сын») применяется для практической работы с точками пяти элементов, а отношения — верхний—нижний (правило «полдень—полночь») и левый—правый (правило «мужчина—женщина») — для точек ло.

²Система меридиана состоит из дистальной зоны, которая представлена дистальной группой точек, передней зоны, представленной точкой глашатай, и задней зоны, которая представлена сочувственной точкой.



Система условных обозначений.

Рис. 35

1 — наружный ход 12 основных и 2 несочетающихся меридианов; 2 — внутренний ход 12 основных и 2 несочетающихся меридианов; 3 — ход 15 вторичных меридианов (продольных ло-пунктов); 4 — ход поперечных ло-пунктов;

стандартные пункты 12 основных меридианов (точки):

5 — тонизирующая 9I, 1II, 41III, 2IV, 9V, 3VI, 67VII, 7VIII, 9IX, 3X, 43XI, 8XII; 6 — седативная 5I, 2II, 45III, 5IV, 7V, 8VI, 65VII, 1VIII, 7IX, 10X, 38XI, 2XII; 7 — пособник (источник) 9I, 4II, 42III, 3IV, 7V, 4VI, 64VII, 3VIII, 7IX, 4X, 40XI, 3XII; 8 — стабилизирующий ло-пункт 7I, 6II, 40III, 4IV, 5V, 7VI, 58VII, 4VIII, 6IX, 5X, 37XI, 5XII; 9 — влашатай II, 25III, 12XIV, 13XII, 14XIV, 4XIV, 3XIV, 25XI, 1IX, 5XIV, 24XI, 14XII; 10 — сочувственная 13VII, 25VII, 21VII, 20VII, 15VII, 27VII, 28VII, 23VII, 14VII, 22VII, 19VII, 18VII;

точки пяти элементов:

11 — 1II, 3II, 4II, 42III, 43III, 1IV, 9V, 3VI, 4VI, 65VII, 64VII, 1VIII, 9IX, 3X, 4X, 40XI, 41XI, 1XII; 12 — 10I, 5II, 41III, 2IV, 8V, 5VI, 60VII, 2VIII, 8IX, 6X, 38XI, 2XII; 13 — 9I, 11II, 36III, 3IV, 7V, 8VI, 40VII, 3VIII, 7IX, 10X, 34XI, 3XII; 14 — 8I, 1II, 45III, 5IV, 4V, 1VI, 67VII, 5IX, 1X, 44XI, 4XII; 15 — 5I, 2II, 44III, 9IV, 3V, 2VI, 66VII, 10VIII, 3IX, 2X, 43XI, 8XII;

«чудесные» меридианы:

16 — ЧМ0 — контролирующий меридиан; 17 — ЧМ1 — наружный пяточный меридиан; 18 — ЧМ2 — наружный поддерживающий меридиан; 19 — ЧМ3 — опоясывающий меридиан; 20 — ЧМ4 — меридиан зачатия; 21 — ЧМ5 — внутренний пяточный меридиан; 22 — ЧМ6 — внутренний поддерживающий меридиан; 23 — ЧМ7 — поднимающийся меридиан;

специальные точки:

24 — точки группового ло; 25 — точки соединения, применяемые для усиления точек группового ло; 26 — специфические точки; 27 — точки соединения;

картография ушной раковины:

28 — проекция точки, расположенной на передненаружной поверхности; 29 — проекция точки, расположенной на передне внутренней поверхности; 30 — совпадение проекции точек, расположенных на передненаружной и передне внутренней поверхности; 31 — проекция точки, расположенной на переходе передненаружной поверхности в передне внутреннюю; 32 — проекция точки, расположенной на переходе передненаружной поверхности в заднюю поверхность.

на три группы, что в свою очередь дало возможность обобщить показания каждого меридиана и обозначить расстройства, «связанные с внутренним ходом» меридиана, — А, расстройства, «связанные с наружным ходом» меридиана, — Б, прочие расстройства — В.

В практической работе знание топографии меридиана, а также показаний к их использованию помогает ориентироваться в нахождении нужной точки воздействия и способствует правильному ее выбору, ибо показания меридиана — это обобщение показаний точек акупунктуры, входящих в него.

Древние медики считали, что при лечении болезни нужно следовать линии (меридиану), а точки выбирать исходя из конкретного случая.

Преследуя цель максимально полно отразить показания для отдельных меридианов и точек, выделяемых в различных руководствах, мы сознательно оставили ряд весьма общих или, напротив, слишком частных и редко используемых сейчас определений. Требуется большая совместная работа специалистов для дальнейшей рационализации многих традиционных формулировок показаний.

В приводимых иллюстрациях используется следующая схема обозначений (рис. 35).

Меридиан I (легких)

Меридиан I (легких) парный, симметричный и центробежный, относится к системе инь. Начинается внутренним ходом в средней части туловища (рис. 36), что соответствует проекции точки 12XIV чжун-вань (на передней срединной линии на 4 цуня выше пупка), затем поднимается вверх, доходит до кардиальной части желудка, пересекает диафрагму, входит в легкие («управляющие» данным меридианом), проходит гортань, далее спускается вниз в область плечевого сустава, где и заканчивается внутренним ходом. Внутренний ход имеет одно ответвление, которое, начинаясь от легких, спускается вниз и связывается с толстой кишкой.

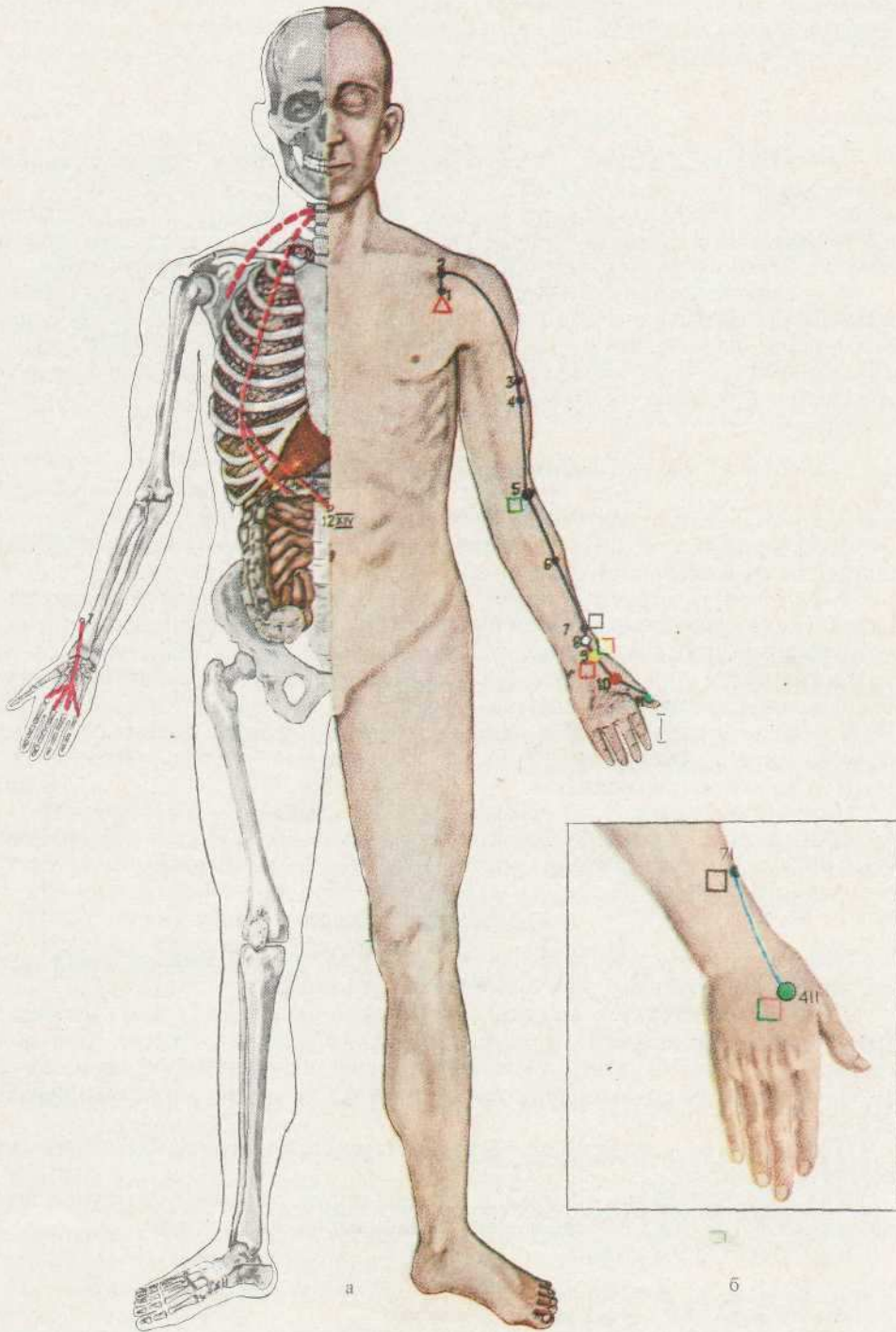
Наружный ход меридиана начинается от первой доступной воздействию точки II чжун-фу (между I и II ребрами, кнаружи от средней линии груди на 6 цуней), идет кверху и доходит до точки 2I юнь-мэнь (у нижнего края акромиального конца ключицы, на 6 цуней от средней линии груди), далее переходит на внутреннюю поверхность плечевого сустава и доходит до точки 3I тянь-фу (наружная борозда двуглавой мышцы плеча, на 3 цуня ниже подмышечной впадины). Дальше ход наружной части меридиана I (легких) соответствует ладонно-лучевой линии руки (по Чжу Лянь) заканчивается в точке 11I шао-шан (на 0,3 см кнаружи от лучевого края ногтевого лоска I пальца). Наружный ход меридиана имеет одно ответвление, которое начинается от точки 7I ле-цюе (на 1,5 цуня выше проксимальной лучезапястной складки у лучевого края лучевой кости), идет на тыльную поверхность руки по лучевому краю II пальца, где связывается с меридианом II (толстой кишки) в точке 11I шан-ян (на лучевой стороне, отступя от корня ногтя II пальца на 0,3 см).

На меридиане I точек воздействия 11:

1—чжун-фу, 2—юнь-мэнь; 3—тянь-фу, 4—ся-бай, 5—чи-цзе, 6—кун-цзуй, 7—ле-цюе, 8—цзин-цюй, 9—тай-юань, 10—юй-цзи, 11—шао-шан.

стандартные пункты меридиана I:

тонизирующая точка 9I тай-юань;
седативная точка 5I чи-цзе;
точка-пособник 9I тай-юань;



а — Меридиан I (легких); б — стабилизирующий ло-пункт к меридиану II71 ле-шюе.

Рис. 36.

1 — чжун-фу; 2 — юнь-мэнь; 3 — тянь-фу; 4 — ся-бай; 5 — чи-цзе; 6 — кун-цзуй; 7 — ле-шюе; 8 — цзин-шюй; 9 — тай-юань;
10 — юй-цзи; 11 — шао-шан.

стабилизирующий ло-пункт к меридиану II 7I ле-цюе;
 сочувственная точка 13VII фэй-шу;
 точка-глашатай II чжун-фу.

Показания
 к использованию меридиана I (легких)

А — кашель, одышка, чувство удушья в груди, кровохарканье; бронхиальная астма; тонзиллит.

Б — боли в области грудной клетки, ключицы и спины, боли в области плеча, локтевого сустава, предплечья, лучезапястного сустава; онемение в области передней внутренней поверхности руки; неврит лучевого нерва.

В — повышенная чувствительность к холоду, ветру; воспалительные заболевания полости рта и глотки, повышение температуры; головная боль, бессонница, ночные поты; кровоточивость десен, носовое кровотечение; кожные сыпи и зуд; периферический паралич (неврит) лицевого нерва; тревожное состояние; заболевания сердца.

Точки воздействия меридиана I (легких)

II чжун-фу (центральное положение)

Локализация: между I и II ребрами, на третьей боковой линии груди (на 6 цуней от средней линии), ниже точки 2I юнь-мэнь на 3 см.

Т. А.¹: соответствует верхнему отделу большой грудной мышцы, где находятся грудино-акромиальная артерия, задние ветви грудинной артерии, межреберные нервы и передние грудные нервы.

Показания: А — кашель, одышка, чувство распирания в груди, бронхиальная астма; тонзиллит.

Б — боли в груди, боль в области плечевого сустава и спины. Отек в области лица и конечности.

В — заболевания сердца.

Нахождение точки: в положении лежа, на спине.

Техника: пункция под углом вниз или вверх, слегка кнаружи. Глубокий укол противопоказан. Глубина укола² 1 см, цзю³ 5—7 (20) мин.

2I юнь-мэнь («врата облака»)

Локализация: кнаружи и кверху от I ребра на третьей боковой линии груди, в подключичной ямке, на 6 цуней от средней линии.

Т. А.: Соответствует нижнему краю акромиального конца ключицы кнутри от клювовидного отростка лопатки в верхнем отделе большой грудной мышцы. В этой области распределены грудино-акромиальная артерия, передние грудинные нервы, межреберные нервы и подключичный нерв.

Показания: А — кашель, одышка, чувство удушья в груди, бронхиальная астма, тонзиллит.

Б — боль в груди, подреберье, в области спины, плечевого сустава, лопаток, онемение в области плеча и спины; межреберная невралгия.

В — заболевания сердца.

¹ Здесь и далее Т. А. — топографическая анатомия.

² Здесь и далее указаны максимальные величины глубины укола и времени проведения цзю.

³ В скобках указывается длительность цзю, рекомендуемая в некоторых древневосточных руководствах.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на спине.

Техника: пункция под углом, глубина укола 1 см. Глубокий укол вызывает учащение дыхания, поэтому противопоказан. Цзю 5—7 (20) мин.

31 тянь-фу («плодородная земля»)

Локализация: в области плеча, ниже уровня подключичной впадины на 3 цуня, у наружного края двуглавой мышцы плеча.

Т. А.: расположение соответствует передневнутренней поверхности верхней части плечевой кости, наружной борозде двуглавой мышцы плеча. В этой области проходят наружная поверхностная вена верхней конечности, мышечно-кожный нерв и наружный кожный нерв предплечья.

Показания: А — одышка, бронхиальная астма, носовое кровотечение, кровохарканье.

Б — боли по внутренней поверхности плеча, боли в области лопаток; артрит плечевого сустава; межреберная невралгия.

В — обморок, головокружение, психозы, реактивное состояние; икота, рвота.

Нахождение точки: при опущенной и прижатой к груди руке больного, обращенной ладонной поверхностью к груди.

Техника: пункция вертикальная. Укол делают при отведенной руке до горизонтальной плоскости. Глубина укола 1 см, цзю 5—7 (20) мин.

41 ся-бай («общая белизна»)

Локализация: соответствует передненааружной поверхности средней части плечевой кости, у наружного края двуглавой мышцы плеча, ниже уровня подмышечной впадины на 4 цуня, выше локтевого сгиба на 5 цуней.

Т. А.: в этой области проходит наружная поверхностная вена руки и распределены лучевая коллатеральная артерия и наружный кожный нерв плеча.

Показания: А — кашель, одышка, чувство удушья.

Б — боль в груди, области плеча, в подмышечной области, по внутренней поверхности руки; невралгия плечевого сплетения.

В — сердцебиение неврогенного происхождения; тошнота, рвота.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Укол делают при отведенной руке до горизонтальной плоскости. Глубина укола 1,5 см, цзю 3—7 (20) мин.

51 чи-цзе («трясина метра»)

Локализация: в центре складки локтевого сгиба, у лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча.

Т. А.: соответствует началу плечевой мышцы и наружному краю сухожилия двуглавой мышцы плеча. В этой области распределены: лучевая возвратная артерия, лучевой нерв и наружный кожный нерв предплечья.

Показания: А — кашель, чувство распирания в груди, бронхиальная астма; кровохарканье, плеврит; тонзиллит.

Б — боли в области локтевого сустава и предплечья, отек в области локтя.

В — реактивные состояния, неврастения, психастения, ночные кошмары; судороги; ночной энурез.

Нахождение точки: в положении сидя, рука лежит на столе, слегка разогнута в локтевом суставе, ладонью обращена кверху.

Техника: пункция вертикальная; глубина укола 1 см, цзю противопоказано.

61 кун-цзуй («самое маленькое отверстие»)

Локализация: на 7 цуней выше лучезапястной складки.

Т. А.: на ладонной поверхности лучевой кости, соответствует внутреннему краю плечелучевой мышцы, лежащей поверхностно, и наружному краю длинного сгибателя I пальца, в глубине проходят лучевая артерия и лучевой нерв. В этой области распределен наружный кожный нерв предплечья.

Показания: А — кашель, кровохарканье, заболевания горла и гортани.

Б — боли в суставах рук, анкилоз суставов пальцев.

В — охриплость и потеря голоса, головная боль, лихорадочные заболевания.

Нахождение точки: при слегка разогнутой в локтевом суставе руке, ладонью кверху. Точка определяется на линии, проведенной от точки 51 цизе до точки 91 тай-юань.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см; цзю 5—10 мин.

71 ле-цзюе («недостающий ряд»)

Локализация: у лучевого края, выше лучезапястного сустава на 1,5 цуня.

Т. А.: у лучевого края лучевой кости, выше шиловидного отростка, соответствует наружному краю сухожилия длинной отводящей мышцы I пальца, в середине квадратной мышцы, вращающей ладонь внутрь. В этой области распределены: ветви лучевой артерии, наружный кожный нерв предплечья, лучевой нерв.

Показания: А — кашель, одышка, затруднение дыхания, бронхиальная астма; тонзиллит.

Б — боли в затылочной и височной областях; боли в области локтевого сустава и кисти; боли в запястье.

В — последствия периферического паралича лицевого нерва с тиком и контрактурой мышц лица; гемиплегия; невралгия тройничного нерва, зубная боль; снижение общей сопротивляемости организма; склонность к кожным заболеваниям, зудящие сыпи; сердцебиение, боли в области сердца.

Нахождение точки: при скрещенных ладонях больного искомая точка будет на конце II пальца.

Техника: пункция под углом, конец иглы направлен в сторону локтевого сустава. Глубина укола 1 см, цзю 5—7 мин.

81 цзин-цзюй («продольный канал»)

Локализация: на 1 цунь выше проксимальной лучезапястной складки, в борозде лучевого нерва у лучевой артерии в месте, где обычно определяется пульс.

Т. А.: расположена между сухожилием лучевого сгибателя кисти и длинной отводящей мышцы I пальца в середине квадратной мышцы. В этой области проходит лучевая артерия и лучевая вена, распределены наружный кожный нерв предплечья и лучевой нерв.

Показания: А — кашель, одышка, бронхиальная астма; эмфизема легких; тонзиллит, фарингит.

Б — напряжение мышц спины, боль в лучезапястном суставе и предплечье; неврит лучевого нерва; межреберная невралгия.

В — повышение температуры. Конъюнктивит. Рвота, икота, спазм пищевода.

Нахождение точки: в положении сидя, ладонная поверхность кисти большого обращена вверх. При пальпации пульса лучевой артерии III палец руки указывает на данную точку.

Техника: пункция вертикальная или под углом, уклоняясь от артерии. Глубина укола 0,5 см, цзю противопоказано.

91 тай-юань («очень большая пропасть»)

Локализация: у лучевого края проксимальной лучезапястной складки, несколько дистальнее ее, у лучевой артерии между сухожилиями лучевого сгибателя кисти и длинной отводящей мышцы I пальца, снаруж и вверх от бугристости ладьевидной кости.

Т. А.: в этой области разветвляются лучевая артерия, наружный кожный нерв предплечья и лучевой нерв.

Показания: А — кашель, кровохарканье; эмфизема легких; тонзиллит.

Б — боли в груди, боли в области плечевого сустава, плеча и предплечья; межреберная невралгия.

В — конъюнктивит, кератит; сухость во рту и горле, обмороки, артериальная гипотония; нарушение сна, депрессивное состояние.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная, уклоняясь от артерии. Глубина укола 0,6 см, цзю 1—3 мин.

101 юй-ци («встреча рыбы»)

Локализация: у середины I пястной кости на границе ладонной и тыльной поверхности лучевой стороны руки.

Т. А.: соответствует месту прикрепления короткой отводящей мышцы I пальца, где проходят ветви лучевой артерии и поверхностные ветви срединного нерва.

Показания: А — кашель, кровохарканье, носовое кровотечение; тонзиллит, бронхиальная астма, пневмония.

Б — контрактура локтевого сустава, I пальца и запястья; боль в области груди и спины.

В — повышение температуры, головная боль, головокружение; депрессивное состояние, нарушение сна, тахикардия; гипергидроз, ночной пот.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

III шао-шан («мелкая горговя»)»

Локализация: на лучевом крае I пальца кисти, на 0,3 см снаруж от угла ногтя.

Т. А.: в этой области распределены собственные ладонные артерии пальцев, которые образуют анастомозы, собственно ладонный нерв пальцев от срединного нерва и поверхностные ветви лучевого нерва.

Показания: А — кашель, затруднение дыхания; тонзиллит.

Б — боли, тики и контрактура мышц пальцев.

В — воспалительные заболевания полости рта, повышение температуры; паротит; кровотечение из десен; головная боль, нарушения сна, ночной пот; сужение пищевода, икота; желтуха; кожные сыпи и зуд.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа.

Техника: направление укола почти горизонтальное; по некоторым китайским руководствам при остром набухании слизистой оболочки горла и гортани делают поверхностное укальвание трехгранной (четырёхгранной¹) иглой с последующим появлением капель крови, что оказывает жаропонижающее действие. Глубина укола 0,3 см, цзю 3—5 мин.

Меридиан II (толстой кишки)

Меридиан парный, симметричный и центростремительный, относится к системе ян. Начинается наружным ходом в точке III шан-ян (рис. 37), расположенной на 0,3 см кнаружи от ногтевого ложа II пальца, идет кверху по лучевому краю II пальца, далее проходит промежуток между I и II пястными костями и между сухожилиями короткого разгибателя и длинного разгибателя I пальца, затем по тыльно-лучевой стороне предплечья, локтевого сустава и плеча. Далее переходит в область плечевого сустава, где проходит между акромиальным отростком лопатки и большим бугром плечевой кости. После этого меридиан идет кзади и соприкасается с другими янскими меридианами в точке 14XIII да-чжуй (между остистыми отростками VII шейного позвонка и I грудного). Далее меридиан следует по передненаружному краю трапециевидной мышцы к надключичной ямке, где связывается с точкой 12III цюэ-пэнь, проходит по шее, пересекает нижнюю челюсть кпереди от ее угла, переходит на щеку до центра десны нижней челюсти, затем идет обратно, огибая губы, и перекрещивается с линией (меридианом) противоположной стороны в точке 26XIII жэнь-чжун (в верхней трети вертикальной борозды верхней губы). Далее правая линия (меридиан) проходит по левой стороне крыла носа, а левая идет по правой и заканчивается в точке 20II ин-сян (кнаружи от основания крыла носа в верхней части борозды, образованной носом и верхней губой). Наружный ход имеет одно ответвление от точки 20II ин-сян и связывается с меридианом III (желудка) в точке 1III чэн-ци (под зрачком, на середине нижнего края орбиты).

Внутренний ход начинается от точки 12III цюэ-пэнь, опускается внутрь, проходит легкие, диафрагму и доходит до толстого кишечника, «управляющего» данным меридианом.

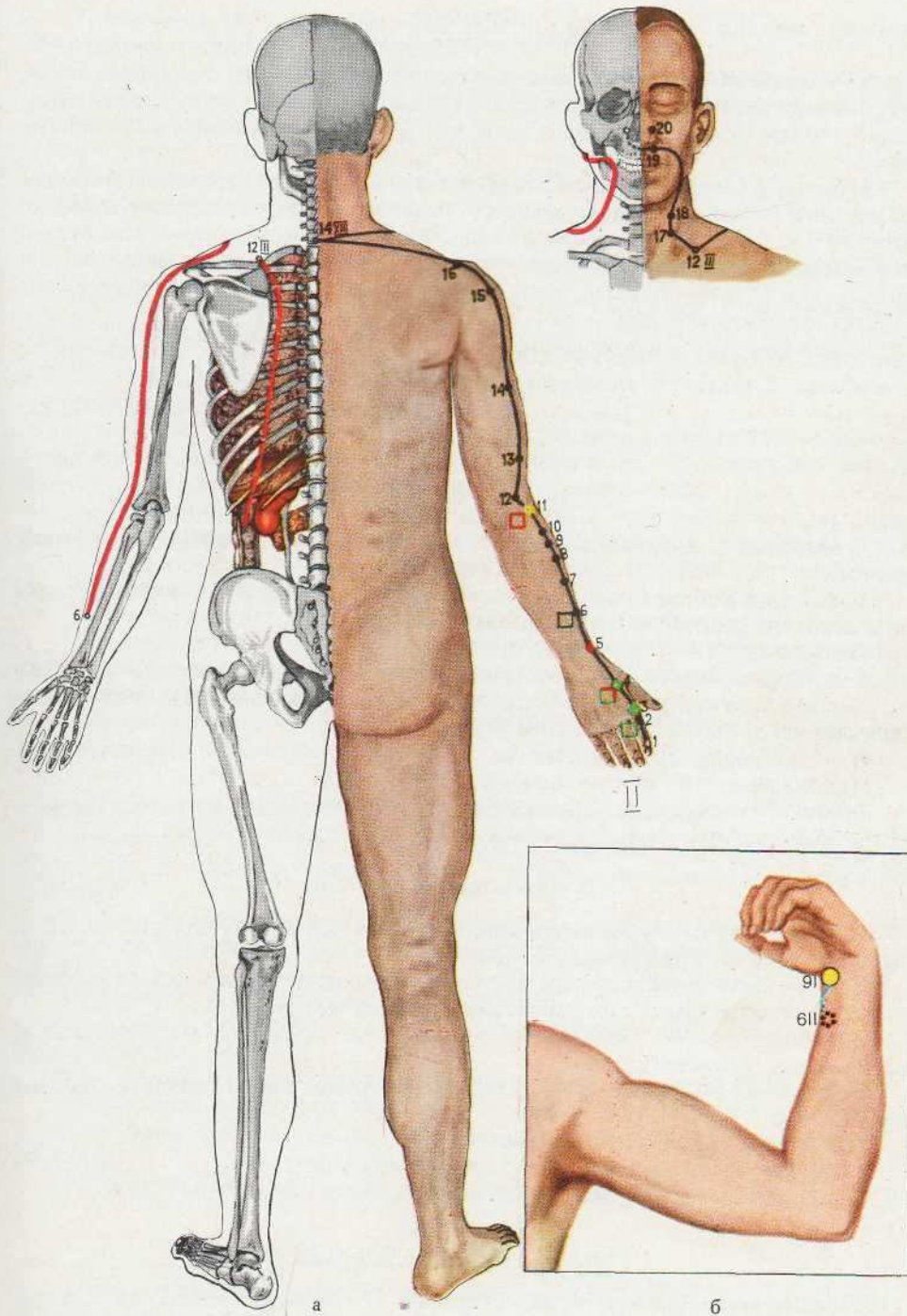
На меридиане II точек воздействия 20:

1—шан-ян, 2—эр-цзянь, 3—сань-цзянь, 4—хэ-гу, 5—ян-си, 6—пянь-ли, 7—вэнь-лю, 8—ся-лянь, 9—шан-лянь, 10—шоу-сань-ли, 11—цзюй-чи, 12—чжоу-ляо, 13—шоу-у-ли, 14—би-нао, 15—цзянь-той, 16—цзюй-гу, 17—тянь-дин, 18—фу-ту, 19—хэ-ляо, 20—ин-сян.

Стандартные пункты меридиана II:

тонизирующая точка 11III цзюй-чи;
седативная точка 2II эр-цзянь;
точка-пособник 4II хэ-гу;
стабилизирующий ло-пункт к меридиану I (легких) 6II пянь-ли; сочувственная точка 25VII да-чан-шу;
точка-глашатай 25III тянь-шу.

¹ Предложенная нами комбинированная игла для рефлексотерапии (Табеева Д. М., 1977) включает в себя четырехгранную иглу для кровопускания, имеющую два продольных паза для стока крови.



а—Меридиан II (толстой кишки); б—стабилизирующий ло-пункт к меридиану I 6II пянь-ли. Рис. 37.

1—шан-ян; 2—эр-цзянь; 3—сань-цзянь; 4—хэ-гу; 5—ян-си; 6—пянь-ли; 7—вэнь-лю; 8—ся-лянь; 9—шан-лянь; 10—шоу-сань-ли; 11—цзюй-чи; 12—чжоу-ляо; 13—шоу-у-ли; 14—би-нао; 15—цзянь-юй; 16—цзюй-гу; 17—тянь-дин; 18—фу-ту; 19—хэ-ляо; 20—ин-сян.

Показания

к использованию меридиана II (толстой кишки)

А: нарушения проходимости через толстую кишку; функциональные заболевания толстой кишки; воспалительные процессы миндалина, гортани, трахеи, толстой кишки, легкого; кишечные паразитарные заболевания.

Б: боли в пальцах, лучезапястном суставе, в области предплечья, локтевого сустава, плеча, плечевого сустава, лопаток, груди; онемение в области предплечья, плеча; покраснение и припухлость тыльной поверхности кисти; нарушение двигательной функции верхней конечности; напряжение мышц шейно-затылочной области; звон, шум в ушах, глухота; воспалительные заболевания полости рта.

В: лихорадочные заболевания; гипертоническая болезнь; болезни сердца.

Точки воздействия меридиана II

(толстой кишки)

II шан-ян («торговля ян»)

Локализация: на лучевой стороне II пальца, на 0,3 см кнаружи от корня ногтя.

Т. А.: в этой области образует анастомозы ладонная собственная артерия пальцев и распределены ветви срединного нерва.

Показания: А — тонзиллит, фарингит.

Б — боль в области плечевого сустава с иррадиацией в надключичную ямку, онемение пальцев; зубная боль; звон, шум в ушах, глухота; флегмона в области лица, заболевания полости рта.

В — лихорадочные заболевания, кома, оказание скорой помощи.

Нахождение точки: в положении сидя и лежа.

Техника: пункция вертикальная или под углом (лучше делать укалывание с появлением капель крови). Глубина укола 0,3 см, цзю 3 мин.

2II эр-цзянь («два промежутка»)

Локализация: на лучевой стороне II пальца, впереди от пястно-фалангового сустава, где прощупывается впадина.

Т. А.: в этой области распределены тыльная артерия пальцев, отходящая от лучевой артерии, и поверхностная ветвь лучевого нерва.

Показания: А — метеоризм; тонзиллит, ларингит, воспалительные заболевания полости рта.

Б — зубная боль, боли в области плеча и груди, спины, лопатки, кисти и предплечья.

В — лихорадочные заболевания.

Нахождение точки: при согнутых пальцах кисти.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

3II сань-цзянь («три промежутка»)

Локализация: на лучевой стороне II пальца, кзади от пястно-фалангового сустава.

Т. А.: в этой области распределены тыльная артерия пальцев, отходящая от лучевой артерии, и поверхностная ветвь лучевого нерва.

Показания: А — диарея, метеоризм, урчание в животе, одышка, затруднение отхаркивания мокроты.

Б — боль во внутреннем углу глаза, зубная боль, боль в нижней челюсти, боль в области плеча, лопатки и спины; покраснение и опухание пальцев руки и тыльной поверхности кисти.

В — нет.

Нахождение точки: при согнутой в кулак кисти.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

4П хэ-гу («закрытая долина»)

Локализация: на тыле кисти, в углу, образованном проксимальными концами I и II пястных костей, в ямке вблизи от II пястной кости.

Т. А.: расположение соответствует первой тыльной межкостной мышце, где проходят тыльная артерия пальцев, отходящая от лучевой артерии, и поверхностная ветвь лучевого нерва.

Показания: А — нарушение перистальтики кишечника, колиты, геморрой; боли в животе, метеоризм, диспепсия; бронхиальная астма, удушье, затруднение отхаркивания мокроты, тонзиллит.

Б — зубная боль, боль в суставах рук, плеча и лопатках; синуситы, риниты, грипп, ларингит, носовое кровотечение; шум в ушах, понижение слуха, глухота; периферический паралич лицевого нерва, контрактура мимических мышц; снижение остроты зрения.

В — невралгия, мигрень; гемипарез; аменорея; ночные поты.

Нахождение точки: при выпрямленной кисти и отведенном в сторону I пальце. Точка находится в углу, образованном I и II пястными костями, где пальпируется незначительное углубление.

Техника: пункция вертикальная или косая. Глубина укола 1,5 см, цзю 3—7 (20) мин.

5П ян-си («освещенный солнцем ручей»)

Локализация: на дне анатомической табакерки, между сухожилиями короткого и длинного разгибателей I пальца, на уровне лучезапястной складки.

Т. А.: у лучевой стороны лучезапястного сустава, кзади от лучевой артерии, где распределены ветви лучевой артерии и поверхностная ветвь лучевого нерва.

Показания: А — диспепсия у детей; тонзиллит.

Б — зубная боль, боль в лучезапястном суставе, пальцах; звон, шум в ушах, глухота, ринит.

В — конъюнктивит; гемиплегия, интенсивные головные боли.

Нахождение точки: при согнутой в локтевом суставе кисти, обращенной лучевой поверхностью кверху, пальцы выпрямлены, I палец отведен в сторону.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 (20) мин.

6П пянь-ли («постепенный наклон»)

Локализация: на тыльной поверхности лучевой кости, выше точки 5П ян-си на 3 цуня.

Т. А.: в этой области распределены ветви лучевой артерии, поверхностная ветвь лучевого нерва и наружный кожный нерв предплечья.

Показания: А — запор, тонзиллит, ларингит.

Б — ломящая боль в плечевом поясе и верхней конечности, зубная боль; нарушение двигательной функции верхней конечности; серозно-слизистые выделения из носа; глухота.

В — анасарка, отеки, расстройства зрения.

Нахождение точки: при согнутой в локтевом суставе руке. Расстояние от точки 5П ян-си до точки 11П цюй-чи делится на 12 пропорциональных цуней.

Техника: пункция вертикальная или косая. Глубина укола 1 см, цзю 3—7 (20) мин.

7П вэнь-лю («спокойное вытекание»)

Локализация: на тыльной поверхности лучевой кости, на середине расстояния от точки 5П ян-си до точки 11П цюй-чи.

Т. А.: ниже брюшка мышцы лучевого короткого разгибателя кисти, где распределены ветви лучевой артерии и тыльный кожный нерв предплечья.

Показания: А — урчание и боли в животе.

Б — боль и онемение в области предплечья, плечевого сустава, заболевания ротовой полости (стоматит, глоссит); инфильтраты на лице, паротит; периферический паралич лицевого нерва.

В — интенсивные головные боли; карбункул.

Нахождение точки: при согнутой в локтевом суставе руке.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—7 (20) мин.

8П ся-лянь («малая цена»)

Локализация: ниже точки 11П цюй-чи на 4 цуня или выше 7П вэнь-лю на 2 цуня в мышечной борозде.

Т. А.: у лучевого края лучевой кости в области короткого лучевого разгибателя кисти, где распределены ветви лучевой артерии, лучевой и тыльный кожный нервы предплечья.

Показания: А — нарушение перистальтики кишечника, расстройства пищеварения, урчание в животе, диспепсия, стул с кровью; бронхиальная астма, бронхит, плеврит, туберкулез легких.

Б — боли в области локтевого сустава и предплечья, боль вокруг пупка.

В — головная боль, головокружение, боль в глазах; боли в области сердца; неврозы, паралич сфинктеров мочевого пузыря; гематурия, почечные кодики, поллакиурия; мастит, гемиплегия.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 3—6 (20) мин.

9П шан-лянь («большая цена»)

Локализация: ниже 11П цюй-чи на 3 цуня, у лучевого края лучевой кости.

Т. А.: в этой области распределены ветви лучевой артерии, лучевой нерв, иннервирующий мышцы этой области, и тыльный кожный нерв предплечья.

Показания: А — урчание и боль в животе, спазмы кишечника, бронхиальная астма, бронхит, плеврит, туберкулез легких.

Б — ломящая боль в области плечевого сустава и плеча, онемение и боль в тыльной поверхности предплечья; паралич верхней конечности.

В — головная боль, гемиплегия; паралич сфинктеров мочевого пузыря.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина 1,5 см, цзю 3—7 (20) мин.

10П шоу-сань-ли («три промежутка на руке»)

Локализация: ниже 11П цюй-чи на 2 цуня, у лучевого края лучевой кости.

Т. А.: у заднего края длинного разгибателя кисти и у переднего края короткого лучевого разгибателя кисти. В этой области распределены ветви лучевой артерии, лучевой нерв и тыльный кожный нерв предплечья.

Показания: А — рвота, понос, непроизвольная дефекация.

Б — боли в зубах, боль и онемение в области плечевого сустава и плеча; лимфаденит шейной области; неврит лучевого нерва; опущение угла рта при периферическом и центральном парезе лицевого нерва.

В — головная боль, грипп, мастит; паротит; гемипарез, инсульт.

Нахождение точки: при согнутой в локтевом суставе руке, обращенной лучевой стороной кверху.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 3—7 (20) мин.

11П цюй-чи («извилистый пруд»)

Локализация: на середине расстояния между латеральным надмышечком и лучевым краем складок локтевого сгиба.

Т. А.: соответствует началу длинного лучевого разгибателя кисти и наружному краю плечелучевой мышцы. В этой области распределены лучевая возвратная артерия, лучевой нерв и тыльный кожный нерв предплечья.

Показания: А — нарушение перистальтики кишечника; плеврит, туберкулез легких, лимфаденит; тонзиллит;

Б — отек и боль в области предплечья, в локтевом суставе, в области плеча и лопатки, боли в суставах; паралич верхних конечностей;

В — головная боль, лихорадочные заболевания; межреберная невралгия; гемиплегия; неврастения; гипертоническая болезнь; крапивница; зоб; анемия, аменорея.

Нахождение точки: при согнутой под прямым углом в локтевом суставе руке, обращенной лучевой стороной кверху. Точка находится на краю складок в локтевом сгибе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2,5 см; цзю 3—7 (20) мин.

12П чжоу-ляо («угол руки»)

Локализация: у дистального конца наружного края плечевой кости, выше точки 11П цюй-чи на 1 цунь и немного кнаружи от нее.

Т. А.: соответствует началу плечелучевой мышцы, у наружного края трехглавой мышцы плеча. В этой области распределены лучевая околная артерия и тыльный кожный нерв плеча.

Показания: А — нет.

Б — тик и контрактура в области плеча и локтевого сустава; анестезия кожи плеча и локтевого сустава; ревматические артриты плечевого сустава; паралич верхних конечностей, спазмы и парестезии в области локтя.

В — нет.

Нахождение точки: при согнутой в локтевом суставе руке, обращенной лучевой стороной кверху. Точка находится прямо над точкой 11П цюй-чи.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 3—5 (10) мин.

13П шоу-у-ли («пять промежутков»)

Локализация: выше локтевого сгиба на 3 цуня (от точки 11П цюй-чи), кнутри от точки 12П чжоу-ляо.

Т. А.: у наружной поверхности лучевой кости и наружного края трехглавой мышцы плеча. Под точкой на лучевой кости расположена борозда, в которой находится лучевой нерв. В этой области распределены лучевая окольная артерия, наружный кожный нерв плеча и тыльный кожный нерв плеча.

Показания: А — пневмония, кашель.

Б — боль и затруднение движения в плечевом и локтевом суставах, боль в области предплечья; туберкулезный лимфаденит в области шеи.

В — повышенная сонливость; фобии; ревматизм.

Нахождение точки: при согнутой в локтевом суставе руке, лучевой стороной обращенной кверху.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5 см, цзю 7—10 (20) мин. Глубокий укол противопоказан.

14П би-нао («мышца руки»)

Локализация: выше локтевого сгиба на 7 цуней, на наружной стороне плечевой кости, у заднего края дельтовидной мышцы и у наружного края трехглавой мышцы плеча.

Т. А.: в этой области распределены задняя артерия, окружающая плечевую кость, подмышечный нерв и тыльный кожный нерв плеча.

Показания: А — нет.

Б — тоническое напряжение шейных и затылочных мышц, кривошея; боль и затруднение движения в плечевом суставе; туберкулезный лимфаденит в области шеи.

В — головная боль; глазные заболевания; лимфаденит в подмышечной впадине, гидраденит; гемиплегия.

Нахождение точки: определяется при согнутой в локтевом суставе руке, обращенной лучевой стороной кверху.

Техника: пункция под углом вверх, глубокий укол противопоказан. Глубина укола 0,5 см, цзю 7 мин.

15П цзянь-юй («ложе плеча»)

Локализация: между акромиальным отростком лопатки и большим бугром плечевой кости, где при поднятии руки вверх образуется углубление.

Т. А.: на середине проекции дельтовидной мышцы. В этой области распределены задняя артерия, окружающая плечевую кость, надлопаточная артерия, грудино-акромиальная артерия, которая образует артериальную сеть, наружный кожный нерв плеча, отходящий от плечевого сплетения, и задний надключичный нерв.

Показания: А — нет.

Б — боль в области плечевого сустава и плеча, онемение в области плеча; контрактура и тик мышц затылочной области и плечелопаточной области, миозит и атрофия дельтовидной мышцы; паралич верхних конечностей.

В — кожные сыпи аллергического характера; гемиплегия; гипертоническая болезнь.

Нахождение точки: при приподнятой руке до горизонтальной плоскости.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 5—20 мин.

16П цзюй-гу («большая кость»)

Локализация: во впадине кнутри от ключично-лопаточного сочленения.

Т. А.: у края дельтовидной мышцы, где распределены ветви подмышечной артерии, ветви наружной поверхностной вены верхней конечности и надключичный нерв.

Показания: А — туберкулез, кровохарканье.

Б — боль в области наружной поверхности плеча и плечевого сустава с затруднением движения, плечевой плексит; зубная боль, боль в области нижней челюсти.

В — судороги у детей.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция под углом кнутри. Глубина укола 2 см, цзю 5—20 мин.

17П тьянь-дин («небесный треножник»)

Локализация: выше надключичной ямки, ниже точки 18П фу-ту на 1 цунь, на уровне нижнего края адамова яблока.

Т. А.: у заднего края нижней части грудино-ключично-сосцевидной мышцы, где распределены поверхностная шейная артерия, отходящая от щитовидно-шейного ствола, наружная яремная вена и шейные кожные нервы; расположение точки соответствует локализации диафрагмального нерва.

Показания: А — тонзиллит, ларингит, фарингит.

Б — боль и отек слизистой оболочки горла, ощущение инородного тела в гортани; внезапная потеря голоса; паралич мышц подъязычной области, затруднение глотания.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5 см, цзю 3—5 мин.

18П фу-ту («поддерживаемая выпуклость»)

Локализация: кнаружи от точки 9П жэнь-ин на 1,5 цуня (9П находится на уровне верхнего края щитовидного хряща).

Т. А.: в стороне от верхнего края щитовидного хряща, в центре проекции на кожу грудино-ключично-сосцевидной мышцы. В этой области распределены восходящая шейная артерия, отходящая от щитовидно-шейного ствола, шейные кожные нервы, добавочный нерв, под мышцей проходят внутренняя яремная артерия и блуждающий нерв.

Показания: А — бронхиальная астма, кашель.

Б — затруднение глотания, паралич подъязычной области; гипер- и гипосаливация.

В — внезапная потеря голоса; артериальная гипотония.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—1,5 см, цзю 3—5(10) мин.

19П хэ-ляо («ложе злаков»)

Локализация: на середине расстояния между крылом носа и краем верхней губы, кнаружи от 26XIV жэнь-чжун на 0,5 цуня.

Т. А.: соответствует собачьей ямке верхней челюсти в проекции квадратной мышцы верхней губы. В этой части распределены ветви наружной челюстной артерии, вены и II ветвь тройничного нерва.

Показания: А — нет.

Б — острый и хронический ринит, снижение обоняния, носовое

кровотечение, полипы слизистой оболочки носа, фурункул носа, паротит; периферический паралич лицевого нерва, так и контрактура жевательных мышц.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция под углом. Глубина укола 1 см, цзю 2 мин.

20II ин-сян («прием благоухания»)

Локализация: под точкой IVII цин-лин, на боковой борозде крыла носа.

Т. А.: соответственно части квадратной мышцы верхней губы и края грушевидного отверстия, где распределены подглазничная артерия, щечная ветвь лицевого нерва и подглазничный нерв (от II ветви V пары); в глубине располагается передняя лицевая артерия.

Показания: А — одышка.

Б — заложенность носа, полип носа, серозно-слизистые выделения и кровотечение из носа, потеря обоняния; инфильтрация, воспаление и зуд кожи лица; опущение угла рта при параличе периферического лицевого нерва.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя при прямом взгляде.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3—1 см, цзю противопоказан.

Меридиан III (желудка)

Меридиан парный, симметричный и центробежный, относится к системе ян. Начинается наружным ходом с середины нижнего края орбиты (рис. 38, а, б), где расположена первая точка воздействия III чэн-ци, далее идет вниз и доходит до центра десны верхней челюсти, огибает губу и соприкасается с противоположным меридианом III (желудка) в точке 26XIII жэнь-чжун, оставаясь на своей стороне. После этого меридиан идет к углу нижней челюсти (своей стороны), где в точке 5III да-ин (кпереди от угла нижней челюсти на 1,3 цуня) делится на два направления: головное, состоящее только из наружного хода, и туловищно-ножное, имеющее наружный и внутренний ходы.

Головное направление доходит до угла нижней челюсти, поднимается вверх, проходит кпереди от ушной раковины по передней волосистой части виска и доходит до лобной части головы, до точки 8III тоу-вэй (на 1,5 см кнутри от лобного угла волосистой части головы).

Туловищно-ножное направление от точки 5III да-ин спускается вниз на шею, проходит точку 9III жэнь-ин (кнаружи от верхнего края щитовидного хряща на 1,5 цуня), расположение которой соответствует пульсации общей сонной артерии, далее, дойдя до центра надключичной ямки в точке 12III цзю-пэнь (в центре надключичной ямки, у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы), делится на наружный и внутренний ходы меридиана.

Наружный ход туловищно-ножного направления идет по второй боковой линии груди, по второй боковой линии живота (по Чжу Лянь), доходит до точки 30III ци-чун (кверху и кнаружи от бугорка лобковой кости), где соединяется с ответвлением «внутреннего хода», и далее подходит к точке 31 III бигуань (в середине паховой складки), затем идет по нижней конечности соот-

ветственно средней линии передней поверхности ноги (по Чжу Лянь) и заканчивается в точке 45 III ли-дуй (на 0,3 см от наружного края корня ногтя II пальца стопы).

Наружный ход имеет два ответвления. Первое ответвление начинается в точке 42 III чун-ян (на тыле стопы, между суставами II—III клиновидных и II—III плюсневых костей) и доходит до точки IV инь-бай (на 0,3 см от внутреннего угла ногтя I пальца ноги), где связывается с меридианом IV (селезенки-поджелудочной железы). Второе ответвление начинается от точки 36 III цзу-сань-ли (ниже верхнего края латерального мышелка большеберцовой кости на 3 цуня, между передней большеберцовой мышцей и длинным разгибателем пальцев и доходит до наружной поверхности II пальца стопы).

Внутренний ход туловищно-ножного направления от точки 12 III цюэ-пэнь, расположенной в надключичной ямке, опускаясь внутрь, прободает диафрагму и доходит до желудка, «управляющего» данным меридианом, и связывается с селезенкой. Имеет одно ответвление, которое начинается от привратника желудка, спускается вниз в брюшную полость и доходит до точки 30 III ци-чун, где и соединяется с наружным ходом.

На меридиане III точек воздействия 45:

1—чэн-ци, 2—сы-бай, 3—цзюй-ляо, 4—ди-цан, 5—да-ин, 6—цзя-чэ, 7—ся-гуань, 8—тоу-вэй, 9—жэнь-ин, 10—шуй-ту, 11—ци-шэ, 12—цюэ-пэнь, 13—ци-ху, 14—ку-фан, 15—у-и, 16—ин-чуан, 17—жу-чжун, 18—жу-гэнь, 19—бу-жун, 20—чэн-мань, 21—лян-мэнь, 22—гуань-мэнь, 23—тай-и, 24—хуа-жоу-мэнь, 25—тянь-шу, 26—вай-лин, 27—да-цзюй, 28—шуй-дао, 29—гуй-лай, 30—ци-чун, 31—би-гуань, 32—фу-ту, 33—инь-ши, 34—лян-цю, 35—ду-би, 36—цзу-сань-ли, 37—шан-цзюй-сюй, 38—тяо-коу, 39—ся-цзюй-сюй, 40—фэн-лун, 41—цзе-си, 42—чун-ян, 43—сянь-гу, 44—нэй-тин, 45—ли-дуй.

Стандартные пункты меридиана III:

тонизирующая точка 41 III цзе-си;
седативная точка 45 III ли-дуй;
точка-пособник 42 III чун-ян;
стабилизирующий ло-пункт к меридиану IV (селезенки-поджелудочной железы) 40 III фэн-лун;
сочувственная точка 21 VII вэй-шу;
точка-глашатай 12 XIV чжун-вань.

Показания

к использованию меридиана III (желудка)

А: боли в подложечной области, в области подреберья, пупка и внизу живота; отрыжка, метеоризм, запор; язва желудка, гастроэнтерит, диспепсия; урчание в животе, рвота, понос; анорексия.

Б: головная боль, зубная боль, межреберная невралгия, боли в грудных железах, боли в области передней брюшной стенки, передней поверхности бедра, коленного сустава, голени и тыла стопы; онемение и похолодание в области бедра, колена и голени; отеки в области лица, припухлость тыла стопы; неврит лицевого нерва, воспалительные процессы: синуситы, гонит, артриты суставов стопы.

В: эпилепсия, маниакальное и депрессивное состояния; заболевания органов дыхания, горла и гортани; заболевания наружных половых органов; гинекологические расстройства; артериальная гипертония.

Точки воздействия меридиана III (желудка)

III чэн-ци («средоточие слез»)

Локализация: под зрачком на середине нижнего края орбиты.

Т. А.: соответствует части круговой мышцы глаза, где распределены подглазничная артерия и подглазничный нерв.

Показания: А — нет.

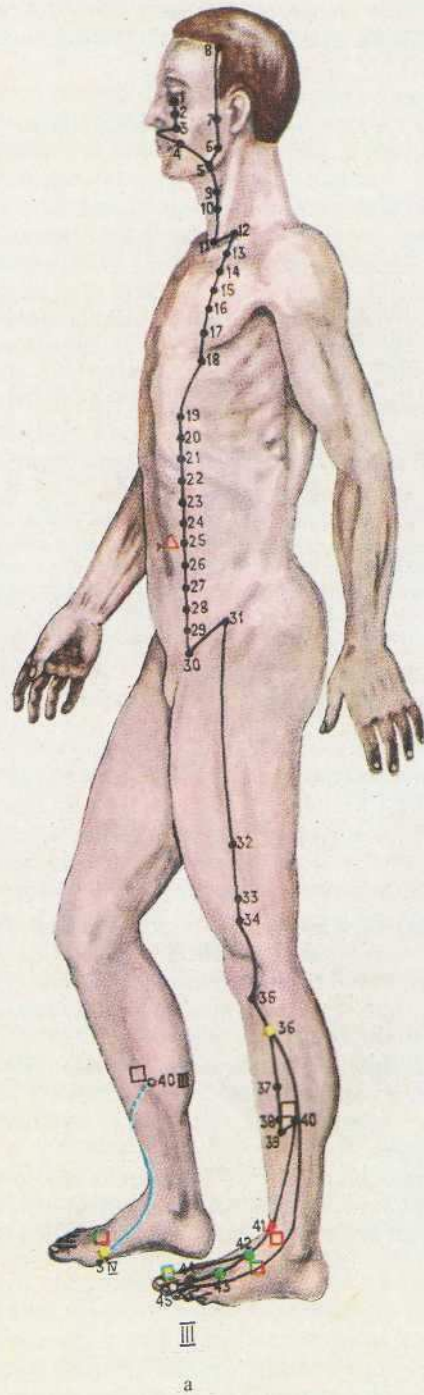
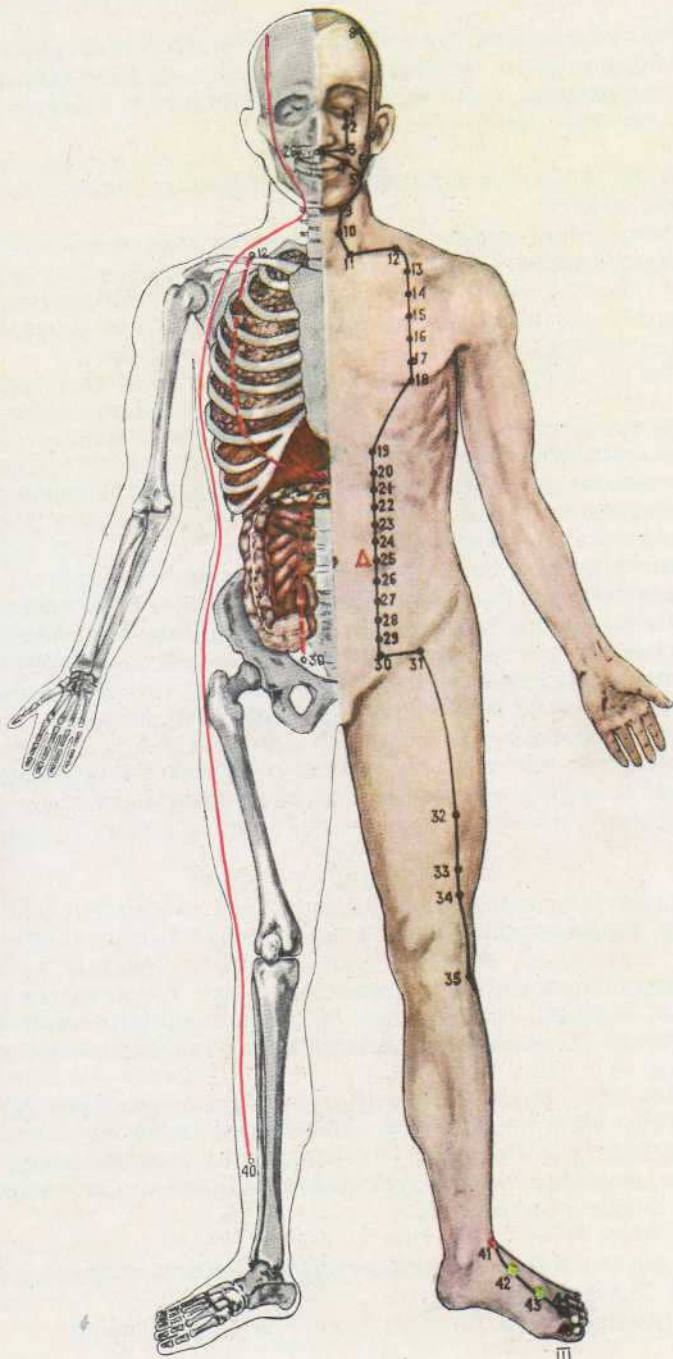


Рис. 38. а — проекция меридиана III (желудка) на боковой поверхности тела человека;

1—чэн-ци; 2—сы-бай; 3—цзюй-ляо; 4—ди-цан; 5—да-ин; 6—цзя-чэ; 7—ся-гуань; 8—тоу-вэй; 9—жэнь-ин; 10—шуй-ту; 11—ци-шэ; 12—цюэ-пэнь; 13—ци-ху; 14—ку-фан; 15—у-и; 16—ин-чжуан; 17—жу-чжун; 18—жу-гэнь; 19—бу-жун.



6

6 — проекция меридиана III (желудка) на передней поверхности тела человека.
 20—чэн-мань; 21—лянь-мэнь; 22—гуань-мэнь; 23—тай-и; 24—хуа-жоу-мэнь; 25—тянь-шу; 26—вай-лин; 27—да-цзюй;
 28—шуй-дао; 29—гуй-лай; 30—ши-чун; 31—би-гуань; 32—фу-ту; 33—инь-ши; 34—лян-цзо; 35—ду-би; 36—цзу-сань-ли;
 37—шан-цзюй-сюй; 38—тяо-коу; 39—ся-цзюй-сюй; 40—фэн-луи; 41—цзе-си; 42—чун-ян; 43—сянь-гу; 44—нэй-тин;
 45—ли-дуй.

Б — резкая головная боль в лобной области, спазмы век; последствия периферического паралича лицевого нерва, тик и контрактура мышц рта; кератит, конъюнктивит, миопия, атрофия зрительного нерва, слезотечение; тики мышц верхнего века.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя при прямом взгляде, под зрачком у нижнего края орбиты.

Техника: согласно древнекитайским источникам, чжень и цзю в этой точке противопоказаны, однако в последние годы эту точку используют с эффектом, подобным тому, который получают при воздействии на точку 1 VII цин-мин. Пользуются тонкой иглой, после введения оставляют только на $\frac{1}{2}$ мин. Глубина укола 0,2 см, цзю противопоказано.

2 III сы-бай («четыре белизны»)

Локализация: ниже точки 1 III чэн-ци на 1 см по вертикальной линии.

Т. А.: у нижнего края орбиты, соответствует подглазничному отверстию, в области проекции круговой мышцы глаза, где распределены подглазничная артерия и подглазничный нерв.

Показания А — нет.

Б — головная боль, головокружение; зубная боль, боль в верхней челюсти, невралгия тройничного нерва; периферический паралич лицевого нерва, птоз верхнего века, тики мышц верхнего века; ринит, гайморит; кератит, глаукома, миопия, лейкома, зуд в конъюнктиве.

В — нарушение речи неафатического характера.

Нахождение точки: см. 1 III чэн-ци.

Техника: пункция вертикальная или косая. По некоторым данным, глубокий укол ведет к изменению цвета глаза в сине-желтоватый цвет. Глубина укола 0,3 см, цзю 3—5 мин.

3 III цзюй-ляо («большая кость»)

Локализация: на одной вертикальной линии с точкой 2 III сы-бай и на горизонтальной линии с точкой 26 XIV жэнь-чжун.

Т. А.: в носогубной складке, соответствует передней части верхней челюсти, части квадратной мышцы верхней губы у корня первого коренного зуба. В этой области распределено разветвление наружной челюстной артерии, проходят щечная ветвь лицевого нерва и подглазничный нерв.

Показания: А — нет.

Б — зубная боль, невралгия тройничного нерва; периферический паралич лицевого нерва, тик и контрактура мимических мышц; кератит, глаукома, миопия, лейкома, слезотечение, птоз верхнего века; ринорея, гнойный гайморит, носовое кровотечение, воспалительные процессы в подчелюстной области и в области щеки и губ;

В — нет.

Нахождение точки: на месте пересечения вышеуказанных линий от точек 2 III сы-бай и 26 XIV жэнь-чжун.

Техника: пункция косая. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

4 III ди-цан («земная кладовая»)

Локализация: кнаружи от угла рта на 1 см.

Т. А.: соответствует части круговой мышцы рта, где распределены II и III ветви тройничного нерва и щечная ветвь лицевого нерва, в глубине проходит наружная челюстная артерия.

Показания: А — нет.

Б — невралгия тройничного нерва, зубная боль; периферический паралич лицевого нерва, тик и контрактура мимических мышц вокруг рта и в области глаз.

В — снижение сумеречного зрения.

Нахождение точки: на линии от центра глаза и кнаружи от угла рта на 1 см.

Техника: направление укола почти горизонтальное, конец иглы направлен к точке 6III цзя-чэ. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

5III да-ин («большой прием»)

Локализация: кпереди от угла нижней челюсти на 1,3 цуня, где прощупывается пульсация артерии.

Т. А.: соответствует нижней части 3-го коренного зуба нижней челюсти, переднему краю места прикрепления жевательной мышцы, кнаружи от наружной челюстной артерии. В этой области распределены нижняя ветвь лицевого нерва, III ветвь тройничного нерва и большой ушной нерв.

Показания: А — нет.

Б — зубная боль, невралгия тройничного нерва; периферический паралич лицевого нерва, тик и контрактура мимических мышц вокруг рта, опущение угла рта; контрактура мышц шеи; тик глазных мышц, глазные болезни.

В — дизартрия, афония; инфильтрат в области щеки, отек лица.

Нахождение точки: определяется на боковой поверхности нижней челюсти; при закрытом рте точка находится в борозде, образованной краем нижней челюсти и передним краем жевательной мышцы, где пальпируется пульсация артерии.

Техника: пункция косая кпереди или кзади с тем, чтобы избежать попадания в артерию. Глубина укола 1 см, цзю 3(15) мин.

6III цзя-чэ («ось щеки»)

Локализация: кпереди и кверху от угла нижней челюсти, где пальпируется углубление.

Т. А.: соответствует прикреплению жевательной мышцы, здесь же расположена околоушная железа. В этой области распределены артерия жевательной мышцы, III ветвь тройничного нерва и большой ушной нерв.

Показания: А — нет.

Б — боль зубов нижней челюсти, невралгия тройничного нерва; боль и напряжение затылочных и шейных мышц, кривошея; периферический паралич лицевого нерва, тик и контрактура мимических мышц вокруг рта.

В — охриплость голоса, расстройство речи; гемиплегия, тетраплегия; струма.

Нахождение точки: при открытом рте на месте точки видно углубление.

Техника: пункция косая или вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 3—7(20) мин.

7III ся-гуань («нижнее закрытие»)

Локализация: кпереди от суставного отростка нижней челюсти, во впадине, которая образуется нижним краем скуловой дуги и вырезкой нижней челюсти.

Т. А.: в этой области подкожно располагается околоушная железа, глубже — жевательная мышца, распределены поперечная лицевая артерия,

отходящая от поверхностной височной артерии, скуловая ветвь лицевого нерва, околушное сплетение лицевого нерва и III ветвь тройничного нерва.

Показания: А — нет.

Б — боль зубов верхней челюсти, невралгия тройничного нерва; альвеолярная пиорея; вывих суставного отростка нижней челюсти; периферический паралич лицевого нерва, птоз верхнего века, опущение угла рта; шум в ушах, глухота, отит;

В — головокружение; истерический тризм.

Нахождение точки: при закрытом рте находится впереди от козелка уха, ниже скуловой дуги, где пальпируется углубление.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю противопоказано.

8III тоу-вэй («хранитель головы»)

Локализация: в углу лба, в волосистой части головы, на 4,5 цуней от точки 24XIII шэнь-тин или на 1,5 см от лобного угла волосистой части головы в височной впадине. (При надавливании на эту точку может возникать ломота во всей половине головы.)

Т. А.: соответствует верхнему краю височной мышцы, где распределены лобная ветвь поверхностной височной артерии, височная ветвь лицевого нерва и III ветвь тройничного нерва.

Показания: А — нет.

Б — сильная ломящая головная боль, боль в глазу, невралгия I ветви тройничного нерва; мигрень; слезотечение, понижение остроты зрения, конъюнктивит; периферический паралич лицевого нерва.

В — гемипарез; головокружение.

Нахождение точки: в положении больного сидя. При жевании пальпируется верхний край височной мышцы. На этом уровне кзади на 1,5 см от передней границы волос пальпируется впадина, где находится точка.

Техника: пункция под углом книзу. Глубина укола 1,5 см, цзю противопоказано.

9III жэнь-ин («прием человека»)

Локализация: на уровне верхнего края щитовидного хряща, впереди от переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Т. А.: расположена на месте пересечения переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы и верхнего края щитовидного хряща; в этом месте общая сонная артерия делится на внутреннюю и наружную, кнаружи идет нисходящая ветвь подъязычного нерва, кзади от этой точки проходит блуждающий нерв. В этой области распределены шейные кожные нервы.

Показания: А — нет.

Б — острый тонзиллит, ларингит, абсцесс горла и гортани, инфильтраты на шее.

В — артериальная гипертония; одышка, чувство удушья, заболевания легких.

Нахождение точки: в положении больного сидя.

Техника: пункция вертикальная, при уколе избегать повреждения артерии. Глубина укола 0,5—1 см, цзю противопоказано.

10III шуй-ту («водопровод»)

Локализация: ниже точки 9III жэнь-ин, выше точки 11III ци-шэ, кнаружи от нижнего края щитовидного хряща, у переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Т. А.: в этой области проходят общая сонная артерия, блуждающий нерв, нисходящая ветвь подъязычного нерва, распределяются шейные кожные нервы.

Показания: А — нет.

Б — абсцесс горла и гортани, затруднение глотания.

В — кашель и одышка, бронхиальная астма; тонзиллит, фарингит; коклюш.

Нахождение точки: в положении больного сидя.

Техника: пункция косая, несколько кнутри. Глубина укола 1 см, цзю 3—5(10) мин.

11Ш ци-шэ («жилище воздуха»)

Локализация: в сторону от точки 22XIV тянь-ту на 1,5 цуня.

Т. А.: у верхнего края грудинного конца ключицы, между грудинной и ключичной головками грудино-ключично-сосцевидной мышцы. В глубине этой области проходят общая сонная артерия, блуждающий нерв и пограничный симпатический ствол, распределены шейные кожные нервы.

Показания: А — нет.

Б — напряжение затылочных и шейных мышц.

В — туберкулезный лимфаденит; бронхиальная астма, кашель, одышка, бронхит, тонзиллит.

Нахождение точки: на прямой линии ниже 9Ш жэнь-ин.

Техника: пункция под углом кнутри. Глубина укола 1 см, цзю 3—5(10) мин.

12Ш цюэ-пэнь («впадина чашечки»)

Локализация: в центре надключичной ямки, у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Т. А.: у верхнего края ключицы. В этой области распределены поперечная артерия лопатки, надключичный нерв, в глубине проходит подключичная артерия.

Показания: А — функциональные желудочные расстройства.

Б — боль в надключичной области, боли в грудной клетке; миозит мышц шейно-плечевой области; межреберная невралгия.

В — тонзиллит; шейный лимфаденит; бронхиальная астма, кашель, плеврит; нарушение сна, раздражительность.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубокий укол противопоказан. Глубина укола 0,5 см, цзю 3—5(10) мин.

13Ш ци-ху («очаг воздуха»)

Локализация: под ключицей, в сторону от средней линии груди на 4 цуня.

Т. А.: в месте сближения ключицы и I ребра. В этой области поверхностно располагается большая грудная мышца, а в глубине — подключичная мышца; распределены верхняя межреберная артерия, передний грудной, подключичный надключичный нервы.

Показания: А — анорексия, икота, спазм диафрагмы, anosmia.

Б — боли в груди и в области спины.

В — одышка, непрерывный кашель, бронхиальная астма, плеврит, хронический бронхит, усиленное потоотделение.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 5 мин.

14Ш ку-фан («комната сокровища»)

Локализация: ниже точки 13Ш ци-ху в первом межреберье.

Т. А.: соответствует большой грудной мышце и межреберным мышцам, лежащим в глубине, где распределены межреберная артерия, передний грудной и межреберные нервы.

Показания: А — нет.

Б — боли в груди, межреберная невралгия.

В — плаксивость, пневмония, бронхит, кашель с выделением мокроты, одышка.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 5—20 мин.

15Ш у-и («комнатная ширма»)

Локализация: точка находится ниже точки 13Ш ци-ху, во втором межреберье.

Т. А.: та же, что и у точки 14Ш ку-фан.

Показания: А — нет.

Б — боль в молочной железе, межреберная невралгия.

В — кашель, бронхит, одышка, бронхиальная астма.

Нахождение точки: в положении больного лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 5—20 мин.

16Ш ин-чуан («прочное окно»)

Локализация: точка расположена ниже 13Ш ци-ху, в третьем межреберье.

Т. А.: см. 14Ш ку-фан.

Показания: А — метеоризм с нарушением перистальтики кишечника и с горьким привкусом во рту, урчание в животе, понос.

Б — мастит; межреберная невралгия.

В — кашель, одышка, ощущение удушья, бронхиальная астма, эмфизема легких.

Нахождение точки: в положении больного лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 5—20 мин.

17Ш жу-чжун («центр соска груди»)

Локализация: в центре соска, в четвертом межреберье.

Т. А.: в этой области распределены межреберная артерия, передний грудной и межреберные нервы.

Показания: А — нет.

Б — воспаление и свищ молочной железы; гиполактия.

В — нет.

Нахождение точки: в положении больного лежа на спине.

Техника: пункция и цзю противопоказаны.

18Ш жу-гэнь («основание грудной железы»)

Локализация: в пятом межреберье, на второй боковой линии груди (кнаружи от средней линии на 4 цуня).

Т. А.: в этой области распределены межреберная артерия, передний грудной и межреберные нервы.

Показания: А — икота, отрыжка, анорексия.

Б — межреберная невралгия, боль в плече; мастит, гиполактия.
В — кашель, одышка, чувство удушья в нижней части груди, плеврит.
Нахождение точки: в положении лежа на спине.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 10—20 мин.

19III бу-жун («отсутствие воздуха»)

Локализация: точка находится кнаружи от средней линии живота на 2 цуня (вторая боковая линия), на 6 цуней выше пупка, у нижнего края прикрепления хряща VIII ребра (на уровне 14XIV цзюй-цюе).

Т. А.: в области проекций прямой мышцы живота, где расположены поверхностная верхняя эпигастральная артерия и межреберные нервы.

Показания: А — расширение желудка, боль в подложечной области; рвота с кровью, диарея; анорексия.

Б — межреберная невралгия.

В — заболевания печени; сердечная астма; кашель, одышка, бронхиальная астма, заболевания легких.

Нахождение точки: в положении больного лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 10—30 мин.

20III чэн-мань («восприятие полноты»)

Локализация: ниже точки 19III бу-жун на 1 цунь, на уровне точки 13XIV шан-вань, на 5 цуней выше пупка.

Т. А.: та же, что и у точки 19III бу-жун.

Показания: А — сильная боль в подреберье, спазмы желудка, кишечника, урчание и метеоризм, понос, кровавая рвота, спазм диафрагмы; анорексия.

Б — межреберная невралгия.

В — одышка, кашель.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 10—30 мин.

21III лян-мэнь («врата перекрестка»)

Локализация: выше пупка на 4 цуня, на уровне точки 12XIV чжун-вань на второй боковой линии живота.

Т. А.: та же, что и у точки 19III бу-жун.

Показания: А — ощущение распирания в подреберье, боли в желудке; острый и хронический гастрит, язва желудка; понос, спастические боли в кишечнике, рвота, диспепсия, понижение аппетита.

Б и В — нет.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 10—30 мин.

22III гуань-мэнь («закрытая дверь»)

Локализация: на 3 цуня выше пупка, на второй боковой линии живота, на уровне точки 11XIV цзянь-ли.

Т. А.: соответствует второй сухожильной перемычке прямой мышцы живота. В этой области распределены поверхностная верхняя эпигастральная артерия и межреберные нервы.

Показания: А — острый гастрит, спазм желудка, диспепсия, гастроэнтерит, отсутствие аппетита; кишечная колика, нарушение перистальтики кишечника, запор, понос.

Б — нет.

В — ночной энурез; асцит.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 10—30 мин.

23III тай-и («очень большой подарок»)

Локализация: на второй боковой линии живота, на 2 цуня выше пупка, на уровне точки 10XIV ся-вань.

Т. А.: соответствует прямой мышце живота, где распределены поверхностная верхняя эпигастральная артерия и межреберные нервы. В брюшной полости эта точка проецируется на поперечную ободочную кишку.

Показания: А — гастрит, спазм желудка, метеоризм, диспепсия, урчание в животе, кишечная колика.

Б — нет.

В — тревожное и депрессивное состояние; ночной энурез.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 10—30 мин.

24III хуа-жоу-мэнь («дверь смазывающей подкладки»)

Локализация: на второй боковой линии, на 1 цунь выше пупка, на уровне точки 9XIV шуй-фэнь.

Т. А.: соответствует прямой мышце живота, где распределены поверхностная верхняя эпигастральная артерия и межреберные нервы.

Показания: А — хронический гастроэнтерит, рвота, боли в желудке.

Б — глоссит, воспаление подъязычной области, абсцесс в области языка.

В — эпилепсия, маниакальное состояние; асцит; нефрит; эндометрит, нарушение менструального цикла.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 10—30 мин.

25III тянь-шу («небесная петля»)

Локализация: в сторону от пупка на 2 цуня.

Т. А.: в этой области располагается влагалище переднего листка прямой мышцы живота, под которым находится прямая мышца живота, распределены поверхностная нижняя эпигастральная артерия и межреберные нервы.

Показания: А — рвота и понос, диспепсия, дизентерия, урчание и метеоризм, запор, паралитическое состояние тонкого кишечника; острый и хронический гастрит.

Б — нет.

В — холецистит; нефрит, задержка мочи, отеки, асцит; эндометрит, нарушение менструального цикла.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Цзю эффективно при лечении детских хронических заболеваний. Глубина укола 2 см, цзю 10—30 мин.

26III вай-лин («наружный бугорок»)

Локализация: ниже пупка на 1 цунь, на второй боковой линии живота, на уровне точки 7XIV инь-цзяо.

Т. А.: та же, что и у точки 24III хуа-жоу-мэнь.

Показания: А — неприятные ощущения в подложечной области, сопровождающиеся болью в пупке; кишечная колика, боли в животе, боли внизу живота; спазмы, дискинезии кишечника.

Б — спазмы прямой брюшной мышцы при судорогах, боль при грыжах;

В — нет.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2,5—3 см, цзю 10—30 мин.

27Ш да-цзюй («большое явление»)

Локализация: ниже пупка на 2 цуня, на второй боковой линии живота, на уровне 5XIV ши-мэнь.

Т. А.: та же, что у точки 26Ш вай-лин.

Показания: А — боли внизу живота, вздутие живота, запор, кишечная колика.

Б — спазм прямых мышц живота, боли при грыжах.

В — частое болезненное мочеиспускание, задержка мочи; поллюции, ранняя эякуляция; астеническое и тревожное состояние, нарушение сна; гемиплегия.

Нахождение точки: в положении больного лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола до 2,5—3 см, цзю 10—30 мин.

28Ш шуй-дао («дорога воды»)

Локализация: ниже пупка на 3 цуня, на второй боковой линии живота, на уровне точки 4XIV гуань-юань.

Т. А.: соответствует наружному краю нижнего отдела прямой мышцы живота. В этой области распределены поверхностная нижняя эпигастральная артерия, XII межреберный нерв и подвздошно-подчревный нерв.

Показания: А — гастрит, вздутие нижней части живота, кишечная колика, выпадение прямой кишки.

Б — нет.

В — задержка мочи, нефрит, цистит; боль наружных половых органов; эндометрит, нарушение менструального цикла, воспаление яичка, эпидидимит.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2,5—3 см, цзю 10—30 мин.

29Ш гуй-лай («дорога возраста»)

Локализация: ниже пупка на 4 цуня, на второй боковой линии живота, на уровне точки 3XIU чжун-цзи.

Т. А.: на уровне нижнего отдела прямой мышцы живота. В этой области распределены поверхностная нижняя эпигастральная артерия и подвздошно-подчревный нерв.

Показания: А — боли в животе спазматического характера, ощущение подпирания ниже диафрагмы.

Б — нет.

В — втяжение яичка, опухание и боль наружных половых органов; эпидидимит, бели, воспаление яичков, аменорея.

Нахождение точки: в положении лежа на спине. Точка расположена выше края лобковой кости на 1 цунь.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—3 см, цзю 10—30 мин.

30Ш ци-чун («вызов энергии»)

Локализация: у верхнего края лобковой кости, кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, на уровне точки 2XIV цюй-гу.

Т. А.: в этой области распределены поверхностная артерия, окружающая подвздошную кость, поверхностная нижняя эпигастральная артерия, подвздошно-подчревный нерв и подвздошный паховый нерв.

Показания: А — ощущение подпирания ниже диафрагмы, расстройства пищеварения, метеоризм.

Б — боли в пояснице.

В — боль в половом члене, яичках, импотенция; функциональные и воспалительные болезни яичников, матки; функциональная стерильность; акушерские затруднения — нарушение раскрытия шейки матки, задержка отхождения последа.

Нахождение точки: в положении больного лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 5—10 мин.

31Ш би-гуань («барьер бедра»)

Локализация: кпереди и книзу от большого бугра бедренной кости, между портняжной мышцей и мышцей, натягивающей широкую фасцию бедра, выше прямой мышцы бедра.

Т. А.: в этой области распределены латеральная артерия, окружающая бедренную кость, мышечная ветвь бедренного нерва и пояснично-паховый нерв.

Показания: А — нет.

Б — онемение кожи бедра, боль в пояснице; спазм и судороги мышц бедра, паралич нижних конечностей; паховой лимфаденит.

В — болезнь бери-бери; боли в области ануса.

Нахождение точки: в положении лежа на спине, она локализуется в паховой складке, на линии, проведенной от 30Ш ци-чун до 32Ш фу-ту, которая находится выше верхнего края коленной чашечки на 6 цуней.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 10—20 мин.

32Ш фу-ту («поддерживающий выступ»)

Локализация: выше верхнего края коленной чашечки на 6 цуней.

Т. А.: соответствует брюшку прямой мышцы бедра, где распределены ветви латеральной артерии, окружающей кость, мышечная и передняя кожная ветви бедренного нерва.

Показания: А — метеоризм.

Б — боль в пояснице и тазобедренном суставе, боль в области коленного сустава и нижних конечностей; переохлаждение ступней, судороги нижних конечностей.

В — заболевания матки; крапивница; болезнь бери-бери.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 10—20 мин.

33Ш инь-ши («неизвестный путь»)

Локализация: выше верхнего края коленной чашки на 3 цуня.

Т. А.: между прямой мышцей бедра и латеральной широкой мышцей бедра, где распределены нисходящая ветвь латеральной артерии, окружающей бедренную кость, мышечная и передняя кожная ветви бедренного нерва.

Показания: А — боли в нижней части живота, асцит, боли в желудке, метеоризм.

Б — боли в ногах и коленном суставе, нарушение двигательной функции в поясничной области, судороги нижних конечностей.

В — частое болезненное мочеиспускание; расстройства менструального цикла; диабет.

Нахождение точки: в положении лежа на спине, посередине между точкой 32III фу-ту и верхним краем коленной чашечки.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 15—20 мин.

34III лян-цю («вершина холма»)

Локализация: выше верхнего края коленной чашки на 2 цуня.

Т. А.: находится впереди и снаружи от бедренной кости, между прямой мышцей бедра и латеральной широкой мышцей бедра, где распределены нисходящая ветвь латеральной артерии, окружающей бедренную кость, мышечная и передняя кожная ветви бедренного нерва.

Показания: А — тяжесть в желудке, болезненное напряжение в эпигастриальной области, диспепсия, диарея.

Б — ограничение подвижности в коленном суставе, туберкулезный артрит коленного сустава, гонит; боли в пояснице, анестезия кожи нижних конечностей, слабость в них; боль в области соска, мастит;

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя, с согнутой в коленном суставе ногой, при этом в области точки пальпируется небольшое углубление.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—7 мин.

35III ду-би («нос теленка»)

Локализация: у верхнего края большеберцовой кости, во впадине снаружи от коленно-чашечной связки, на уровне нижнего края коленной чашечки.

Т. А.: в этой области расположена артериальная сеть коленного сустава. Здесь распределены передняя кожная ветвь бедренного нерва, суставные ветви большеберцового и общего малоберцового нервов.

Показания: А — нет.

Б — боли и ограничения движений в коленном суставе, гонит.

В — болезнь бери-бери.

Нахождение точки: в положении сидя, с согнутой в коленном суставе ногой.

Техника: пункция под углом кнутри. Глубина укола 1 см, цзю 10—20 мин.

36III цзу-сань-ли («три промежутка на ноге»)

Локализация: ниже верхнего края латерального мышцелка большеберцовой кости на 3 цуня, у наружного края передней большеберцовой мышцы.

Т. А.: в верхней части большеберцовой кости, ниже и кнутри от суставной поверхности головки малоберцовой кости, между передней большеберцовой мышцей и длинным разгибателем пальцев, где распределены передняя большеберцовая артерия, глубокий малоберцовый нерв, передняя кожная ветвь бедренного нерва и наружный малоберцовый кожный нерв.

Показания: А — нарушения функции желудка, распирающая боль в животе и подложечной области, гастрит, язва двенадцатиперстной кишки и желудка; урчание в животе, запор, рвота с поносом, диспепсия, икота, понижение аппетита.

Б — ревматический артрит коленного сустава, гипотония или гипертония мышц нижних конечностей; паралич и слабость в ногах; заболевания глаз; головная боль; заболевания полости рта.

В — артериальная гипертония, бессонница, головокружение; эпилепсия; атеросклероз; недержание мочи, задержка мочи, лихорадочные заболевания.

Нахождение точки: в положении сидя, с согнутой в коленном суставе ногой. При выборе точки рекомендуется положить ладонь на коленную чашечку больного, пальцы руки плотно прижимают к большеберцовой кости; кончик III пальца указывает на уровень точки 36III цзу-сань-ли, которая находится у наружного края передней большеберцовой мышцы.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2,5 см, цзю 7—20(50) мин.

37III шан-цзюй-сюй («верхняя ямка»)

Локализация: ниже точки 36III цзу-сань-ли на 3 цуня.

Т. А.: между большеберцовой и малоберцовой костями, снаружи от большеберцовой мышцы, где проходят передняя большеберцовая артерия и глубокий малоберцовый нерв. В этой области распределен латеральный икроножный кожный нерв.

Показания: А — боли внизу живота, боли вокруг пупка, хроническая диарея, урчание в животе; нарушения функции желудка и селезенки, понижение аппетита.

Б — опухание коленного сустава, боли в пояснице, затруднение стояния, нарушение чувствительной и двигательной функции нижних конечностей.

В — болезнь бери-бери.

Нахождение точки: в положении сидя, с согнутой в коленном суставе ногой.

Техника: пункция вертикальная, укол делают при приподнятой пятке. Глубина укола 1,5 см, цзю 5—20 мин.

38III тяо-коу («начало ветви»)

Локализация: ниже верхнего края латерального мышцелка большеберцовой кости на 8 цуней, т. е. ниже точки 37III шан-цзюй-сюй на 2 цуня.

Т. А.: между большеберцовой и малоберцовой костями среди длинного разгибателя пальцев и передней большеберцовой мышцы, где проходят передняя большеберцовая артерия и глубокий малоберцовый нерв и распределен латеральный икроножный кожный нерв.

Показания: А — нарушение функции желудка и кишечника.

Б — боли в голени и стопе, слабость нижних конечностей, спазматическая контрактура ног, отеки ног.

В — тонзиллит.

Нахождение точки: в положении сидя (можно и лежа на спине).

Техника: пункция вертикальная, укол делают при приподнятой пятке. Глубина укола 2 см, цзю 3—5 мин.

39III ся-цзюй-сюй («нижняя ямка»)

Локализация: ниже верхнего края латерального мышцелка большеберцовой кости на 9 цуней, в месте сближения передней большеберцовой мышцы и длинного разгибателя пальцев.

Т. А.: в этой области в глубине располагается длинный разгибатель I пальца, проходят передняя большеберцовая артерия и глубокий малоберцовый нерв.

Показания: А — ощущение жжения в желудке, боли внизу живота и в подреберье, запоры, метеоризм; дизентерия, гастроэнтероколит, кишечная колика, диспепсия, понижение аппетита.

Б — боль в груди, межреберная невралгия; миозит мышц ног, воспаление суставов стопы; абсцесс молочных желез, мастит.

В — болезнь бери-бери. Недостаточность кровообращения в головном мозге.

Нахождение точки: в положении сидя с опущенной ногой без упора.

Техника: пункция вертикальная, укол делают при приподнятой пятке. Глубина укола 1,5 см, цзю 5—20 мин.

40III фэн-лун («грациозный выступ»)

Локализация: выше центра латеральной лодыжки на 8 цуней, у наружного края брюшка передней большеберцовой мышцы, на уровне точки 38III тяо-коу, кзади от нее на 1 цунь.

Т. А.: в зоне точки распределены ветви передней большеберцовой артерии, глубокий малоберцовый нерв и латеральный икроножный кожный нерв.

Показания: А — боли в животе, затруднение дефекации, рвота, запор.

Б — нарушение двигательной и чувствительной функций нижних конечностей; головная боль.

В — гепатит, другие заболевания печени; боли в груди, одышка, кашель, обильное отделение мокроты, плеврит; головокружение; судороги, маниакальное состояние, эпилепсия; задержка мочи.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 5—15 мин.

41III цзе-си («свободная лощина»)

Локализация: на тыльном сгибе стопы, где пальпируется углубление.

Т. А.: между сухожилием длинного разгибателя I пальца и сухожилием разгибателя пальцев и соответствует месту прикрепления крестообразной связки, где распределены ветви передней большеберцовой артерии и поверхностный малоберцовый нерв.

Показания: А — вздутие живота, затруднение дефекации, запор, метеоризм; рвота, понос, пониженный аппетит.

Б — головная боль, лейкома, отек лица; двигательные и чувствительные нарушения в ноге, воспаление суставов стопы, отеки ноги, свисающая при ходьбе стопа.

В — ревматизм, эпилепсия.

Нахождение точки: в положении сидя, при разогнутом I пальце стопы. Можно ориентироваться на высоту латеральной лодыжки.

Техника: пункция вертикальная, несколько под углом, конец иглы направлен к пятке. Глубина укола 1 см, цзю 5—10 мин.

42III чун-ян («наплыв солнца»)

Локализация: на тыле стопы, между суставами II—III клиновидных и II—III плюсневых костей, на самой возвышенной части стопы.

Т. А.: располагается у наружного края сухожилия длинного разгибателя пальцев, где распределены тыльная артерия стопы, поверхностный малоберцовый нерв и медиальный кожный нерв стопы.

Показания: А — боли в желудке, рвота, метеоризм, понижение аппетита.

Б — отек лица, птоз века, опущение угла рта, зубная боль; слабость в ни-

жних конечностях; воспаление суставов ноги, покраснение и опухание в тыльной поверхности стопы, артроз шейки бедра.

В — маниакальное состояние, эпилепсия; гемиплегия.

Нахождение точки: впереди от щели, образованной головками II и III плюсневых костей, где пальпируется пульсация тыльной артерии стопы.

Техника: пункция вертикальная, укол толстой иглой противопоказан. Глубина укола 1 см, цзю не более 3 мин.

43III сянь-гу («ямка долины»)

Локализация: в межкостной щели между II и III плюсневых костями, кзади от плюснефалангового сустава.

Т. А.: в зоне точки расположены тыльная артерия стопы, отходящая от передней большеберцовой артерии; медиальный нерв стопы, отходящий от поверхностного малоберцового нерва.

Показания: А — урчание и боль в животе, кишечные колики, понос.

Б — отек лица, генерализованные отеки; отек и боль в области тыльной поверхности стопы, боль в пятке.

В — перемежающаяся лихорадка, ночные поты, асцит.

Нахождение точки: кзади от II и III плюснефаланговых суставов.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 5—10 мин.

44III нэй-тин («нижний зал»)

Локализация: впереди от II и III плюснефаланговых суставов.

Т. А.: находится снаружи от сухожилия короткого разгибателя II пальца, где распределены тыльная артерия пальцев, тыльный нерв пальцев, отходящий от поверхностного малоберцового нерва.

Показания: А — атония желудка, боли в желудке, понижение аппетита; жидкий стул и понос, кишечная колика, урчание в животе, дизентерия.

Б — головная боль, зубная боль, гингивит, тики и контрактура мимических мышц вокруг рта; спазм голосовых связок, спазм диафрагмы; серозно-слизистые выделения из носа, носовое кровотечение, тонзиллит; отек и боль тыльной поверхности стопы.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная или косая. Глубина укола 1,5 см, цзю 3—5 мин.

45III ли-дуй («строгое видоизменение»)

Локализация: на 0,3 см от наружного края корня ногтя II пальца стопы.

Т. А.: в этой области распределены тыльная артерия пальцев, отходящая от передней большеберцовой артерии; тыльный нерв пальцев, отходящий от поверхностного малоберцового нерва.

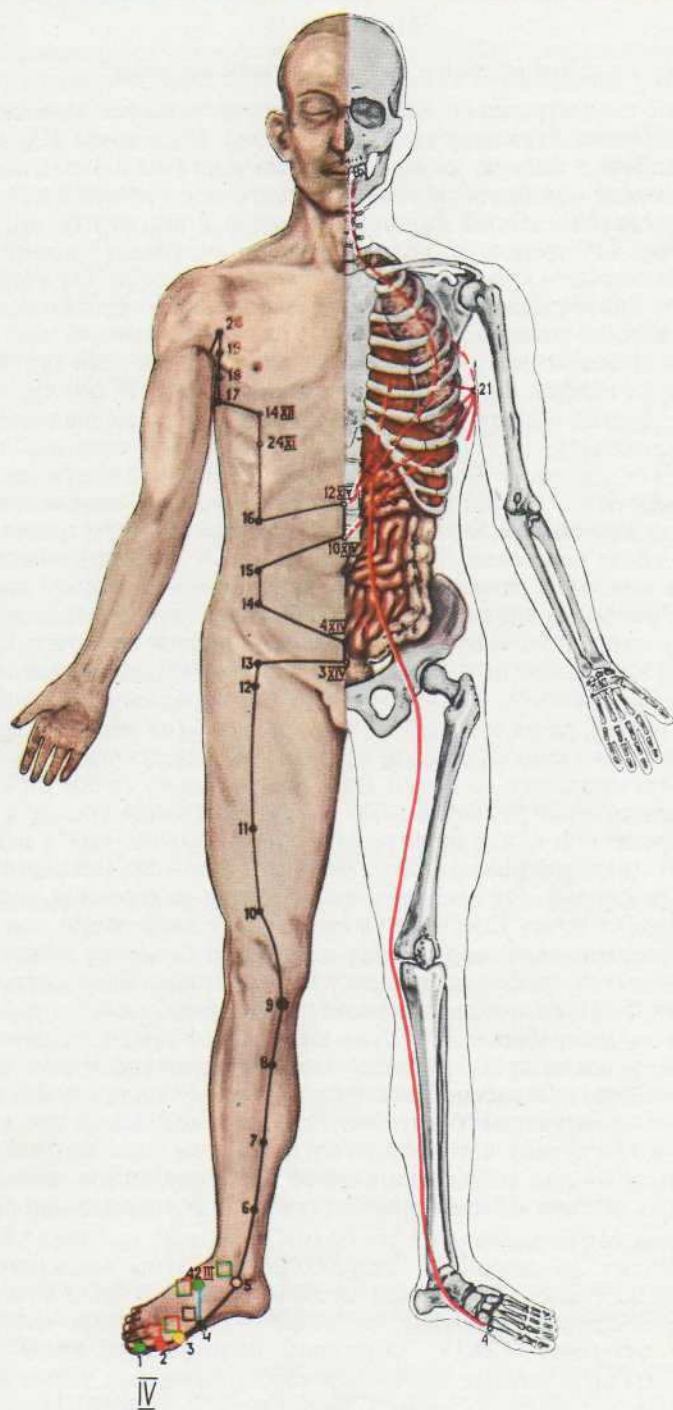
Показания: А — метеоризм, диспепсия, понижение аппетита.

Б — периферический паралич лицевого нерва, отек лица, опущение угла рта, тик и контрактура мимических мышц вокруг рта; носовое кровотечение, зубная боль, боль в горле, тонзиллит; охлаждение стопы и голени, боли в паховой области.

В — маниакальное состояние, эпилепсия, ночные кошмары; печеночные расстройства, асцит.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3 см, цзю 3—5 мин.



Меридиан IV (селезенки — поджелудочной железы).

Рис. 39.

1—инь-бай; 2—да-ду; 3—тай-бай; 4—гунь-сунь; 5—шан-цю; 6—сань-инь-цзяо; 7—лоу-гу; 8—ди-ци; 9—инь-лин-шоань; 10—сюе-хай; 11—ци-мэнь; 12—чун-мэнь; 13—фу-шэ; 14—фу-цзе; 15—да-хэн; 16—фу-ай; 17—ши-доу; 18—тянь-си; 19—сюн-сян; 20—чжоу-жун; 21—да-бао.

Меридиан IV

(селезенки — поджелудочной железы)

Меридиан симметричный, парный, центростремительный, относится к системе инь. Начинается наружным ходом (рис. 39) в точке 1IV инь-бай (на концевой фаланге I пальца, кнутри от корня ногтя на 0,3 см), проходит по внутреннебоковой поверхности плюснефалангового сустава I пальца и далее идет соответственно задней линии внутренней поверхности ноги (по Чжу Лянь) до точки 4IV гунь-сунь, находящейся на внутренней поверхности стопы, на передненижнем крае основания I плюсневой кости. От этой точки, оставляя линию для меридиана VIII (почек), меридиан IV идет к точке 5IV шанцю (расположенной кпереди и книзу от внутренней лодыжки) и от этой точки переходит на среднюю линию внутренней поверхности ноги (по Чжу Лянь), поднимается по голени, следуя этой линии до точки 7IV лоу-гу, локализуемой на внутренней поверхности голени выше центра медиальной лодыжки на 6 цуней, проходя до этого весьма важную точку 6IV сань-инь-цзяо. Далее идет к точке 8IV ди-ци (у заднего края большеберцовой кости, на 3 цуня дистальнее точки 9IV инь-лин-цюань), переходя уже на внутреннюю линию передней поверхности ноги (по Чжу Лянь), которая по счету третья линия, и в упомянутой точке пересекается с меридианом XII (печени). По этой линии поднимается вверх до точки 11IV цзи-мэнь (на медиальной поверхности бедра, выше верхнего края коленной чашки на 6 цуней). Потом меридиан переходит на переднюю брюшную стенку и доходит до точки 13IV фу-шэ (ниже точки 15IV да-хэн на 4,3 цуня). От нее идет к двум точкам меридиана XIV (переднесрединного); 3XIV чжун-ци (на переднесрединной линии, на 4 цуня ниже пупка), далее к точке 4XIV гуань-юань (на переднесрединной линии, на 3 цуня ниже пупка), отсюда опять возвращается на третью боковую линию живота, проходит до точки 14IV фу-цзе (ниже точки 15IV да-хэн на 1,3 цуня), поднимается до точки 15IV да-хэн (на одном уровне с пупком, в сторону от срединной линии живота на 4 цуня), и от нее опять переходит на меридиан XIV (переднесрединный) в точке 10XIV ся-вань (на передней линии, выше пупка на 2 цуня). От этой точки начинается внутренний ход, а наружный ход проходит точку 12XIV чжун-вань (на средней линии живота, выше пупка на 4 цуня) и снова возвращается на третью боковую линию живота и проходит точки 16IV фу-ай (на третьей боковой линии живота, выше 15IV да-хэн на 2 цуня), 24XI жи-юе (ниже точки 14XII ци-мэнь на 0,5 цуня), 14XII ци-мэнь (в шестом межреберье на 4 цуня кнаружи от средней линии живота). Далее возвращается на третью боковую линию груди (по Чжу Лянь) в точке 17IV ши-доу (пятое межреберье, кнаружи от средней линии груди на 6 цуней) и следует по ней до точки 20IV чжоу-жун (во втором межреберье, кнаружи от средней линии на 6 цуней), а от этой точки под углом спускается вниз и заканчивается наружный ход меридиана в точке 21IV да-бао (на средней подмышечной линии в шестом межреберье, на четвертой боковой линии груди).

Внутренний ход меридиана от точки 10XIV ся-вань проходит в брюшную полость, доходит до селезенки, «управляющей» этим меридианом, далее связывается с желудком. Имеет два ответвления, которые начинаются от желудка, проецируясь снаружи в точке 12XIV чжун-вань. Первое ответвление от точки 12XIV чжун-вань поднимается вверх, проходит диафрагму, легкие, повторяя наружный ход, и на уровне точки 20IV чжоу-жун делится на нисходящую ветвь, которая идет к точке 21IV да-бао, и восходящую, которая дальше продолжает подниматься вверх, проходя по боковой поверхности трахеи горла и гортани, и связывается с корнем языка, где радиально расходится. Второе ответвление, которое тоже начинается от

желудка, проецируясь снаружи в точке 12XIV чжун-вань, проходит диафрагму, доходит до сердца, где связывается с меридианом V (сердца).

На меридиане IV 21 точка воздействия:

1—инь-бай, 2—да-ду, 3—тай-бай, 4—гунь-сунь, 5—шан-цю, 6—сань-инь-цзяо, 7—лоу-гу, 8—ди-ци, 9—инь-лин-цюань, 10—сюе-хай, 11—цзи-мэнь, 12—чун-мэнь, 13—фу-шэ, 14—фу-цзе, 15—да-хэн, 16—фу-ай, 17—ши-доу, 18—тянь-си, 19—сюн-сян, 20—чжоу-жун, 21—да-бао.

Стандартные пункты меридиана IV:

тонизирующая точка 21V да-ду;
седативная точка 51V шан-цю;
точка-пособник 31V тай-бай;
стабилизирующий ло-пункт к меридиану III (желудка) 41V гунь-сунь;
сочувственная точка 20VII пи-шу;
точка-глашатай 13XII чжан-мэнь.

Показания к использованию меридиана IV
(селезенки — поджелудочной железы)

А: боли в желудке спазматического характера, вздутие живота, запор, урчание в животе, понос, рвота, диспепсия, чувство усталости после еды; понижение аппетита.

Б: боли в стопе, голеностопном суставе, голени, коленном суставе и по внутренней поверхности бедра; снижение силы в мышцах нижней конечности; боли или ощущение тяжести в области подреберья, груди.

В: заболевания мочеполовой системы; местные локальные отеки, венозный застой ног.

Точки воздействия меридиана IV
(селезенки — поджелудочной железы)

11V инь-бай («скрытая ясность»)

Локализация: на концевой фаланге I пальца, кнутри от корня ногтя на 0,3 см.

Т. А.: в зоне точки распределены тыльная артерия пальцев и тыльный нерв пальцев, отходящий от поверхностного малоберцового нерва.

Показания: А — вздутие живота, рвота, понос, острый энтероколит, кишечные колики.

Б — похолодание стопы, нижних конечностей, подагра.

В — маточные кровотечения, нарушение менструального цикла, аменорея. Судороги у детей. Потеря сознания, психические заболевания, ночные кошмары.

Нахождение точки: в любом положении.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3 см, цзю не производят.

21V да-ду («большой город»)

Локализация: впереди от внутреннего края плюснефалангового сочленения I пальца ноги во впадине, в месте перехода тыльной поверхности стопы в подошвенную.

Т. А.: в зоне точки распределены медиальная плюсовая артерия и медиальный плюсневый нерв, отходящий от большеберцового нерва.

Показания: А — боль в желудке, рвота, метеоризм, запор, понос, диспепсия.

Б — боль в стопе и голеностопном суставе, пояснице; тяжесть и боль во всем теле.

В — лихорадочное состояние, общая слабость, потливость при ходьбе, анемия; эмоциональная лабильность, депрессивное состояние.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3(20) мин.

3IV тай-бай («высшая ясность»)

Локализация: во впадине на внутренней поверхности стопы, книзу и сзади от головки I плюсневой кости.

Т. А.: соответствует отводящей мышце I пальца, где распределены медиальная плюсневая артерия и медиальный плюсневый нерв, отходящий от большеберцового нерва.

Показания: А — вздутие живота, боль в желудке, диспепсия; рвота, понос, дизентерия, запор, нарушение дефекации, геморрой.

Б — покраснение и отечность стопы, местные боли в костях; нарушение двигательной и чувствительной функции нижних конечностей.

В — эпилепсия, тревожное состояние, судороги у детей.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 (10) мин.

4IV гунь-сунь («внук князя»)

Локализация: на внутренней поверхности стопы, на передненижнем крае основания I плюсневой кости.

Т. А.: соответствует отводящей мышце I пальца, где распределены медиальная плюсневая артерия и медиальный плюсневый нерв.

Показания: А — метеоризм, боли в желудке и кишечнике спазматического характера, рвота, диарея, тошнота, диспепсия.

Б — нарушение чувствительной и двигательной функции нижней конечности; спастическое состояние сосудов нижней конечности, боли в стопе, местные отеки.

В — эпилепсия, паркинсонизм, эмоциональная лабильность; стенокардия, тахикардия; заболевания печени; привычный аборт, метроррагии.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: в положении сидя при соприкасающихся между собой подошвенных сторонах обеих стоп, пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5(10) мин.

5IV шан-цю («холм совещаний»)

Локализация: спереди и книзу от внутренней лодыжки, во впадине (между точкой 4XII чжун-фэн и медиальной лодыжкой).

Т. А.: соответствует передней артерии лодыжки, отходящей от передней большеберцовой артерии, медиальному кожному нерву голени и тыльному кожному нерву, отходящему от поверхностного малоберцового нерва.

Показания: А — метеоризм, тошнота, урчание в животе, рвота, понос, запор; диспепсия, энтерит, гастродуоденит, геморрой.

Б — боль по внутренней поверхности бедра, в пятке; боль в языке; спазм икроножной мышцы, нарушения кровообращения в ногах; артралгии, костные и варикозные боли.

В — судороги у детей; коклюш.

Нахождение точки: в любом положении при тыльном сгибании стопы.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 (10) мин.

6IV сань-инь-цзяо («точка встречи трех инь»)

Локализация: кзади от большеберцовой кости, на 3 цуня выше центра (наиболее выступающей части) внутренней лодыжки.

Т. А.: между камбаловидной мышцей и длинным сгибателем пальцев, где распределены задняя большеберцовая артерия, медиальный кожный нерв голени и большеберцовый нерв.

Показания: А — недостаточность функции желудка, метеоризм, боли внизу живота, урчание в животе, понос, диспепсия, энтероколит, снижение аппетита.

Б — слабость и паралич нижних конечностей, боли в голени, коленном суставе, отек ноги.

В — затруднение мочеиспускания, недержание мочи; заболевания половой сферы женщин и мужчин — аменорея, метроррагия, боль в области полового члена, преждевременная эякуляция, гонорея, функциональная стерильность, затянувшиеся роды; неврастения, психастения; артериальная гипертония, атеросклероз.

Нахождение точки: в положении лежа.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 5—10 (20) мин.

7IV лоу-гу («открытый холм»)

Локализация: выше центра медиальной лодыжки на 6 цуней.

Т. А.: на внутренней поверхности голени, в зоне камбаловидной мышцы, где распределены ветви задней большеберцовой артерии, медиальный кожный нерв голени и большеберцовый нерв.

Показания: А — метеоризм, урчание в животе, диспепсия.

Б — боль и припухлость голени, голеностопного сустава, нарушение двигательной функции ноги.

В — одностороннее увеличение яичка, повышение вагинальной секреции.

Нахождение точки: в положении лежа.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 3—5 мин.

8IV ди-ци («божественная сила»)

Локализация: у заднего края большеберцовой кости, на 3 цуня дистальнее от 9IV инь-лин-цюань.

Т. А.: между задним краем большеберцовой кости и икроножной мышцей, где распределены ветви задней большеберцовой артерии.

Показания: А — метеоризм, диспепсические явления, спазматические боли в желудке, понижение аппетита, понос, дизентерия.

Б — боль в пояснице.

В — расстройства менструального цикла, хронический эндометрит, аспермия, острый цистит.

Нахождение точки: при выпрямленной ноге.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 3—5 мин.

9IV инь-лин-цюань («источник на холме»)

Локализация: во впадине у задненижнего края внутреннего мыщелка большеберцовой кости, ниже нижнего края надколенника на 2 цуня (на уровне 34XI ян-лин-цюань).

Т. А.: в треугольной щели между икроножной и камбаловидной мышцами, у места прикрепления портняжной мышцы, где находятся внутренняя подколенная артерия, медиальный кожный нерв голени и большеберцовый нерв.

Показания: А — метеоризм, диарея, понижение аппетита.

Б — боль в коленном суставе.

В — затруднение мочеиспускания, боли в наружных половых органах, олигурия, дизурия, почечные боли, нарушение менструального цикла, сперматорея; головная боль, нарушение сна.

Нахождение точки: при согнутой ноге.

Техника: пункция вертикальная. Укол делают при выпрямленной ноге. Глубина укола 2 см, цзю 3—5 (20) мин.

10IV сюе-хай («море крови»)

Локализация: на медиальной поверхности бедра, выше уровня верхнего края коленной чашечки и внутреннего надмыщелка бедра на 2 цуня (от этих образований до верхнего края лобковой кости 18 цуней).

Т. А.: между портняжной мышцей и широкой медиальной мышцей бедра, где проходят медиальная надколенная артерия, медиальный кожный нерв голени, передняя кожная и мышечная ветви бедренного нерва.

Показания: А — метеоризм.

Б — боль во внутренней поверхности бедра, коленном суставе. Зудящая сыпь на внутренней поверхности бедра; трофические язвы ног.

В — нарушение менструального цикла, аменорея, гипоменорея; асцит, ночной энурез и другие формы недержания мочи.

Нахождение точки: в положении сидя с согнутыми ногами; ладонь правой руки врача плотно накладывают на левое колено больного так, что четыре пальца кисти находятся выше сустава; при этом I палец ложится на внутреннюю поверхность бедра и его кончик указывает на точку.

Техника: пункция слегка косо вверх. Глубина укола 2 см, цзю 3—5 (20) мин.

11IV цзи-мэнь («седьмые ворота»)

Локализация: на внутренней поверхности бедра, выше верхнего края коленной чашечки на 6 цуней.

Т. А.: у внутреннего края портняжной мышцы, где расположена бедренная артерия, запирательный нерв и бедренный нерв.

Показания: А — нет.

Б — отечность и боль в паховой области и внутренней поверхности бедра.

В — затруднение мочеиспускания; недержание мочи; гонорея;

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5 см, цзю 20 мин.

12IV чун-мэнь («ворота атаки»)

Локализация: снаружи и книзу от переднего верхнего выступа подвздошной кости, у нижнего края середины паховой связки, на уровне точки 2XIV цюй-гу (снаружи от средней линии живота на 4 цуня), на третьей боковой линии живота.

Т. А.: у нижнего края середины паховой связки, где расположены поверхностная нижняя эпигастральная артерия, поверхностная артерия, окружающая подвздошную кость, и подвздошно-паховый нерв.

Показания: А — спазматические боли в желудке, метеоризм, боли внизу живота.

Б — мастит.

В — орхит, эндометрит, гонорея.

Нахождение точки: в положении лежа на спине, у верхнего края лобковой кости.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 20 мин.

13IV фу-шэ («районный дом»)

Локализация: на третьей боковой линии живота, ниже точки 15IV да-хэн на 4,3 цуня.

Т. А.: в этой зоне распределены поверхностная нижняя эпигастральная артерия, поверхностная артерия, окружающая подвздошную мышцу, подвздошно-подчревный нерв, подвздошно-паховой нерв. Правая точка соответствует нижнему отделу слепой кишки, левая — нижнему отделу сигмовидной кишки.

Показания: А — понос, рвота, боли в животе, кишечная колика, запор, метеоризм.

Б — нет.

В — болезнь бери-бери, отравление свинцом.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 20—30 мин.

14IV фу-цзе («шов живота»)

Локализация: на третьей боковой линии живота, ниже точки 15IV да-хэн на 1,3 цуня.

Т. А.: в зоне внутренней и наружной косых мышц живота, где находятся поверхностная эпигастральная артерия и межреберные нервы; в этой области расположен тонкий кишечник.

Показания: А — боль вокруг пупка, кишечные колики, понос, дизентерия.

Б — нет.

В — импотенция, избыточное потоотделение.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 20 мин.

15IV да-хэн («великий поворот»)

Локализация: на одном уровне с пупком, в сторону от средней линии живота на 4 цуня.

Т. А.: соответствует внутренней и наружной косым мышцам, где проходят поверхностная эпигастральная артерия и межреберные нервы.

Показания: А — боли в животе, кишечная колика, запор, понос, дизентерия, энтероколит.

Б — судороги в мышцах конечностей.

В — избыточное потоотделение; астеническое состояние; катар верхних дыхательных путей.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 3 см, цзю 20 мин.

16IV фу-ай («страдание живота»)

Локализация: на третьей боковой линии живота, выше точки 15IV да-хэн на 3 цуня.

Т. А.: та же, что и у точки 15IV да-хэн.

Показания: А — боль в животе, спазматические состояния желудка, диспепсия, запор, понос, дизентерия; пониженная и повышенная кислотность желудочного сока, язвенная болезнь желудка.

Б — нет.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 20 мин.

17IV ши-доу («отверстие питания»)

Локализация: в пятом межреберье, кнаружи от средней линии груди на 6 цуней.

Т. А.: здесь проходят передняя зубчатая мышца и задние ветви грудных артерий, а также длинные грудные нервы и задние кожные ветви межреберных нервов.

Показания: А — урчание в верхней части живота, икота.

Б — боль в области плеча, межреберная невралгия.

В — кашель, бронхит.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2,5 см, цзю 30—40 мин.

18IV тьянь-си («небесное ущелье»)

Локализация: кнаружи от соска, в четвертом межреберье, на третьей боковой линии груди.

Т. А.: та же, что у точки 17IV ши-доу.

Показания: А — икота.

Б — боль в груди и ребрах, мастит.

В — кашель, одышка.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2,5 см, цзю 20—30 мин.

19IV сюн-сян («район груди»)

Локализация: в третьем межреберье, кнаружи от средней линии на 6 цуней.

Т. А.: в зоне большой грудной мышцы; глубже находится наружный край малой грудной мышцы, где проходят задние грудные артерии, передние грудные нервы и задние кожные ветви межреберных нервов.

Показания: А — дисфагия, икота.

Б — боль в груди и спине, межреберная невралгия.

В — одышка, кашель с выделением мокроты.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2,5 см, цзю 10—20 мин.

20IV чжоу-жун («всюду блеск»)

Локализация: во втором межреберье, на 6 цуней кнаружи от средней линии.

Т. А.: та же, что у точки 19IV сюн-сян.

Показания: А — икота, ощущение переполнения в животе, дисфагия, анорексия.

Б — боли в груди.

В — одышка, кашель, сильная жажда.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 3 см, цзю 15—20 мин.

21IV да-бао («великий развиватель»)

Локализация: на месте пересечения средней подмышечной линии и шестого межреберья.

Т. А.: здесь расположена передняя зубчатая мышца, а также проходят наружная грудная артерия, задние кожные ветви межреберных нервов и длинные грудные нервы. Правая точка расположена вблизи печени.

Показания: А — диспепсия.

Б — боль в груди.

В — одышка, кашель, слабость в конечностях.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 15—20 мин.

Меридиан V (сердца)

Меридиан, парный, симметричный и центробежный, относится к системе инь. Начинается «внутренним ходом» от сердца (рис. 40), на уровне проекции точки 17XIV тань-чжун (в нижней четверти тела грудины, на уровне суставной вырезки V ребра). Далее проходит легкие и выходит наружу в подмышечную область в точке 1V цзи-цюань (на уровне подмышечной складки, непосредственно у нижнего края большой грудной мышцы и внутреннего края короткой головки двуглавой мышцы плеча), где и заканчивается внутренний ход меридиана. Внутренний ход имеет два ответвления. Первое — поднимается вверх по боковой поверхности трахеи, горла, где проецируется снаружи на уровне точки 23XIV лян-цюань (в щели, образуемой между краем тела подъязычной кости и верхней вырезкой щитовидного хряща), далее проходит гортань и доходит до глазного яблока, а уже отсюда связывается с головным мозгом; второе ответвление опускается вниз, проходит диафрагму и связывается с тонким кишечником.

Наружный ход начинается в первой доступной воздействию точке IV цзи-цюань и идет по руке соответственно ладонно-локтевой линии руки (по Чжу Лянь) и заканчивается в точке 9V шао-чун (на концевой фаланге V пальца, на 0,3 см от угла ногтя с лучевой стороны). Дает ответвление от данной точки для связи с меридианом VI (тонкой кишки).

На меридиане V точек воздействия 9:

1—цзи-цюань, 2—цин-лин, 3—шао-хай, 4—лин-дао, 5—тун-ли, 6—инь-си, 7—шэнь-мэнь, 8—шао-фу, 9—шао-чун.

Стандартные пункты меридиана V:

тонирующая точка 9V шао-чун;
седативная точка 7V шэнь-мэнь;
точка-пособник 7V шэнь-мэнь;
стабилизирующий ло-пункт к меридиану VI (тонкой кишки) 5V тун-ли;
сочувственная точка 15VII синь-шу;
точка-глашатай 14XIV цзюй-цюе.

Показания к использованию меридиана V (сердца)

А: боли в области сердца, сердцебиение; нарушения ритма (аритмия, тахикардия); головная боль, головокружение при недостаточности мозгового кровообращения.

Б: боли в груди, межреберная невралгия; боли по передневнутренней поверхности руки; мышечные судороги в области плеча, локтевого сустава и мизинца.

В: страх, внутреннее беспокойство, нарушение интеллекта, снижение памяти; истерия, эпилепсия, психозы; понижение аппетита; нарушение функций печени, щитовидной железы.

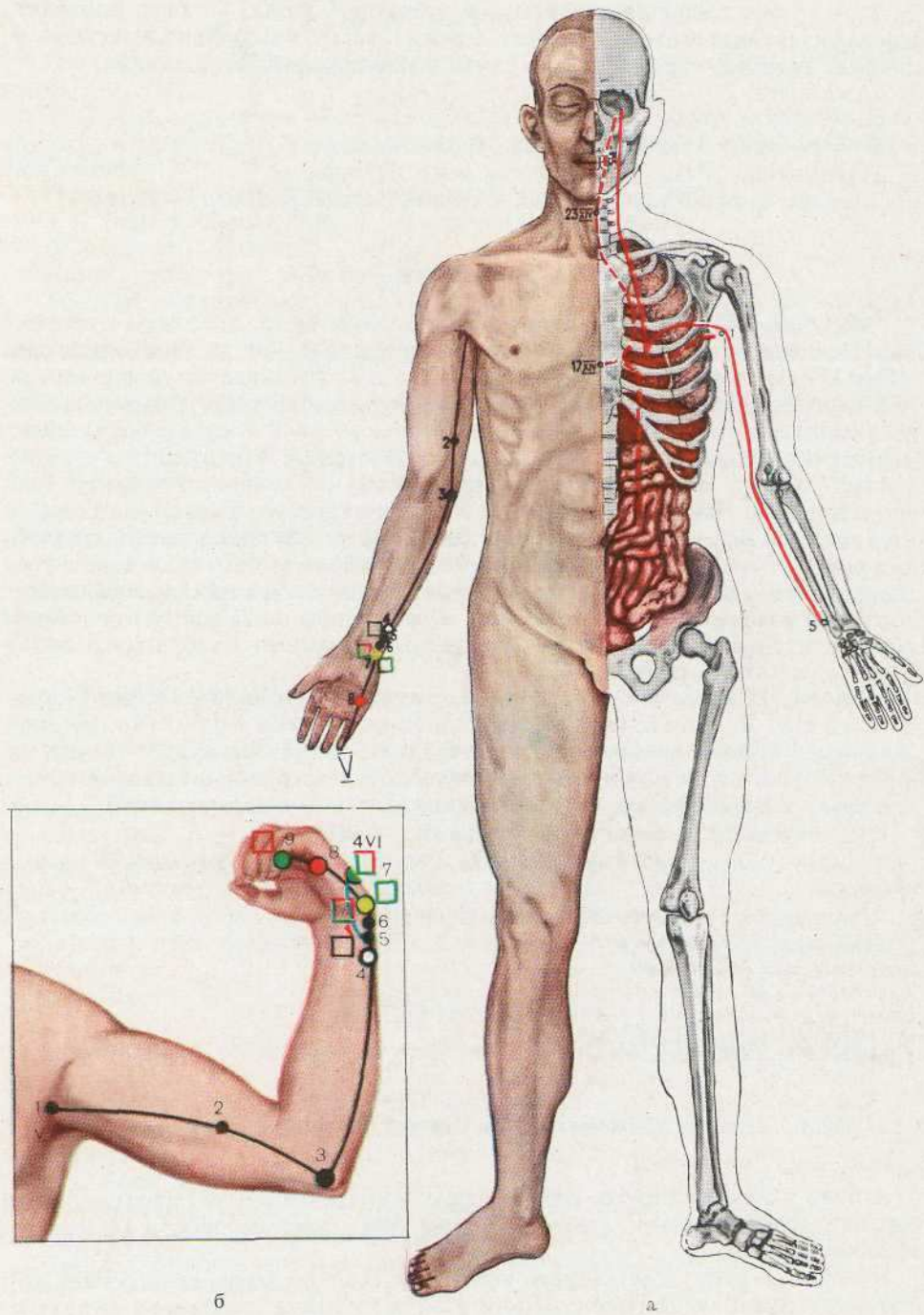


Рис. 40. а — Меридиан V (сердца); б — стабилизирующий ло-пункт к меридиану VI SV тун-ли.
 1—ци-шоань; 2—цин-лин; 3—шао-хай; 4—лин-дао; 5—тун-ли; 6—инь-си; 7—шэнь-мэнь; 8—шао-фу; 9—шао-чун.

Точки воздействия меридиана V (сердца)

1V цзи-цюань («высший источник»)

Локализация: на уровне подмышечной складки, непосредственно у нижнего края большой грудной мышцы и внутреннего края короткой головки двуглавой мышцы плеча, где пальпируется пульсация плечевой артерии.

Т. А.: соответствует переходу подмышечной артерии в плечевую артерию, где проходят локтевой и срединный нервы и распределен внутренний кожный нерв плеча.

Показания: А — боль в области сердца, перикардит.

Б — боль в плече, плечевом и локтевом суставах, межреберная невралгия; судороги мышц груди и подмышечной области.

В — депрессия, истерия.

Нахождение точки: при приподнятой до горизонтальной плоскости руке.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 7(10) мин.

2V цин-лин («молодая душа»)

Локализация: у внутреннего края двуглавой мышцы, на 3 цуня выше локтевого сгиба.

Т. А.: в глубине области расположения точки проходят плечевая артерия, локтевой и срединный нервы.

Показания: А — боли в области сердца.

Б — боль в плечевом суставе, межреберная невралгия; двигательные и чувствительные расстройства в руке;

В — головная боль.

Нахождение точки: при приподнятой до горизонтальной плоскости руке.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 5 мин.

3V шао-хай («крошечное море»)

Локализация: на складке локтевого сгиба, у локтевого ее края, кпереди от внутреннего надмышелка плечевой кости.

Т. А.: соответствует месту прикрепления плечевой мышцы. Здесь проходит нижняя коллатеральная локтевая артерия, внутренний кожный нерв плеча и внутренний кожный нерв предплечья.

Показания: А — боль в области сердца, пароксизмальная тахикардия; функциональные нарушения сердечной деятельности; головокружения.

Б — анестезия кожи плеча, снижение чувствительности рук, боль по ходу локтевого нерва; судороги и контрактура в локтевом суставе; межреберная невралгия, зубная боль.

В — снижение памяти, психические расстройства; рвота; туберкулезный лимфаденит.

Нахождение точки: при слегка согнутой в локтевом суставе руке, обращенной ладонью вверх.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5(20) мин.

4V лин-дао («дорога духа»)

Локализация: выше от проксимальной лучезапястной складки на 1,5 цуня.

Т. А.: кпереди и кнутри от локтевой кости, у лучевого края сухожилия локтевого сгибателя кисти, где проходят локтевая артерия, локтевой нерв и распределен внутренний кожный нерв предплечья.

Показания: А — боль в области сердца, сердцебиения.

Б — судороги в области предплечья и локтевого сустава, паралич локтевого нерва, боли в локтевом и лучезапястном суставах.

В — депрессия, чувство страха, бессонница, истерия, внезапная потеря голоса, недержание мочи.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 5—7(20) мин.

5V тун-ли («соединение к внутреннему»)

Локализация: в углублении между сухожилием локтевого сгибателя кисти и поверхностного сгибателя пальцев, на 1 цунь выше проксимальной лучезапястной складки.

Т. А.: та же, что у точки 4V лин-дао.

Показания: А — боли в области сердца, сердцебиение неврогенного характера, астеническое состояние; артериальная гипотония, головная боль, головокружения.

Б — боли в глазах, дизартрия; дисфункция щитовидной железы; чувство внутреннего беспокойства, страха, раздражительность.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

6V инь-си («инь граница»)

Локализация: на 0,5 цуня выше проксимальной лучезапястной складки.

Т. А.: см. 4V лин-дао.

Показания: А — боли в области сердца, сердцебиение, пароксизмальная тахикардия.

Б — спазмы мышц рук.

В — усиленная потливость во время сна; озноб, икота, тонзиллит; кровохарканье, кровотечение из носа; язва желудка; острый паралич мышц подъязычной области.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

7V шэнь-мэнь («божественные ворота»)

Локализация: у локтевого края проксимальной лучезапястной складки и сухожилия локтевого сгибателя кисти.

Т. А.: соответствует щели между гороховидной и локтевой костями, где проходят локтевая артерия и локтевой нерв. Здесь распределены внутренний кожный нерв предплечья и ладонная кожная ветвь локтевого нерва.

Показания: А — боль в области сердца, сердцебиение неврогенного характера, аритмия, стенокардия.

Б — поражение периферических нервов в области запястья.

В — нарушение сна, страх, беспокойство, интеллектуальные нарушения, снижение памяти, истерия, эпилепсия; рвота, боль в подреберье, понижение аппетита, недостаточность функции печени; избыточная кровопотеря после родов; гипертиреоз; ринит; тонзиллит.

Нахождение точки: при слегка согнутой руке, обращенной ладонью вверх.

Техника: пункция косая под сухожилие локтевого сгибателя кисти. Глубина укола 1 см, цзю 20 мин.

8V шао-фу («маленький район»)

Локализация: между IV и V пястными костями, где кончиком пальца прощупывается впадина.

Т. А.: соответствует лучевому краю мышцы, противопоставляющей V палец, где распределены общая ладонная артерия пальцев и ветви локтевого нерва.

Показания: А — сердцебиение, чувство удушья в груди.

Б — судорожные сведения пальцев, гипертермия кожи ладоней; слабость руки; боли в груди.

В — задержка или недержание мочи, зуд в области промежности и наружных половых органов; спазм влагалища, опущение матки; тревожное состояние.

Нахождение точки: при согнутых IV и V пальцах щель между их кончиками соответствует расположению точки.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 5 (10) мин.

9V шао-чун («маленькая точка атаки»)

Локализация: на концевой фаланге V пальца, на 0,3 см от угла ногтя с лучевой стороны.

Т. А.: соответствует III фаланге V пальца, где распределены собственная ладонная артерия, которая образует анастомозы, и ветви локтевого нерва.

Показания: А — сердцебиение, аритмии, боль в области сердца, боль в груди, чувство удушья в груди.

Б — боль в области предплечья, судороги мышц верхней конечности; межреберная невралгия; ларингит, боль в горле.

В — депрессия, тревожное состояние, астения, страх, тоска; потеря сознания; нарушение мозгового кровообращения; лихорадочные заболевания.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3 см, цзю 3 мин.

Меридиан VI (тонкой кишки)

Меридиан парный, симметричный и центростремительный, относится к системе ян. Начинается наружным ходом (рис. 41, а, б) с точки 1VI шао-цзэ, на 0,3 см от наружного угла ногтевого ложа V пальца, и поднимается по тыльно-локтевой линии руки (по Чжу Лянь) до точки 8VI сяо-хай (в локтевой бороздке между внутренним надмышечком плечевой кости и отростком локтевой кости). Далее линия переходит на плечо, проходит по наружнозадней поверхности плеча и переходит на область лопатки в точке 9VI цзянь-чжэнь (между плечевой костью и лопаткой, на вертикальной линии с подмышечной впадиной, кзади от точки 14X цзянь-ляо, у заднего края дельтовидной мышцы). Затем подходит к акромиальному отростку лопатки, идет по лопаточной ости и соприкасается с меридианом противоположной стороны в точке 14XIII да-чжуй (между остистыми отростками C₇-D₁), далее, огибая надплечье, доходит до наклоничной ямки, где начинается внутренний ход меридиана. Наружный ход продолжает подниматься кверху, проходит по шее, доходит до точки 17VI тянь-жун (кзади от угла нижней челюсти, в ямке на переднем крае грудино-ключично-сосцевидной мышцы). От нее поднимается на скуловую кость, доходя до наружного угла глаза и под острым углом спускаясь до уха, заканчивается в точке 19VI тин-гун. Имеет

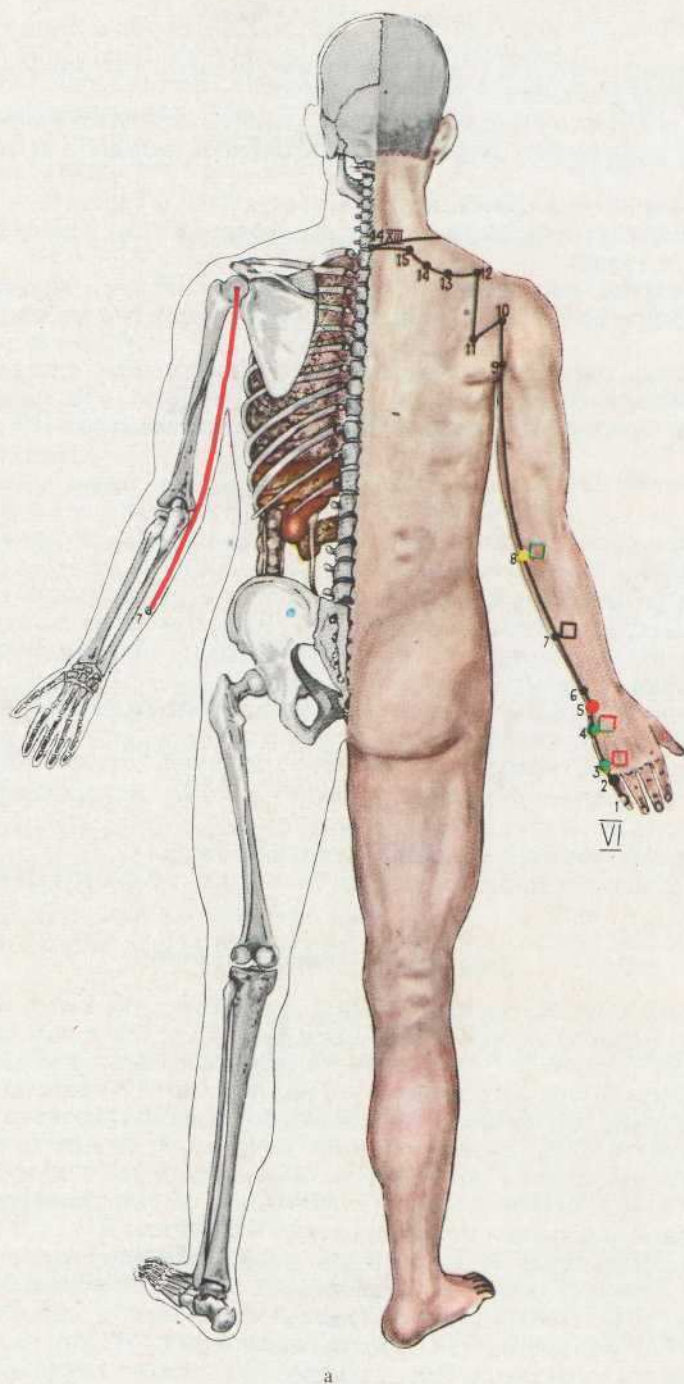
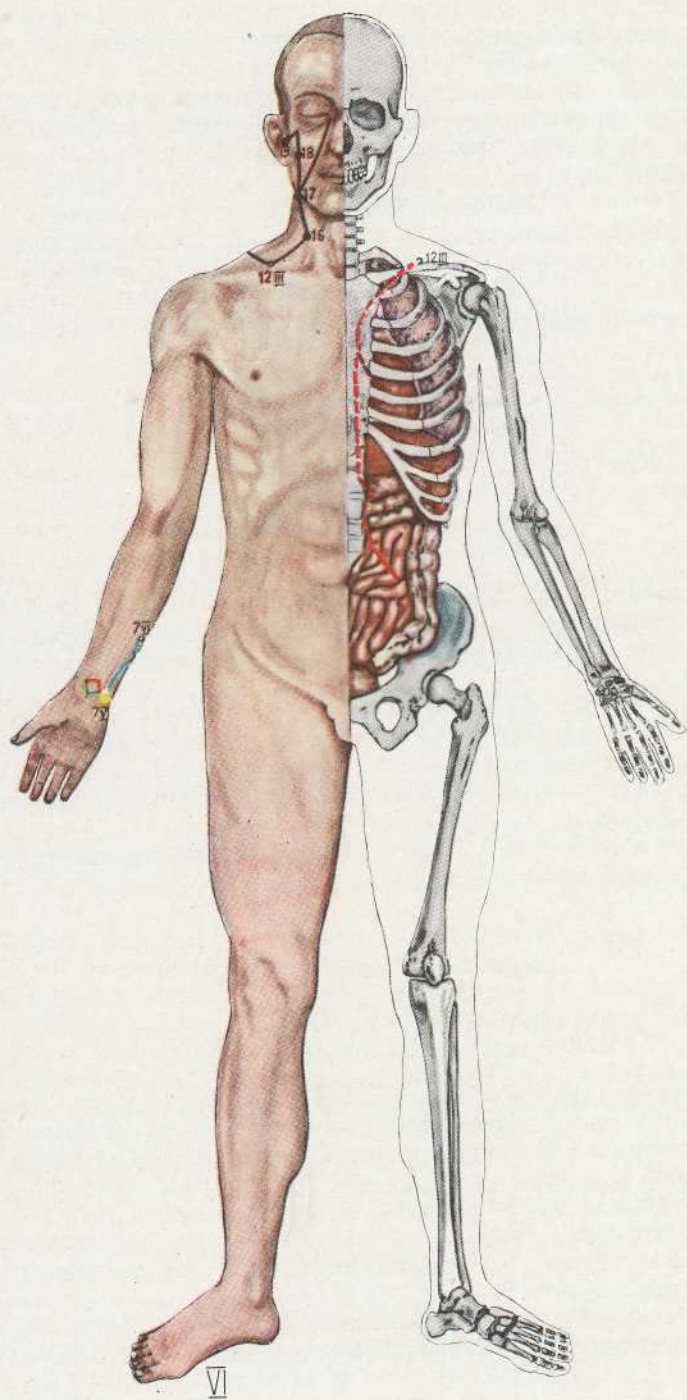


Рис. 41. а — Проекция меридиана VI (тонкой кишки) на задней поверхности тела человека;
 б — проекция меридиана VI на передней поверхности тела человека.
 1—шао-цзэ; 2—цзянь-гу; 3—хоу-си; 4—вань-гу; 5—ян-гу; 6—ян-лао; 7—чжи-чжэи; 8—сяо-хай; 9—цзянь-чжэнь;
 10—нао-шу; 11—тянь-цзун; 12—бин-фэн; 13—шюй-юань; 14—цзянь-вай-шу; 15—цзянь-чжун-шу; 16—тянь-чуан;
 17—тянь-жун; 18—шюань-ляо; 19—тин-гун.



ответвление, которое от точки 17VI тянь-жун поднимается на щеку, проходит по нижнему краю орбиты и доходит до внутреннего угла глаза, где связывается с меридианом VII (мочевого пузыря).

Внутренний ход, начинаясь от надключичной ямки, спускается вниз, связывается с сердцем, идет по боковой поверхности пищевода, проходит диафрагму, желудок и доходит до тонкого кишечника, «управляющего» данным меридианом.

На меридиане VI точек воздействия 19:

1—шао-цзэ, 2—цянь-гу, 3—хоу-си, 4—вань-гу, 5—ян-гу, 6—ян-лао, 7—чжи-чжэн, 8—сяо-хай, 9—цзянь-чжэнь, 10—нао-шу, 11—тянь-цзун, 12—бин-фэн, 13—цюй-юань, 14—цзянь-вай-шу, 15—цзянь-чжун-шу, 16—тянь-чуан, 17—тянь-жун, 18—цюань-ляо, 19—тин-гун.

Стандартные пункты меридиана VI:

тонизирующая точка 3VI хоу-си;
седативная точка 8VI сяо-хай;
точка-пособник (источник) 4VI вань-гу;
стабилизирующий ло-пункт к меридиану V (сердца) 7VI чжи-чжэн;
сочувственная точка 27VII сяо-чан-шу;
точка-глашатай 4XIV гуань-юань.

Показания к использованию меридиана VI
(тонкой кишки)

А. Расстройства, связанные с внутренним ходом меридиана: все формы нарушений проходимости пищи по кишечнику; диспепсические нарушения (рвота, тошнота, снижение питания, запоры); боли в области пупка и нижней части живота.

Б. Расстройства, связанные с наружным ходом меридиана: боли в пальцах кисти и задненаружной поверхности предплечья и плеча; боли в плечелопаточной области, затылке и голове; кривошея, судороги мышц шеи и затылка; отек и боли в области шеи и нижней челюсти; шум в ушах, снижение слуха, глухота.

В. Прочие расстройства: нервно-психические заболевания; ревматическая хорея; судороги у детей.

Точки воздействия меридиана VI
(тонкой кишки)

IVI шао-цзэ («маленький пруд»)

Локализация: на 0,3 см от наружного угла ногтевого ложа V пальца.

Т. А.: здесь распределены собственная ладонная артерия пальцев из локтевой артерии и собственный ладонный нерв пальцев из локтевого нерва.

Показания: А — нет.

Б — напряжение мышц затылка, головная боль.

В — кровотечение из носа, скованность языка, отечность слизистой оболочки горла, кашель; заболевания сердца; гипоплакия, мастит; оказание неотложной помощи¹.

Нахождение точки: при выпрямленной кисти.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3 см, цзю 3—5 мин.

¹ Оказание неотложной помощи путем воздействия на точки акупунктуры следует проводить при нежелательных осложнениях во время сеанса рефлексотерапии (обморок и т. п.), а также в случаях отсутствия возможности оказания специализированной помощи.

2VI цянь-гу («передняя долина»)

Локализация: впереди от локтевого края пястно-фалангового сочленения мизинца.

Т. А.: здесь распределены тыльная артерия пальцев, отходящая от локтевой артерии, и тыльный нерв пальцев — ветвь локтевого нерва.

Показания: А — икота, кровавая рвота.

Б — головная боль, боль в затылке; боль и анестезия кожи тыльной поверхности предплечья, плеча; шум в ушах, глухота.

В — тонзиллит, ринит, кровотечение из носа; гиполактация, мастит; зуд пальцев; эпилепсия.

Нахождение точки: при согнутой в кулак кисти.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3 см, цзю 3—5 мин.

3VI хоу-си («заднее ущелье»)

Локализация: сзади от локтевого края пястно-фалангового сочленения V пальца, в ямке.

Т. А.: между мышцей, отводящей V палец, и V пястной костью, где расположены тыльная артерия пальцев и тыльный нерв пальцев.

Показания: А — нет.

Б — судороги мышц кисти и предплечья; головная боль, боль в затылке; гиперемия глаз, кератит; глухота; кривошея: межреберная невралгия, боли в области лопатки.

В — люмбалгия, носовое кровотечение; эпилепсия; мастит, чесотка.

Нахождение точки: при согнутой в кулак кисти.

Техника: пункция косая, следуя по направлению хода меридиана.

Глубина укола 0,5—1 см, цзю 5—10 мин.

4VI вань-гу («кости лучезапястного сустава»)

Локализация: во впадине по локтевому краю, между основанием V пястной кости и трехгранной костью.

Т. А.: здесь распределены локтевая артерия и тыльные ветви локтевого нерва.

Показания: А — рвота, тошнота, пониженное питание, нарушение пищеварения, кишечная аутоинтоксикация, запоры.

Б — артриты суставов пальцев, лучезапястного и локтевого суставов; судороги пальцев, боль в области предплечья; напряжение и болезненность мышц затылка, боль в затылке, головная боль; шум в ушах.

В — склонность к воспалительным процессам, аллергический ринит; заболевания печени и желчного пузыря; лихорадочные заболевания; усиленная потливость.

Нахождение точки: при выпрямленной кисти.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5 см, цзю 5—7 (20) мин.

5VI ян-гу («солнечная долина»)

Локализация: на локтевом крае лучезапястного сустава, между шиловидным отростком и трехгранной костью во впадине.

Т. А.: в зоне точки проходит сухожилие локтевого разгибателя кисти, где распределены тыльная артерия кисти и тыльные ветви локтевого нерва.

Показания: А — нет.

Б — шум в ушах, глухота; боль по локтевой поверхности предплечья, наружной части запястья; отечность области шеи и челюсти.

В — психические расстройства; головокружение; судороги у детей.
 Нахождение точки: при согнутом лучезапястном суставе точка находится на конце складки ниже шиловидного отростка.
 Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5 см, цзю 5—10 мин.

6VI ян-лао («ухаживание старика»)

Локализация: над головкой локтевой кости, на 1 цунь выше 5VI ян-гу.
 Т. А.: у локтевого края сухожилия локтевого разгибателя кисти, где проходят тыльная артерия кисти, тыльные ветви локтевого нерва и внутренний кожный нерв предплечья.

Показания: А — нет.

Б — ломящая боль и отечность в области плечевого сустава, наружной поверхности предплечья; кривошея; головная боль.

В — боли в пояснице; понижение зрения; гемиплегия.

Нахождение точки: при согнутой в локтевом суставе руке, обращенной ладонью к груди.

Техника: пункция косая по направлению к 6IX нэй-гуань. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 (20) мин.

7VI чжи-чжэн («правильное звено»)

Локализация: на линии, соединяющей точку 5VI ян-гу и конец локтевого отростка, выше лучезапястного сустава на 5 цуней.

Т. А.: посредине тыльной поверхности локтевой кости, где распределены тыльная межкостная артерия и внутренний кожный нерв предплечья.

Показания: А — нет.

Б — напряжение мышц затылка, предплечья и пальцев; ограничение подвижности в локтевом суставе; инфильтрат в подчелюстной области.

В — психические заболевания, неврастения, тревожное состояние; головокружение.

Нахождение точки: при слегка согнутой в локтевом суставе руке.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 (20) мин.

8VI сяо-хай («маленькое море»)

Локализация: в локтевой бороздке между внутренним надмышцелком плечевой кости и отростком локтевой кости.

Т. А.: соответственно началу локтевого сгибателя кисти, где проходит локтевой нерв и распределены локтевая окольная артерия, внутренний кожный нерв плеча и предплечья.

Показания: А — боли в деснах и зубах, боли вокруг пупка и нижней части живота.

Б — боли по наружной поверхности руки, плеча и плечевого сустава; боли в подчелюстной области и шее; глухота, шум в ушах.

В — эпилепсия, судороги, ревматическая хорея.

Нахождение точки: при максимально согнутой в локтевом суставе руке точка находится в зоне ломящего ощущения.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5 см, цзю 3—5 (20) мин.

9VI цзянь-чжень («чистота плеча»)

Локализация: кзади и книзу от плечевого сустава, между плечевой костью и лопаткой, на вертикальной линии с подмышечной впадиной, кзади от точки 14X цзянь-ляо, у заднего края дельтовидной мышцы.

Т. А.: в глубине этой области располагаются большая круглая мышца, задняя артерия, окружающая плечевую кость, подмышечный нерв; здесь распределены тыльные и внутренние кожные нервы плеча и латеральные кожные ветви межреберных нервов.

Показания: А — нет.

Б — боль и анестезия кожи лопаточной области и области плеча, плечевая невралгия, гипостезия руки; артрит суставов рук; шум в ушах, глухота, головная боль.

В — боли в области печени.

Нахождение точки: при плотно приведенной к грудной клетке руке или выше конца задней складки подмышечной впадины на 1 цунь.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю не проводится.

10VI нао-шу («точка плеча»)

Локализация: на одной вертикальной линии с подмышечной впадиной, в ямке под лопаточной остью.

Т. А.: находится кзади от плечевого сустава, в зоне проекции дельтовидной мышцы, где распределены надлопаточная артерия, задняя артерия, окружающая плечевую кость, задние ветви надключичного нерва, наружный и задний кожные нервы плеча.

Показания: А — нет.

Б — боль и анестезия кожи в области лопатки и плеча, боль в шейно-челюстной области; парезы мышц плеча и рук, плечевой артрит.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 5 (20) мин.

11VI тянь-цзун («небесные предки»)

Локализация: ниже точки 12VI бин-фэн под лопаточной остью или выше точки 9VI цзянь-чжэнь на 1,7 цуна и кнутри от нее на 1 цунь.

Т. А.: соответствует подостной ямке и подлопаточной мышце, где распределены артерия, окружающая лопатку, и надлопаточный нерв.

Показания: А — икота.

Б — ломящая боль в области лопатки и по наружной поверхности плеча и локтевого сустава; контрактура, тик и паралич мышц плечезатылочной области, межреберная невралгия.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

12VI бин-фэн («поездка ветра»)

Локализация: у верхнего края середины лопаточной ости.

Т. А.: в зоне точки расположены трапециевидная мышца, а глубже — надостная мышца, где распределены надлопаточная артерия, надключичный нерв, надлопаточный нерв и добавочный нерв.

Показания: А — нет.

Б — тик и контрактура мышц плечелопаточной области, боль в области лопаток; невралгия локтевого сустава, межреберная невралгия, парестезии в верхней конечности.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 3—5 мин.

13VI шой-юань («согнутая стена»)

Локализация: у верхнего края ости лопатки под точкой 21XI цзянь-цзин или кнутри от точки 12VI бин-фэн на 1,5 цуня и чуть ниже ее.

Т. А.: та же, что у точки 12VI бин-фэн.

Показания: А — нет.

Б — напряжение мышц и боль в области лопатки и плеча, невралгия локтевого нерва.

В — одышка.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 5—20 мин.

14VI цзянь-вай-шу («рядом с плечом»)

Локализация: у внутреннего края лопатки, на 3 цуня кнаружи от точки 13XIII тао-дао (между D₁ и D₂ позвонками), на горизонтальной линии, проходящей через верхушку остистого отростка I грудного позвонка.

Т. А.: в этой области располагаются поперечная шейная артерия, задние ветви VII—VIII шейных нервов, задний нерв лопатки и добавочный нерв.

Показания: А — нет.

Б — напряжение мышц области затылка и шеи, боль в области лопатки.

В — пневмония, плеврит; невралгия, артериальная гипотония.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция косая. Глубина укола 2 см, цзю 3—10 мин.

15VI цзянь-чжун-шу («середина плеча»)

Локализация: на 2 цуня в сторону от 14XIII да-чжуй (между остистыми отростками С₇ и D₁).

Т. А.: соответствует трапециевидной мышце, глубже расположены мышца, поднимающая лопатку и поперечная шейная артерия. В этой области распределены задние ветви 6-го шейного нерва и задний лопаточный нерв.

Показания: А — нет.

Б — боли в области лопаток и спины, невралгия плечевого сплетения; боли в области щек.

В — кашель, одышка, бронхиальная астма; снижение остроты зрения.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция косая. Глубина укола 1 см, цзю 5—10 мин.

16VI тянь-чуан («небесное окно»)

Локализация: у заднего края средней части грудино-ключично-сосцевидной мышцы, кзади от точки 18П фу-ту.

Т. А.: в этой области проходит сонная артерия и распределены шейные кожные нервы, начало большого ушного нерва, отходящего от шейного сплетения.

Показания: А — нет.

Б — судорожные боли в области шеи и лопатки, тики и контрактура мышц спины, межреберная невралгия; шум в ушах, глухота, снижение слуха; отечность слизистой оболочки и боль в горле и гортани, ларингофарингит.

В — осиплость голоса, ангина, гингивит.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная, избегая повреждения сонной артерии. Глубина укола 1 см, цзю 5—10 мин.

17VI тянь-жун («небесная фигура»)

Локализация: кзади от угла нижней челюсти, в ямке на переднем крае грудино-ключично-сосцевидной мышцы или выше точки 16VI тянь-чуан на 1 цунь и чуть кпереди от нее.

Т. А.: соответствует заднему краю околоушной железы, в глубине расположена внутренняя сонная артерия. В этой области распределен большой ушной нерв.

Показания: А — нет.

Б — судорожные боли в области шеи и затылка, кривошея, межреберная невралгия; шум в ушах, глухота; тонзиллит, ларингит.

В — плеврит.

Нахождение точки: в положении сидя точка находится кзади от угла нижней челюсти.

Техника: пункция вертикальная (осторожно, чтобы не попасть в сонную артерию!). Глубина укола до 1,5 см, цзю 10—15 мин.

18VI цюань-ляо («ямка скуловой кости»)

Локализация: под верхушкой скуловой кости, во впадине у нижнего края ее под точкой 1XI тун-цзы-ляо (у наружного угла глаза).

Т. А.: соответствует начальной части жевательной мышцы, где распределены поперечная артерия, скуловая ветвь лицевого нерва, II и III ветви тройничного нерва.

Показания: А — нет.

Б — периферический паралич лицевого нерва, инфильтрат в области щеки, зубная боль, невралгия тройничного нерва.

В — нет.

Нахождение точки: в положении лежа на спине или сидя.

Техника: пункция косая. Глубина укола 1 см, цзю не проводится.

19VI тин-гун («дворец слуха»)

Локализация: на середине между козелком и суставом нижней челюсти.

Т. А.: в этой области располагаются ветвь от поверхностной височной артерии и височно-ушной нерв от III ветви тройничного нерва. В глубине берет начало поверхностная височная артерия.

Показания: А — нет.

Б — шум в ушах, снижение слуха, глухота, отит, закладывание ушей.

В — осиплость голоса, афония.

Нахождение точки: при открытом рте, тогда хорошо пальпируется углубление кпереди от козелка уха.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5 см, цзю 3—5 мин.

Меридиан VII (мочевого пузыря)

Меридиан парный, симметричный и центробежный, относится к системе ян. Начинается наружным ходом у внутреннего угла глаза (рис. 42) в точке IVII цин-мин, поднимается на лоб и идет по первой боковой линии головы (по Чжу Лянь), соприкасается с меридианом противоположной стороны в точке

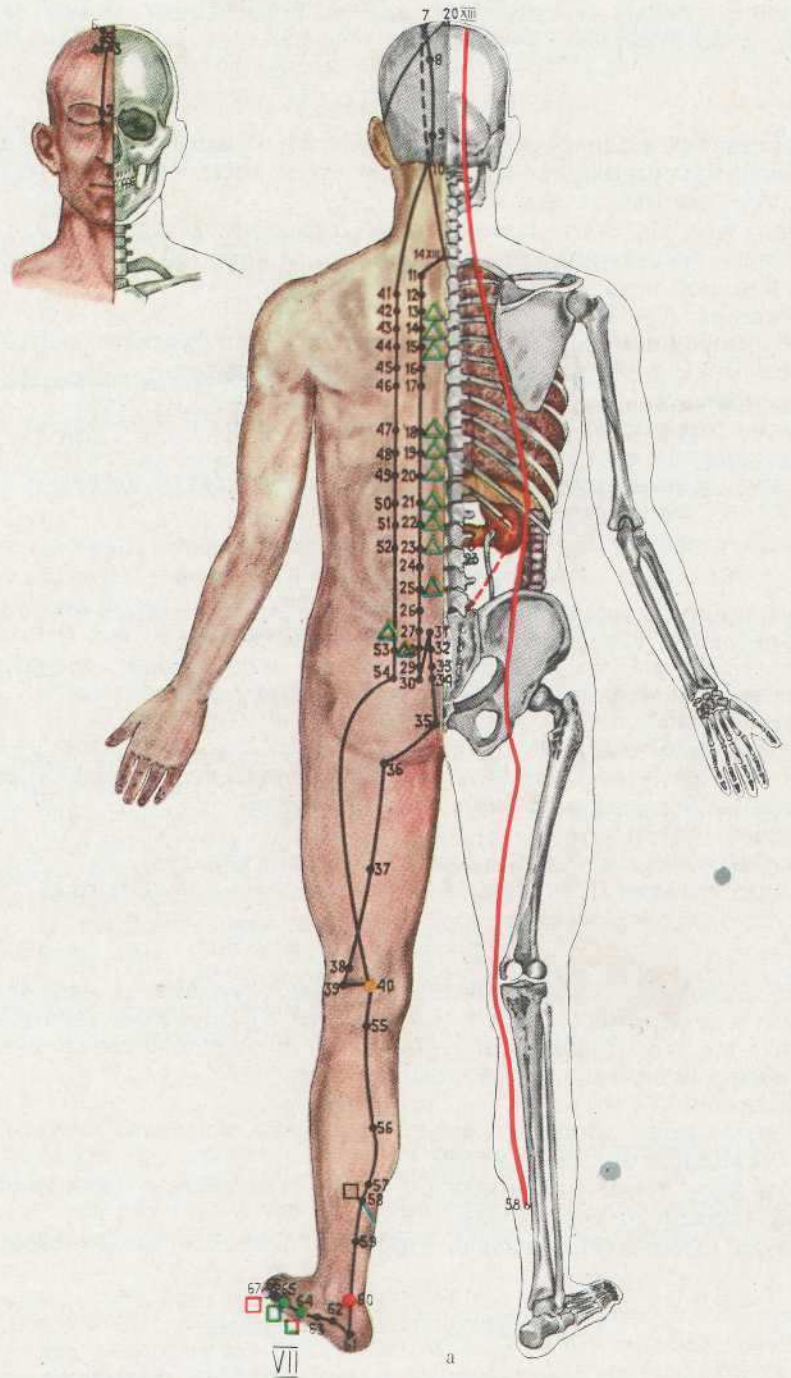


Рис. 42. а — Проекция меридиана VII (мочевыводящего пузыря) на задней поверхности тела человека; б — проекция меридиана VII на передней поверхности тела человека.

1—цин-мин; 2—цунь-чжу; 3—мэй-чун; 4—шюй-ча; 5—у-чу; 6—чэн-гуан; 7—тун-тянь; 8—ло-шюе; 9—юй-чжэнь; 10—тянь-чжу; 11—да-чжу; 12—фэн-мэнь; 13—фэй-шу; 14—цзюе-инь-шу; 15—синь-шу; 16—ду-шу; 17—гэ-шу; 18—гань-шу; 19—дань-шу; 20—пи-шу; 21—вэй-шу; 22—сань-цзяо-шу; 23—шэнь-шу; 24—ци-хай-шу; 25—да-чан-шу;

20XIII бай-хуэй (выше задней границы волосистой части головы на 7 цуней по средней линии головы). В точке 7VII тун-тянь (кзади от точки 4VII цюй-ча на 3,5 цуня) входит в мозг, связывается с ним и выходит в точке 10VII тянь-чжу (у наружного края трапецевидной мышцы, кнаружи от точки 15XIII я-мэнь на 1,3 цуня), где делится на две ветви: внутреннюю и внешнюю.

Внутренняя ветвь спускается вниз, проходит по затылку и переходит на первую боковую линию спины (по Чжу Лянь), проходит по ней вниз до промежности к точке 35VII хуэй-ян (кнаружи от кончика копчика на 0,5 цуня). От данной точки возвращается к центру ягодичной складки в точке 36VII чэн-фу (расположена в центре ягодичной складки). Далее спускается на бедро по средней линии задней поверхности ноги (по Чжу Лянь) до точки 40VII вэй-чжун (в центре подколенной ямки), где встречается с внешней ветвью.

Внешняя ветвь от точки 10VII тянь-чжу переходит на вторую боковую линию спины (по Чжу Лянь), далее по задненаружной поверхности бедра доходит до точки 40VII вэй-чжун. Потом объединенный наружный ход меридиана идет по средней линии задней поверхности ноги (по Чжу Лянь) до точки 57VII чэн-шань (в месте соединения обеих брюшек икроножной мышцы). Далее доходит до точки 58VII фэй-ян (выше центра латеральной лодыжки на 7 цуней), переходит на наружную линию задней поверхности ноги (по Чжу Лянь) и заканчивается в точке 67VII чжи-инь (на 0,3 см кзади от наружного угла ногтя V пальца стопы). Наружный ход имеет два ответвления. Первое начинается от точки 20XIII бай-хуэй и доходит до верхнего края ушной раковины, до точки 11XI тоу-цяо-инь (у основания сосцевидного отростка ниже точки 10XI фу-бай на 1 цунь). Второе ответвление начинается от точки 67VII чжи-инь и связывается с меридианом VIII (почек).

Внутренний ход меридиана VII начинается от внутренней ветви наружного хода в точке 23VII шэнь-шу (кнаружи от промежутка между остистыми отростками L_2-L_3 на 1,5 цуня), входит в брюшную полость, связывается с почками и доходит до мочевого пузыря, «управляющего» данным меридианом.

На меридиане VII точек воздействия 67:

1—цин-мин, 2—цунь-чжу, 3—мэй-чун, 4—цюй-ча, 5—у-чу, 6—чэн-гуан, 7—тун-тянь, 8—ло-цюе, 9—юй-чжэнь, 10—тянь-чжу, 11—да-чжу, 12—фэн-мэнь, 13—фэй-шу, 14—цзюе-инь-шу, 15—синь-шу, 16—ду-шу, 17—гэ-шу, 18—гань-шу, 19—дань-шу, 20—пи-шу, 21—вэй-шу, 22—сань-цзюе-шу, 23—шэнь-шу, 24—ци-хай-шу, 25—да-чан-шу, 26—гуань-юань-шу, 27—сяо-чан-шу, 28—пан-гуан-шу, 29—чжун-люй-шу, 30—бай-хуань-шу, 31—шан-ляо, 32—цы-ляо, 33—чжун-ляо, 34—ся-ляо, 35—хуэй-ян, 36(50)—чэн-фу, 37(51)—инь-мэнь, 38(52)—фу-си, 39(53)—вэй-ян, 40(54)—вэй-чжун, 41(36)—фу-фэнь, 42(37)—по-ху, 43(38)—гао-хуан, 44(39)—шэнь-тан, 45(40)—и-си, 46(41)—гэ-гуань, 47(42)—хунь-мэнь, 48(43)—ян-ган, 49(44)—и-шэ, 50(45)—вэй-цан, 51(46)—хуан-мэнь, 52(47)—чжи-ши, 53(48)—бао-хуан, 54(49)—чжи-бянь, 55—хэ-ян, 56—чэн-цзинь, 57—чэн-шань, 58—фэй-ян, 59—фу-ян, 60—хунь-лунь, 61—пу-шэнь, 62—шэнь-май, 63—цзинь-мэнь, 64—цзин-гу, 65—шу-гу, 66—цзу-тун-гу, 67—чжи-инь.

Стандартные пункты меридиана VII:

тонизирующая точка 67VII чжи-инь,
седативная точка 65VII шу-гу,
точка-пособник 64VII цзин-гу,
стабилизирующий ло-пункт к меридиану VIII (почек) — 58VII фэй-ян,
сочувственная точка 28VII пан-гуан-шу,
точка-глашатай 3XIV чжун-ци.

26—гуань-юань-шу; 27—сяо-чан-шу; 28—пан-гуан-шу; 29—чжун-люй-шу; 30—бай-хуань-шу; 31—шан-ляо; 32—цы-ляо; 33—чжун-ляо; 34—ся-ляо; 35—хуэй-ян; 36—чэн-фу; 37—инь-мэнь; 38—фу-си; 39—вэй-ян; 40—вэй-чжун; 41—фу-фэнь; 42—по-ху; 43—гао-хуан; 44—шэнь-тан; 45—и-си; 46—гэ-гуань; 47—хунь-мэнь; 48—ян-ган; 49—и-шэ; 50—вэй-цан; 51—хуан-мэнь; 52—чжи-ши; 53—бао-хуан; 54—чжи-бянь; 55—хэ-ян; 56—чэн-цзинь; 57—чэн-шань; 58—фэй-ян; 59—фу-ян; 60—хунь-лунь; 61—пу-шэнь; 62—шэнь-май; 63—цзинь-мэнь; 64—цзин-гу; 65—шу-гу; 66—цзу-тун-гу; 67—чжи-инь.

На этом меридиане находится 12 сочувственных точек следующих меридианов:

| | |
|----------|--|
| меридиан | I (легких) — 13VII фэй-шу, |
| » | II (толстой кишки) — 25VII да-чан-шу, |
| » | III (желудка) — 21VII вэй-шу, |
| » | IV (селезенки—поджелудочной железы) — 20VII пи-шу, |
| » | V (сердца) — 15VII синь-шу, |
| » | VI (тонкой кишки) — 27VII сяо-чан-шу, |
| » | VII (мочевого пузыря) — 28VII пан-гуан шу, |
| » | VIII (почек) — 23VII шэнь-шу, |
| » | IX (перикарда) — 14VII цзюэ-инь-шу, |
| » | X (трех частей туловища) — 22VII сань-цзяо-шу, |
| » | XI (желчного пузыря) — 19VII дань-шу, |
| » | XII (печени) — 18VII гань-шу. |

Показания к использованию меридиана VII
(мочевого пузыря)

А. Расстройства, связанные с внутренним ходом меридиана: недержание или задержка мочи; анурия, олигурия, поллакиурия; цистит, пиелонефрит, нефрит; болезненные спазматические явления; отек и боли наружных половых органов.

Б. Расстройства, связанные с наружным ходом меридиана: отечность слизистой оболочки носа, выделения из носа; глазные расстройства: слезотечение, боли, конъюнктивит; лобно-затылочная головная боль, головокружения; боли в области затылка и позвоночника, напряжение мышц этих областей; боли в крестце, бедре и неподвижность бедра, судороги или парез мышц голеней; люмбалгия, ишиалгия, боли в стопе, пятке и V пальце.

В. Прочие расстройства: болезни органов грудной полости; болезни органов брюшной полости; болезни органов малого таза; геморрой.

Точки воздействия меридиана VII
(мочевого пузыря)

IVII цин-мин («блеск глазного яблока»)

Локализация: кнутри от внутреннего угла глаза на 0,3 см.

Т. А.: соответствует внутренней связке века, где распределены концевая ветвь наружной челюстной артерии, нижний блоковый нерв, окончания I ветви тройничного нерва.

Показания: А — нет.

Б — глазные заболевания: лейкома, ретинит, снижение сумеречного зрения, конъюнктивит, гиперемия глаз, блефарит; заболевания полости носа.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя с закрытыми глазами.

Техника: пункция вертикальная тонкой иглой. Очень осторожно! Глубина укола 0,3 см, цзю не проводится.

2VII цуань-чжу («сбор бамбука»)

Локализация: над точкой IVII цин-мин у начала брови.

Т. А.: соответствует внутреннему краю надбровной дуги, где расположены мышца, сморщивающая бровь, лобная артерия и лобное ответвление I ветви тройничного нерва.

Показания: А — нет.

Б — головная боль, боль в области брови, невралгия I ветви тройничного нерва; конъюнктивит, слезотечение; фронтит, отек лица.

В — маниакальное состояние; головокружение.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция почти горизонтальная, конец иглы направлен к концу брови. При уколе кожу забирают в складку. Глубина укола 0,5 см, цзю не проводится.

3VII мэи-чун («проход бровей»)

Локализация: на лобной кости, в середине расстояния между точками 24XIII шэнь-тин и 4VII цюй-ча.

Т. А.: соответствует лобной мышце, где распределены ветви лобной артерии и лобная ветвь I ветви тройничного нерва.

Показания: А — нет.

Б — головная боль, головокружение; фронтит; заложенность носа, понижение обоняния, выделения из носа; боли в области глаз.

В — эпилепсия, судороги.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция почти горизонтальная. Конец иглы направлен кзади. Глубина укола 0,6 см, цзю 3—5 мин.

4VII цюй-ча («изогнутые отклонения»)

Локализация: кнаружи от точки 24XIII шэнь-тин на 1,3 цуня.

Т. А.: в этой зоне расположена лобная мышца, распределены лобная артерия и лобное ответвление I ветви V пары.

Показания: А — нет.

Б — боли в лобной и теменной областях; снижение зрения, мерцание в глазах; заложенность носа, кровотечение из носа, полипы в носу; невралгия I ветви тройничного нерва, неврит VII пары.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция почти горизонтальная, конец иглы можно направить вверх или вниз. Глубина укола 0,6 см, цзю 5—10 мин.

5VII у-чу («пятое место»)

Локализация: кзади от 4VII цюй-ча на 0,5 цуня.

Т. А.: та же, что у точки 4VII цюй-ча.

Показания: А — нет.

В — головная боль, головокружение; снижение зрения; полипоз слизистой оболочки носа; боли в области плеча и спины.

В — эпилепсия.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция почти горизонтальная, конец иглы можно направить вверх или вниз. Глубина укола 1 см, цзю 3 мин.

6VII чэн-гуан («увеличение блеска»)

Локализация: кзади от 4VII цюй-ча на 2 цуня.

Т. А.: соответствует теменной кости и области сухожильного шлема головы, где распределены поверхностная височная артерия, лобное ответвление I ветви V пары и височная ветвь лицевого нерва.

Показания: А — нет.

Б — головная боль, головокружение; заложенность носа, кровотечение из носа, полипоз слизистой оболочки носа; лейкома роговицы.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция почти горизонтальная, конец иглы направлен кпереди.
Глубина укола 1 см, цзю 2—5 мин.

7VII тун-тянь («небесный пассаж»)

Локализация: кзади от точки 4VII цюй-ча на 3,5 цуня или кпереди от точки 20XIII бай-хуэй на 1 цунь и в сторону от нее на 1,5 цуня.

Т. А.: располагается кнутри от теменного бугра, где распределены сеть анастомозов поверхностной височной и затылочной артерий и большой затылочный нерв.

Показания: А — нет.

Б — головная боль, головокружения; заложенность носа, кровотечение из носа, птоз века; опущение угла рта; невралгия тройничного нерва.

В — хронический бронхит; психические расстройства.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция косая. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

8VII ло-цзюе («граница ло»)

Локализация: кзади от 4VII цюй-ча на 5 цуней.

Т. А.: та же, что у точки 7VII тун-тянь.

Показания: А — нет.

В — головокружение, шум в ушах, головная боль; глаукома; напряжение затылочных мышц, трапецевидной мышцы; кровотечение из носа, заложенность носа.

В — психозы.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: одинакова с предыдущей точкой. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

9VII юй-чжэнь («подушка жара»)

Локализация: кзади от точки 8VII ло-цзюе, на поперечной линии с точкой 17XIII нао-ху, на 1,3 цуня от нее.

Т. А.: располагается чуть кверху и кнаружи от затылочного бугра на уровне верхнего края верхней затылочной линии (*nuchae superior*), где распределены затылочная артерия и большой затылочный нерв.

Показания: А — нет.

Б — затылочная головная боль, головокружения, тяжесть в голове; заложенность носа, гипосмия. Невралгия тройничного нерва.

В — гипергидроз.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 5—10 мин.

10VII тянь-чжу («столб неба»)

Локализация: во впадине у наружного края трапецевидной мышцы, кнаружи от точки 15XIII я-мэнь на 1,3 цуня.

Т. А.: расположена соответственно уровню промежутка между I и II шейными позвонками, где распределены ветвь затылочной артерии и затылочный нерв.

Показания: А — нет.

Б — головная боль, тяжесть в голове; спазмы мышц плечевого пояса и затылочной области, боль в спине и шее, кривошея; нарушение обоняния, зрения.

В — фарингит, ларингит; истерия, неврастения.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная (массаж в этой точке улучшает работу мозга и улучшает память). Глубина укола 1,5 см, цзю не проводится.

11VII да-чжу («большой челнок»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками D_1 — D_2 на 1,5 цуня.

Т. А.: соответствует трапецевидной мышце, глубже расположены малая ромбовидная мышца, задняя верхняя зубчатая мышца и нисходящая ветвь поперечной шейной артерии. В этой области распределены задняя ветвь грудного нерва, задний нерв лопатки и добавочный нерв.

Показания: А — нет.

Б — головная боль, головокружение; напряжение мышц затылка, контрактура мышц спины; боли в области лопатки, в колене, гонит.

В — склонность к простудным заболеваниям, кашель, плеврит, насморк; истерия, страх, тревожное состояние; тахикардия.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 10—20 мин.

12VII фэн-мэнь («врата ветра»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками D_2 — D_3 на 1,5 цуня.

Т. А.: в этой области располагаются трапецевидная, ниже — большая ромбовидная, задняя верхняя зубчатая мышцы, нисходящая ветвь поперечной шейной артерии, задние межреберные артерии, тыльный нерв лопатки и задние ветви грудных нервов.

Показания: А — нет.

Б — напряжение мышц затылка, боли в спине и пояснице.

В — кашель, простуда, бронхит, лихорадочные заболевания; крапивница.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 10—20 мин.

13VII фэй-шу («точка согласия легких»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками D_3 — D_4 на 1,5 цуня.

Т. А.: та же, что у точки 12VII фэн-мэнь.

Показания: А — нет.

Б — боли в спине и крестце.

В — бронхиальная астма, бронхит, пневмония; туберкулез легких.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 5—10 мин. После цзю в этой точке следует провести цзю в точке 36III цзу-сань-ли для снятия горечи и сухости в горле.

14VII цзюе-инь-шу («пустая точка»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками D_4 — D_5 на 1,5 цуня.

Т. А.: в этой зоне расположены трапецевидная мышца, крестцово-остистая мышца, нисходящая ветвь поперечной шейной артерии и задние ветви межреберных артерий. Здесь же распределены задние ветви грудных нервов.

Показания: А — нет.

Б — боли в лопатке, головная боль.

В — кашель, чувство сдавления в груди; боли в области сердца, перикардит; икота, тошнота, рвота.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 10—20 мин.

15VII синь-шу («точка согласия сердца»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками $D_5 - D_6$ на 1,5 цуня.

Т. А.: та же, что у точки 14VII цзюе-инь-шу.

Показания: А и Б — нет.

В — сердечная аритмия, сердцебиение; тревожное состояние, истерия, снижение памяти; рвота, анорексия; эпилепсия; задержка развития речи и роста у детей.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

16VII ду-шу («точка согласия»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками $D_6 - D_7$ на 1,5 цуня.

Т. А.: в этой области расположены трапециевидная мышца, широкая мышца и крестцово-остистая мышца. Здесь распределены задние ветви межреберных артерий и задние ветви грудных нервов.

Показания: А — нет.

Б — напряжение мышц затылка, выпадение волос.

В — катар верхних дыхательных путей, отрыжка, урчание в животе; боль в области сердца.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

17VII гэ-шу («точка диафрагмы»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками $D_7 - D_8$ на 1,5 цуня.

Т. А.: та же, что у точки 16VII ду-шу.

Показания: А и Б — нет.

В — кашель; повышенная потливость; носовое, кишечное, маточное кровотечения; геморрагический диатез; анемия; неврогенная рвота; крапивница.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

18VII гань-шу («точка согласия печени»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками $D_9 - D_{10}$ на 1,5 цуня.

Т. А.: соответствует пояснично-спинной фасции, крестцово-остистой мышце и широкой мышце спины. В этой области распределены задние ветви межреберных артерий и задние ветви грудных нервов. В брюшной полости под этой точкой справа расположена печень, слева — желудок.

Показания: А — нет.

Б — снижение сумеречного зрения, конъюнктивит; слизисто-серозные выделения из носа, носовое кровотечение.

Ускорение
мышц

В — боль в груди и подреберье, кашель; метеоризм, желтуха, болезни печени и желудка; хронический гастрит; фобические состояния.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 20 мин.

19VII дань-шу («точка согласия желчного пузыря»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками D_{10} — D_{11} на 1,5 цуня.

Т. А.: соответствует пояснично-спинной фасции, крестцово-остистой мышце и длинной мышце спины. В этой области распределены задние ветви межреберных артерий и задние ветви грудных нервов.

Показания: А и Б — нет.

В — боль и тяжесть в животе; тошнота, рвота, дисфагия, сужение пищевода; холецистит, гепатит, желтушность кожи; кровохарканье, кашель с болью; фобии, артериальная гипертония.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 20 мин.

20VII пи-шу

(«точка согласия селезенки — поджелудочной железы»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками D_{11} — D_{12} на 1,5 цуня.

Т. А.: та же, что у точки 19VII дань-шу.

Показания: А — нет.

Б — боли в спине, слабость во всех конечностях.

В — метеоризм, отрыжка, понос, повышение аппетита на фоне истощения, желтуха; анасарка; судороги у детей; крапивница.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 20—30 мин.

21VII вэй-шу («точка согласия желудка»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками D_{12} — L_1 на 1,5 цуня.

Т. А.: соответствует расположению пояснично-спинной фасции, крестцово-остистой мышцы и длинной мышцы спины. В этой области распределены задние ветви межреберных артерий и задние ветви грудных нервов.

Показания: А и Б — нет.

В — боль и урчание в животе; анорексия, истощение, рвота, рвота молоком у грудных детей, диспепсия; дисфункция печени, панкреатит, гепатит, гастрит, язва желудка, энтероколит.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 20—30 мин.

22VII сань-цзяо-шу

(«точка согласия тройного обогревателя»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками L_1 — L_2 на 1,5 цуня.

Т. А.: та же, что у точки 21VII вэй-шу.

Показания: А — нефрит, недержание мочи.

Б — напряжение мышц поясницы и позвоночника.

В — урчание в животе, вздутие живота, рвота, понос, диспепсия, энтерит, колит, дизентерия; отеки нижних конечностей; неврастения.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 20—30 мин.

23VII шэнь-шу («точка согласия почек»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками $L_2 - L_3$ на 1,5 цуня.

Т. А.: соответствует расположению пояснично-спинной фасции, крестцово-остистой мышцы и длинной мышцы спины. В этой области распределены задние ветви поясничных артерий и задние ветви поясничных нервов.

Показания: А — гематурия, нефрит, полиурия.

Б — боль в пояснице.

В — патологические поллюции, сперматорея, импотенция, нарушения менструальной функции, эндометрит; головокружение, глухота; анасарка, диабет; кишечная колика; геморрой.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 20—30 мин.

24VII ци-хай-шу («точка моря дыхания»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками $L_3 - L_4$ на 1,5 цуня.

Т. А.: та же, что у точки 23VII шэнь-шу.

Показания: А — нет.

Б — боль в пояснице.

В — геморрой; астения.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 20—30 мин.

25VII да-чан-шу («точка согласия толстой кишки»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками $L_4 - L_5$ на 1,5 цуня.

Т. А.: та же, что и у точки 23VII шэнь-шу.

Показания: А — недержание мочи, задержка мочи, цистит, нефрит.

Б — люмбалгия, ишиалгия.

В — геморрой; урчание в животе, боль в животе; понос, запор, затруднение дефекации, выпадение прямой кишки, энтерит, колит; гипертоническая болезнь.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 3 см, цзю 20—30 мин.

26VII гуань-юань-шу («точка границы и возникновения»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками $L_5 - S_1$ на 1,5 цуня.

Т. А.: располагается между поперечным отростком V поясничного позвонка и боковым краем крестца. В этой области распределены задние ветви средней крестцовой артерии и задние ветви поясничных нервов.

Показания: А — недержание мочи, задержка мочи, анурия, цисталгия, цистит.

Б — люмбалгия.

В — сперматорея; боли в нижней части живота, понос, метеоризм, энтерит, колит, дизентерия; гипертоническая болезнь.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 3 см, цзю 20—30 мин.

27VII сяо-чан-шу («точка согласия тонкой кишки»)

Локализация: точка расположена снаружи от промежутка между остистыми отростками S_1-S_2 на 1,5 цуня.

Т. А.: соответствует расположению пояснично-спинной фасции и крестцово-остистой мышцы. В этой области распределены задняя ветвь средней крестцовой артерии и задние ветви крестцовых нервов.

Показания: А — недержание мочи, анурия, гематурия.

Б — боли в крестце и тазобедренном суставе, ишиалгия, люмбаго.

В — эндометрит, боли в животе, метеоризм, понос, энтероколит, кишечная колика, запор.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 3 см, цзю 20—30 мин.

28VII пан-гуан шу («точка согласия мочевого пузыря»)

Локализация: снаружи от промежутка между остистыми отростками S_2-S_3 на 1,5 цуня.

Т. А.: та же, что у точки 27VII сяо-чан-шу.

Показания: А — нарушения мочеиспускания, недержание мочи, цистит; сахарный диабет; отек наружных половых органов, патологические поллюции.

Б — боли в крестце, пояснице и позвоночнике, ощущение слабости в коленном суставе.

В — запор, понос, энтероколит; родовые боли, эндометрит.

Нахождение точки: в положении лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 3 см, цзю 20—30 мин.

29VII чжун-люй-шу («точка согласия среднего позвонка»)

Локализация: снаружи от промежутка между остистыми отростками S_3-S_4 на 1,5 цуня.

Т. А.: соответствует расположению пояснично-спинной фасции и началу большой ягодичной мышцы. В этой области распределены верхняя ягодичная артерия и задние ветви крестцовых нервов.

Показания: А — нет.

Б — боли в поясничной области, ишиас, боли по ходу позвоночника.

В — энтерит, энтероколит, кишечные колики, понос, дизентерия.

Нахождение точки: в положении лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 20—30 мин.

30VII бай-хуань-шу («точка сфинктера»)

Локализация: ниже четвертого крестцового остистого отростка и снаружи на 1,5 цуня или от конца ягодичной складки на 1,5 цуня, вертикально ниже точки 29VII чжун-люй-шу.

Т. А.: у внутреннего края большого седалищного отверстия, соответствует расположению большой ягодичной мышцы. В этой области распределены нижний ягодичный нерв и задние ветви крестцового нерва.

Показания: А — цистит, затруднение мочеиспускания.

Б — боль в пояснице и боковой поверхности ягодицы; паралич мышц голени и стопы.

В — геморрой, анальные дисфункции, запор; меноррагия, эндометрит.

Нахождение точки: в положении лежа на животе.

Техника: пункция несколько косая. Глубина укола 1,5 см, цзю 5—10 мин.

31VII шан-ляо («верхняя ямка»)

Локализация: ниже первого среднего крестцового гребешка, соответствует первому заднему крестцовому отверстию.

Т. А.: соответствует расположению пояснично-спинной фасции и крестцово-остистой мышцы. В этой области распределены боковая крестцовая артерия и задние ветви крестцовых нервов.

Показания: А — полиурия, недержание мочи, задержка мочи, боли в половом члене, цистит, дизурия.

Б — боли в пояснице, крестце, в копчике, по ходу седалищного нерва, люмбаго.

В — гинекологические заболевания, метроррагия, нерегулярные и болезненные менструации, опущение матки, функциональное бесплодие, эндометрит, выделение белей; запор, геморрой.

Нахождение точки: в положении лежа на животе. Конец II пальца прикладывают к центру линии, соединяющей позвоночную ось с 27VII сяо-чан-шу, — это первое крестцовое отверстие; IV палец окажется над копчиком (четвертое крестцовое отверстие), а II, III пальцы соответственно попадают во второе и третье крестцовые отверстия.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 3—3,5 см, цзю 20—30 мин.

32VII цы-ляо («следующая ямка»)

Локализация: ниже второго среднего крестцового гребешка. Соответствует второму заднему крестцовому отверстию.

Т. А.: та же, что и у точки 31VII шан-ляо.

Показания: соответствуют показаниям точки 31VII шан-ляо.

Нахождение точки: см. 31VII.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2,5—3 см, цзю 20—30 мин.

33VII чжун-ляо («средняя ямка»)

Локализация: ниже третьего среднего гребешка, соответствует третьему заднему крестцовому отверстию.

Т. А.: соответствует расположению пояснично-спинной фасции. В этой области распределены боковая крестцовая артерия и задние ветви крестцовых нервов.

Показания: соответствуют показаниям точки 31VII шан-ляо.

Нахождение точки: см. 31VII шан-ляо.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2,5—3 см, цзю 20—30 мин.

34VII ся-ляо («нижняя ямка»)

Локализация: ниже четвертого среднего крестцового гребешка. Соответствует четвертому заднему крестцовому отверстию.

Т. А.: та же, что у точки 33VII чжун-ляо.

Показания: соответствуют показаниям точки 31VII шан-ляо. Дополнительно: А — боль в уретре, цистит.

Нахождение точки: см. 31VII шан-ляо.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2,5 см, цзю 20—30 мин.

35VII хуэй-ян («сторона четыре позвонка»)

Локализация: кнаружи от верхнего края копчика на 0,5 цуня.

Т. А.: соответствует началу большой ягодичной мышцы; здесь распределяются артерии прямой кишки, нижний ягодичный нерв и заднепронходно-копчиковый нерв из копчикового сплетения.

Показания: А — повышенная потливость в области наружных половых органов.

Б — боль в пояснице при менструации.

В — импотенция, фригидность; выделение белей; понос; заболевания прямой кишки и заднего прохода, геморрой.

Нахождение точки: в положении лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 10—20 мин.

36VII чэн-фу («место опоры»)

Локализация: в центре ягодичной складки.

Т. А.: соответствует нижнему краю большой ягодичной мышцы, между двуглавой и полусухожильной мышцами. В этой области распределены подъягодичная артерия, нижний ягодичный нерв, иннервирующий большую ягодичную мышцу, и задний кожный нерв бедра. В глубине проходит седалищный нерв.

Показания: А — задержка мочи.

Б — отек и боли в области бедра, ишиас; боли в органах малого таза.

В — геморрой.

Нахождение точки: в положении лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 3 см, цзю 5—10 мин.

37VII инь-мэнь («врата богатства»)

Локализация: ниже точки 36VII чэн-фу на 6 цуней.

Т. А.: на задней поверхности бедра, чуть выше срединного уровня, между двуглавой и полусухожильной мышцами, в глубине проходит седалищный нерв. В этой области распределены третья прободающая артерия, отходящая от латеральной артерии, и задний кожный нерв бедра.

Показания: А — нет.

Б — боли в пояснице и позвоночнике, отек в области бедра, ишиас, паралич нижних конечностей.

В — геморрой.

Нахождение точки: в положении лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 5—10 мин.

38VII фу-си («поверхностная долина»)

Локализация: выше точки 39VII вэй-ян на 1 цунь.

Т. А.: кзади от латерального надмышечка бедра, у медиального края двуглавой мышцы бедра. В этой области распределены ветви латеральной надколенной артерии, общий малоберцовый нерв и задний кожный нерв бедра.

Показания: А — задержка мочи, цистит.

Б — спазм мышц бедра, парез малоберцового нерва, анестезия кожи в области тазобедренного сустава; судороги в латеральной области голеностопного сустава.

В — запор.

Нахождение точки: в положении лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 5—20 мин.

39VII вэй-ян («накопление ян»)

Локализация: кнаружи от точки 40VII вэй-чжун на 1 цунь.

Т. А.: у внутреннего края двуглавой мышцы, на латеральной поверхности подколенной ямки. В этой области распределены ветви надколенной

латеральной артерии и вены, общий малоберцовый нерв и латеральный кожный икроножный нерв.

Показания: А — задержка мочи, капающее мочеиспускание.

В — припухлость и боль в области поясницы, спины, подмышечной области, ишиас, судорожные боли голени, паралич мышц ног.

В — геморрой; болезнь бери-бери; эпилепсия; вегетативная дистония.

Нахождение точки: в положении лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 5—20 мин.

40VII вэй-чжун («средние накопления»)

Локализация: в центре подколенной ямки.

Т. А.: на задней поверхности коленного сустава, в ямке, образованной двуглавой мышцей бедра, полуперепончатой мышцей, медиальной и латеральной головками икроножной мышцы, где проходят подколенные артерия и вена и большеберцовый нерв. В этой области распределен задний кожный нерв бедра.

Показания: А — олигурия, недержание мочи.

Б — поясничные боли, ишиас, боли в нижних конечностях, в области шеи, голени и коленного сустава; перемежающаяся хромота.

В — боли в брюшной полости, запор, понос, рвота; боли в области сердца, артериальная гипертония; геморрой; кровотечение из носа; недостаточность мозгового кровообращения; нарушения обмена веществ; болезни кожи; аллергия.

Нахождение точки: в положении на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю не проводится.

41VII фу-фэнь («рядом с мышцей»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками D₂ — D₃ на 3 цуня.

Т. А.: соответствует расположению трапециевидной мышцы, краю большой и малой ромбовидной мышц. В этой области распределены нисходящая ветвь поперечной артерии шеи, задний нерв лопатки, задние ветви грудных нервов и добавочный нерв.

Показания: А — нет.

Б — боль и напряжение мышц области спины, плеча, шеи и затылка, кривошея, межреберная невралгия; анестезия кожи плеча и локтевого сгиба.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 10—20 мин.

42VII по-ху («седалище души»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками D₃ — D₄ на 3 цуня.

Т. А.: та же, что у точки 41VII фу-фэнь.

Показания: А — нет.

Б — напряжение мышц затылка, боль в области лопатки, наружной поверхности плеча.

В — кашель, бронхиальная астма, туберкулез легких; тошнота, рвота.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция косая. Глубина укола 1 см, цзю 3—7 (30) мин.

43VII гао-хуан («жизненный центр»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками $D_4 - D_5$ на 3 цуня (на второй боковой линии спины).

Т. А.: у внутреннего края лопатки, соответствует расположению трапециевидной мышцы и большой ромбовидной мышцы. В этой области распределены нисходящая ветвь поперечной артерии шеи, задние ветви межреберных артерий, задний нерв лопатки и задние ветви грудных нервов.

Показания: А — нет.

Б — боли в области плеча и спины.

В — кашель, кровохарканье; потливость; бронхит, бронхиальная астма, пневмония, расширение бронхов; интермиттирующая лихорадка; кардиопатии; рвота, язвенная болезнь; неврастения, ослабление памяти.

Нахождение точки: в положении сидя; для отведения лопатки больному рекомендуется положить правую руку на левое плечо, левую руку — на правое плечо.

Техника: пункция косая, избегая попадания в плевральную полость. Глубина укола 1 см, цзю 20—30 мин. После цзю в этой точке следует провести цзю в точке 36III цзу-сань-ли, чтобы снять гиперемия верхней части туловища.

44VII шэнь-тан («место ощущения»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками $D_5 - D_6$ на 3 цуня.

Т. А.: та же, что у точки 43VII гао-хуан.

Показания: А — нет.

Б — напряжение мышц спины и позвоночника, межреберная невралгия; головокружение.

В — рвота; кашель, бронхиальная астма, одышка.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на животе.

Техника: пункция косая. Глубина укола 1 см, цзю 7—15 мин.

45VII и-си («крик боли»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками $D_6 - D_7$ на 3 цуня.

Т. А.: та же, что у точки 44VII шэнь-тан.

Показания: А — нет.

Б — ограничение подвижности позвоночника, контрактура мышц спины, межреберная невралгия.

В — заболевания сердца, перикардит; кашель, лихорадочные заболевания; икота, тошнота, спазм пищевода, дисфагия, боль в желудке.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на животе.

Техника: пункция косая. Глубина укола 1 см, цзю 10—30 мин.

46VII гэ-гуань («граница диафрагмы»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками $D_7 - D_8$ на 3 цуня.

Т. А.: у внутреннего края нижнего угла лопатки, соответствует расположению широкой мышцы. В этой области распределены задние ветви межреберных артерий и задние ветви грудных нервов.

Показания: А — нет.

Б — боль в спине.

В — понижение аппетита, отрыжка, рвота, икота, гастралгия, диспепсия; детские кишечные паразитарные заболевания; кровотечение из носа, кишечника и матки; заболевания крови.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на животе.

Техника: пункция косая. Глубина укола 1,5 см, цзю 5—20 мин.

47VII хунь-мэнь («врата души»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками D_9 — D_{10} на 3 цуня.

Т. А.: та же, что у точки 46VII гэ-гуань.

Показания: А — нет.

Б — боли в спине и области сердца.

В — урчание в животе, рвота, понос, усиление перистальтики, боли в животе, дисфункция печени, желтуха, нерегулярный стул, спазмы желудка, пищевода, анорексия, диспепсия; плеврит.

Нахождение точки: в положении лежа на животе.

Техника: пункция косая. Глубина укола 1,5 см, цзю 5—20 мин.

48VII ян-ган («соединение ганг»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками D_{10} — D_{11} на 3 цуня.

Т. А.: та же, что и у точки 46VII гэ-гуань.

Показания: А — нет.

Б — межреберная невралгия.

В — урчание и боль в животе, отсутствие аппетита, желтуха, дисфункция печени, желудочные спазмы, спазмы пищевода, понос.

Нахождение точки: в положении лежа на животе.

Техника: пункция косая. Глубина укола 1,5 см, цзю 5—20 мин.

49VII и-шэ («место ощущения»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками D_{11} — D_{12} на 3 цуня.

Т. А.: та же, что и у точки 46VII гэ-гуань.

Показания: А — нет.

Б — боли в спине.

В — гепатит, желтуха; боли в желудке и пищеводе, тошнота, рвота, диспепсия, метеоризм.

Нахождение точки: в положении лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 3—7 мин.

50VII вэй-цан («амбар желудка»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками D_{12} — L_1 на 3 цуня.

Т. А.: в этой области распределены задние ветви межреберных артерий и задние ветви грудных нервов.

Показания: А — нет.

Б — боли в спине и позвоночнике.

В — метеоризм, боль в эпигастральной области, запор; увеличение печени и селезенки.

Нахождение точки: в положении лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 10—20 мин.

51VII хуан-мэнь («врата жизненных центров»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками $L_1 - L_2$ на 3 цуня.

Т. А.: в этой области находятся широкая мышца спины, задние ветви поясничной артерии, задние ветви поясничных нервов.

Показания: А — нет.

Б — боли в спине.

В — боли в желудке спазматического характера, запор, мастит, нарушения лактации.

Нахождение точки: в положении лежа на животе.

Техника: пункция косая. Глубина укола 2 см, цзю 10—30 мин.

52VII чжи-ши («место воли»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками $L_2 - L_3$ на 3 цуня.

Т. А.: та же, что и у точки 50VII вэй-цан.

Показания: А — боль в наружных половых органах, поллюции, капающее мочеиспускание.

Б — боль и напряжение мышц поясницы и спины, боли в бедре.

В — рвота, диспепсия, понос; импотенция.

Нахождение точки: в положении лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 3 см, цзю 10—30 мин.

53VII бао-хуан («жизненный центр матка — плацента»)

Локализация: кнаружи от промежутка между вторым и третьим средними крестцовыми гребешками на 3 цуня.

Т. А.: соответствует расположению большой ягодичной мышцы, средней и малой ягодичных мышц. В этой области распределены верхняя ягодичная артерия, верхний ягодичный нерв, нижний ягодичный нерв.

Показания: А — анурия, уретрит, цистит, пиелонефрит, затруднение мочеиспускания, недержание мочи; отечность в области наружных половых органов.

Б — боль в области поясницы и позвоночника.

В — гинекологические заболевания; метеоризм; орхит.

Нахождение точки: в положении лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 10—30 мин.

54VII чжи-бянь («сторона IV позвонка»)

Локализация: на 3 цуня кнаружи от четвертого сакрального отверстия.

Т. А.: соответствует большой ягодичной мышце и проекции грушевидной мышцы, в глубине проходит седалищный нерв. В этой области распределены верхняя ягодичная артерия, верхний и нижний ягодичные нервы, верхний ягодичный кожный нерв и средний ягодичный кожный нерв.

Показания: А — недостаточность функции почек, цистит, цисталгия.

Б — боль в пояснице, ишиас, слабость мышц ног, крестцово-копчиковые боли.

В — геморрой.

Нахождение точки: в положении лежа на животе.

Техника: пункция косая. Глубина укола 3,5 см, цзю 10—30 мин.

55VII хэ-ян («точка встречи ян»)

Локализация: ниже центра подколенной ямки на 2 цуня.

Т. А.: соответствует верхнему отделу разветвления обеих брюшек икроножной мышцы. В этой области распределены подколенная артерия, большеберцовый нерв и медиальный икроножный кожный нерв.

Показания: А — задержка мочи.

Б — ломящая боль в коленном суставе и голени, боли в пояснице и позвоночнике, ишиас.

В — боли в нижней части живота, эндометрит, менометроррагия, запор геморрой.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 3—7 мин.

56VII чэн-цинъ («поддержка мышц»)

Локализация: в области середины брюшка икроножной мышцы.

Т. А.: между брюшками икроножной мышцы. В этой области распределены задняя большеберцовая артерия, большеберцовый нерв и медиальный икроножный кожный нерв.

Показания: А — нет.

Б — напряжение мышц поясницы и спины; отечность голени, спазм мышц, парезы нижних конечностей.

В — боли в кишечнике, запор, понос; геморрой.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на животе. Она расположена посередине между 55VII хэ-ян и 57VII чэн-шань.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 5—20 мин.

57VII чэн-шань («опора горы»)

Локализация: несколько ниже от места соединения обеих брюшек икроножной мышцы, на середине линии между верхним краем пяточной кости и серединой подколенной ямки.

Т. А.: в этой области распределены задняя большеберцовая артерия, большеберцовый нерв и медиальный икроножный нерв голени.

Показания: А — нефрит, цистит.

Б — отечность коленного сустава, ломящая боль в голени, пояснице, судороги икроножной мышцы, ишиас.

В — геморрой, выпадение прямой кишки; дрожание рук, судороги, болезнь бери-бери.

Нахождение точки: в положении стоя на носках. В таком положении ясно выражено соединение обеих брюшек икроножной мышцы. Кроме того, точка определяется и в положении лежа на животе с выпрямленной ногой и обращенной кверху подошвой стопы.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2,5 см, цзю 5—15 мин.

58VII фэй-ян («взлет»)

Локализация: выше центра латеральной лодыжки на 7 цуней.

Т. А.: кзади от малоберцовой кости, на месте перехода латерального брюшка икроножной мышцы в ахиллово сухожилие. В этой области распределены малоберцовая артерия и латеральный икроножный кожный нерв.

Показания: А — нефрит, цистит.

Б — слабость мышц поясницы и ноги, припухлость в них, боль в суставах ног, ишиас; головная боль, головокружение; кровотечение из носа.

В — геморрой.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 3—7 мин.

59VII фу-ян («ян костей стопы»)

Локализация: выше центра наружной лодыжки на 3 цуня, у наружного края ахиллова сухожилия.

Т. А.: соответствует расположению короткой малоберцовой мышцы, где распределены малоберцовая артерия, латеральный кожный икроножный нерв и поверхностный малоберцовый нерв.

Показания: А — нет.

Б — боли в икроножной мышце, боли в пояснице и бедре, паралич ноги, спазмы, боли в области крестца и пятки, люмбаго.

В — судороги при обезвоживании; геморрой.

Нахождение точки: в положении лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 3—5 мин.

60VII кунь-лунь («название горы в Тибете»)

Локализация: посредине между ахилловым сухожилием и латеральной лодыжкой.

Т. А.: расположена во впадине между латеральной лодыжкой и ахилловым сухожилием, соответствует расположению короткой малоберцовой мышцы, где распределены задняя артерия латеральной лодыжки, малоберцовая артерия и икроножный нерв.

Показания: А — нет.

Б — головная боль, головокружение, кровотечение из носа; шейные боли, боли в пояснице, спине, ишиас, напряжение мышц затылка, спины и плеча; ревматический артрит голеностопного сустава.

В — артериальная гипертония; повышенная чувствительность к холоду; повышенная нервно-мышечная возбудимость, склонность к судорогам; воспалительные заболевания органов малого таза; аменорея; задержка отхождения плаценты в родах; судороги у детей; геморрой.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа.

Техника: пункция косая, конец иглы направлен к переднему краю медиальной лодыжки. Можно делать прокол до ЗУШ тай-си. Глубина укола 1,5 см, цзю 5—20 мин.

61VII пу-шэнь («помощь работницам»)

Локализация: на наружной поверхности пятки, во впадине, вертикально вниз от точки 60VII кунь-лунь позади точки 62VII шень-май.

Т. А.: в этой области распределены латеральная пяточная артерия и латеральная пяточная ветвь икроножного нерва.

Показания: А — нет.

Б — боли в области поясницы, пятки, лодыжки, отек в области лодыжки; слабость мышц ног.

В — судороги при обезвоживании; эпилепсия.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа.

Техника: пункция косая. Глубина укола 1 см, цзю 5—20 мин.

62VII шэнь-май («сосуд растяжения»)

Локализация: под наружной лодыжкой у нижнего края блокового выступа пяточной кости, во впадине на границе подошвенной и тыльной поверхностей стопы.

Т. А.: расположение соответствует верхнему краю отводящей мышцы у пальца, где распределены наружная пяточная артерия, отходящая от малоберцовой артерии, и наружный плюсневый нерв — ветвь большеберцового нерва.

Показания: А — нет.

Б — головная боль, головокружение; ломящая боль в пояснице и ноге (колени и лодыжке), боли в голеностопном суставе; слабость мышц ног, контрактуры ног и рук.

В — озноб, потливость; болезненные менструации; судороги, эпилепсия; расстройства сна; синдром Меньера.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю не проводится.

63VII цзинь-мэнь («золотые ворота»)

Локализация: точка находится в углублении кпереди от точки 62 VII шэнь-май и несколько ниже ее, у края кубовидной кости, у границы тыльной и подошвенной поверхности стопы.

Т. А.: кзади от основания V плюсневой кости, где распределены латеральная плюсовая артерия и плюсневый нерв от большеберцового нерва.

Показания: А — нет.

Б — ломящая боль в голени, в латеральной лодыжке, боли в пояснице, головная боль.

В — боли внизу живота; судороги у детей раннего возраста, эпилепсия; снижение слуха.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5 см, цзю 3—7 мин.

64VII цзин-гу («главные кости»)

Локализация: на наружной поверхности стопы, кзади и книзу от бугорка V плюсневой кости.

Т. А.: та же, что у точки 63 VII цзинь-мэнь.

Показания: А — нет.

Б — боли по ходу меридиана VII (мочевом пузыря); сильные головные боли, боли в затылке, шее, спине, пояснице, по задней поверхности бедра, мышечные контрактуры; заболевания глаз, носа.

В — запор, понос; фобии, эпилепсия.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5 см, цзю 5—7 мин.

65VII шу-гу («соединение костей»)

Локализация: кзади и кнаружи от головки V плюсневой кости, во впадине, на границе тыльной и подошвенной поверхности стопы.

Т. А.: кпереди от отводящей мышцы у пальца, где распределены ветви латеральной плюсневой артерии и латеральный плюсневый нерв.

Показания: А — нет.

Б — головокружение; головная боль, напряжение мышц затылка, затруднение поворота головы вследствие тика и контрактуры мышц шеи;

боль в пояснице и спине, по задней поверхности бедра; судороги икроножной мышцы; выделения из носа; сужение слезоотводящего канала; глухота.

В — геморрой; маниакальное состояние, эпилепсия; лихорадка.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5 см, цзю 3—7 мин.

66VII цзу-тун-гу («проход долиной»)

Локализация: на наружной поверхности V пальца, впереди от V плюснефалангового сустава.

Т. А.: в этой области распределены предплюсневая артерия и собственный плюсневый нерв пальца, отходящий от латерального плюсневого нерва.

Показания: А — нет.

Б — головная боль, головокружение; напряжение мышц затылка, кровотечение из носа; мерцание в глазах; боли в стопах.

В — диспепсия, хронический гастрит; эндометрит.

Нахождение точки: при согнутом V пальце точка расположена в конце складки.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3 см, цзю 3—5 мин.

67VII чжи-инь («достижение инь»)

Локализация: на 0,3 см снаружи от наружного угла ногтя V пальца стопы.

Т. А.: здесь распределены тыльная артерия пальцев и V тыльный нерв, отходящий от икроножного нерва.

Показания: А — анурия, затруднение мочеиспускания.

Б — головная боль, заложенность в носу, глазные заболевания, боль в области шеи и затылка, гипертермия подошвы стопы.

В — тревожное состояние; хронический гастрит; патологические поллюции; родовая слабость, затрудненные роды.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3 см, цзю 3—5 мин.

Меридиан VIII (почек)

Меридиан парный, симметричный, центростремительный, относится к системе инь. Начинается наружным ходом (рис. 43) в точке 1 VIII юн-цюань (центр подошвенной поверхности между II и III плюсневыми костями, на $\frac{2}{5}$ расстояния от кончика II пальца до заднего края пятки; иначе говоря, точка находится там, где начинается средняя линия задней поверхности ноги, по Чжу Лянь). Далее идет к внутреннему краю стопы и достигает верхнего края пяточной кости в точке 3 VIII тай-си (во впадине между внутренней лодыжкой и ахилловым сухожилием с внутренней стороны). Эта точка расположена на задней линии внутренней поверхности ноги (по Чжу Лянь), на которой начинается и меридиан IV (селезенки — поджелудочной железы).

Далее вновь спускается вниз и назад к середине внутренней поверхности пяточной кости, к точке 5 VIII шуй-цюань (расположена ниже 3 VIII тай-си на 1 цунь). Затем идет к точке 6 VIII чжао-хай (ниже внутренней лодыжки, кзади от бугорка ладьевидной кости), образуя, таким образом, в области пяточной кости петлю. Потом идет до точки 7 VIII фу-лю по задней линии внутренней поверхности ноги (по Чжу Лянь), в точке 8 VIII цзяо-синь (выше центра медиальной лодыжки на 2 цуня) переходит на среднюю линию внутренней поверхности ноги (по Чжу Лянь), а в точке 9 VIII чжу-бинь (ниже внутреннего

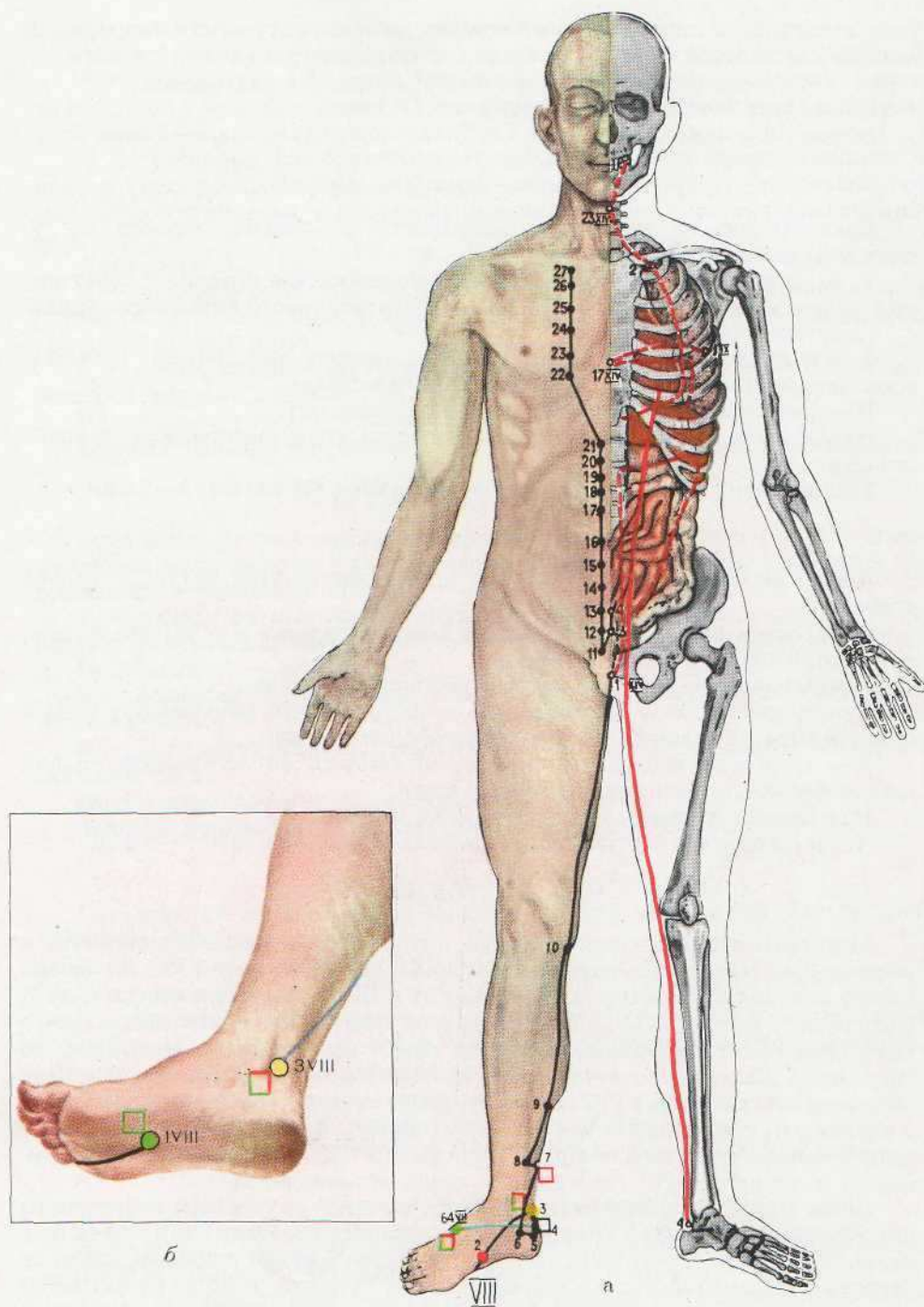


Рис. 43. а — Меридиан VIII (почек); б — точки седативная, пособник (источник) меридиана VIII.
 1—юн-шоань; 2—жань-гу; 3—гай-си; 4—да-чжун; 5—шуй-шоань; 6—чжао-хай; 7—фу-лю; 8—цзяо-синь; 9—чжу-бинь;
 10—инь-гу; 11—хэн-гу; 12—да-хэ; 13—ци-сюе; 14—сы-мань; 15—чжун-чжу; 16—хуан-шу; 17—шан-цюй; 18—ши-гуань;
 19—инь-ду; 20—фу-тун-гу; 21—ю-мэнь; 22—бу-лан; 23—шэнь-фэн; 24—лин-суй; 25—шэнь-цан; 26—юй-чжун;
 27—шу-фу.

брюшка икроножной мышцы, выше центра внутренней лодыжки на 5 цуней) обратно возвращается на заднюю линию внутренней поверхности ноги и, проходя по внутреннезадней поверхности бедра, достигает точки 1XIV хуэй-инь (в центре между наружными половыми органами и задним проходом). От нее погружается внутрь, и здесь начинается внутренний ход меридиана, который переходит в точке 4XIV гуань-юань (на средней линии туловища, на 3 цуня ниже пупка) опять в наружный ход меридиана и спускается вниз до точки 3XIV чжун-цзи (на средней линии туловища, ниже пупка на 4 цуня). Отсюда меридиан проходит к точке 11VIII хэн-гу (находится на первой боковой линии живота, ниже точки 16 VIII хуан-шу, расположенной на уровне пупка, на 5 цуней), далее от этой точки наружный ход меридиана VIII (почек) поднимается вверх по первой боковой линии живота (по Чжу Лянь), а в точке 22VIII бу-лан (на первой боковой линии груди в пятом межреберье) переходит на первую боковую линию груди и заканчивается в точке 27VIII шу-фу (в подключичной ямке, на 2 цуня кнаружи от средней линии туловища).

Внутренний ход меридиана начинается от точки 1XIV хуэй-инь, погружается внутрь и поднимается на переднюю поверхность позвоночной оси до уровня почек, «управляющих» данным меридианом. Затем опускается к мочевому пузырю и связывается с ним. Имеет одно ответвление, которое начинается от почек, пересекает печень, проходит через диафрагму и легкие, где разветвляется на две ветви; первая ветвь поднимается параллельно наружному ходу, а с уровня проекции точки 27VIII шу-фу начинает отходить к средней линии туловища и на уровне проекции точки 23XIV лян-цюань (в щели, образованной между нижним краем тела подъязычной кости и верхней вырезкой щитовидного хряща) соединяется с внутренним ходом меридиана XIV (переднесрединного) и, доходя до края языка, заканчивается (т. е. за счет первого ответвления внутреннего хода происходит связь между точками 27VIII шу-фу и 23XIV лян-цюань). Вторая ветвь также поднимается параллельно наружному ходу до проекции точки 23VIII шэнь-фэн (в четвертом межреберье на первой боковой линии груди), а отсюда проходит к меридиану XIV (переднесрединному), проецируясь снаружи на уровне точки 17XIV тань-чжун (в нижней четверти тела грудины на уровне четвертого межреберья), и заканчивается на уровне точки 11X тянь-чи (чуть кнаружи от соска в четвертом межреберье), соединяясь с меридианом IX (перикарда).

На меридиане VIII точек воздействия 27:

1—юн-цюань, 2—жань-гу, 3—тай-си, 4—да-чжун, 5—шуй-цюань, 6—чжао-хай, 7—фу-лю, 8—цзяо-синь, 9—чжу-бинь, 10—инь-гу, 11—хэн-гу, 12—да-хэ, 13—ци-сюе, 14—сы-мань, 15—чжун-чжу, 16—хуан-шу, 17—шан-цюй, 18—ши-гуань, 19—инь-ду, 20—фу-тун-гу, 21—ю-мэнь, 22—бу-лан, 23—шэнь-фэн, 24—лин-сюй, 25—шэнь-цан, 26—юй-чжун, 27—шу-фу.

Стандартные пункты меридиана VIII:

тонизирующая точка 7VIII фу-люэ;
седативная точка 1VIII юн-цюань;
точка-пособник (источник) 3VIII таи-си;
стабилизирующий ло-пункт к меридиану VII (мочевому пузырю) 4VIII да-чжун;
сочувственная точка 23VII шэнь-шу;
точка-глашатай 25XI цзин-мэнь.

Показания к использованию меридиана VIII (почек)

А. Расстройства, связанные с внутренним ходом меридиана: нарушения мочевыделения (полиурия, олигурия, анурия); недержание и задержка мочи; боли в почках, мочеточниках и мочевом пузыре, нефрит, пиелонефрит, цистит; импотенция, фригидность; астеническое состояние при недостаточности надпочечников.

Б. Расстройства, связанные с наружным ходом меридиана: похолодание или гипертермия кожи подошв, боли в подошве, во внутренней лодыжке, внутренней части голени, бедра; боли в позвоночнике, в передней брюшной стенке и груди.

В. Прочие расстройства: болезни органов малого таза; болезни органов брюшной полости; болезни органов грудной полости; тонзиллит, фарингит, глоссит; головные боли, расстройства органов зрения и слуха; эмоциональные расстройства: депрессия, астения, тревожное состояние, фобии.

Точки воздействия меридиана VIII (почек)

IVIII юн-цюань («клокочущий источник»)

Локализация: в центре подошвенной поверхности, между II и III плюсневыми костями, на $\frac{2}{5}$ расстояния от кончика II пальца до заднего края пятки.

Т. А.: соответствует подошвенному апоневрозу, где передняя большеберцовая артерия образует подошвенную дугу. В этой области распределены медиальный и латеральный плюсневые нервы.

Показания: А — недержание мочи, задержка мочи.

Б — боль по задне-внутренней поверхности бедра, снижение чувствительности на ногах.

В — ларингит, фарингит, сухость в горле, афония, охриплость голоса; головная боль в теменной области, головокружения, носовое кровотечение; судороги у детей; вагинальный зуд; опущение матки, бесплодие; истерия; эпилепсия; метеоризм, желтуха.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на животе при согнутых пальцах стопы — точка локализуется в середине подошвы.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

2VIII жань-гу («долина трех испытаний»)

Локализация: на внутренней поверхности стопы, впереди от бугорка ладьевидной кости.

Т. А.: соответствует расположению отводящей мышцы I пальца и верхнего края длинного сгибателя I пальца, где распределены медиальная плюсневая артерия и медиальный плюсневый нерв, отходящий от большеберцового нерва.

Показания: А — недержание или задержка мочи, цистит, уретрит; нарушение менструального цикла; поллюции, аспермия.

Б — отечность тыльной поверхности стопы, гипостезия и парестезии в области бедер; воспалительные процессы наружных половых органов.

В — ларингит, фарингит; опущение матки, эндометрит; эмоциональная потливость; повышение минимального артериального давления (непочечного происхождения); сахарный диабет; судороги у детей; тонзиллит.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 5—10 мин.

3VIII тай-си («море света»)

Локализация: во впадине между внутренней лодыжкой и ахилловым сухожилием.

Т. А.: в этой области проходят задняя большеберцовая артерия и большеберцовый нерв, распределен медиальный кожный нерв голени.

Показания: А — патология почек и мочевого пузыря, нефрит; недержание мочи; нарушение менструального цикла; импотенция.

Б — боль в области сердца, боли в пояснице; ревматический артрит голеностопного сустава, похудение ног при истощении; паралич мышц ног.

В — увеличение печени и селезенки; отечность слизистой оболочки гортани, кашель, кровохарканье; зубная боль; ангина, стоматит; запор; мастит; лихорадка; висцеральные спазмы.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Конец иглы направлен к переднему краю наружной лодыжки. (Возможна пункция путем прокола до точки 60 VII кунь-лунь.) Глубина укола 1 см, цзю 5—10 мин.

4VIII да-чжун («источник воды»)

Локализация: книзу от точки 3VIII тай-си, кпереди от места прикрепления ахиллова сухожилия к пяточной кости.

Т. А.: в этой области проходят задняя большеберцовая артерия и большеберцовый нерв, распределен медиальный кожный нерв голени.

Показания: А — инфекция мочеточников, нарушение мочеотделения, анурия, почечное кровотечение.

Б — боль в пятке.

В — кашель, одышка, чувство распирания в груди; истерия; рвота, сужение пищевода; стоматит; запор.

Нахождение точки: на середине расстояния от 3 VIII тай-си до 5 VIII шуй-цюань.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 5—10 мин.

5VIII шуй-цюань («высшее ушелье»)

Локализация: ниже точки 3VIII тай-си кпереди и кверху от бугра пяточной кости.

Т. А.: в этой области распределены медиальная пяточная артерия, медиальная пяточная ветвь большеберцового нерва и медиальный кожный нерв голени.

Показания: А — нарушение менструального цикла и мочеиспускания, связанные с опущением матки, спазмы мочевого пузыря.

Б — нет.

В — опущение матки, эндометрит; миопия.

Нахождение точки: в положении лежа.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5 см, цзю 3—7 (10) мин.

6VIII чжао-хай («большой бокал»)

Локализация: ниже медиальной лодыжки, кзади от бугорка ладьевидной кости, во впадине ниже суставного отростка таранной кости.

Т. А.: соответствует месту прикрепления отводящей мышцы большого пальца, где проходят задняя большеберцовая артерия и медиальный плюсневый нерв. В этой области распределен медиальный кожный нерв голени.

Показания: А — расстройства менструального цикла; зуд вульвы.

Б — растяжение связок голеностопного сустава.

В — сухость в горле; опущение матки; боли в нижней части живота; артериальная гипотония, мигрень, нарушение мозгового кровообращения с венозным застоем; ожирение; нарушение функции пищеварительного тракта,

печени, поджелудочной железы, кишечная колика; эпилепсия; нарушение сна; гонорея.

Нахождение точки: в положении сидя, с соприкасающимися между собой подошвенными сторонами обеих стоп — точка расположена ниже нижнего края медиальной лодыжки, где пальпируется углубление.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—7(10) мин.

7VIII фу-лю («задний поток»)

Локализация: кзади от точки 8VIII цзяо-синь, на месте перехода икроножной мышцы в ахиллово сухожилие, выше центра медиальной лодыжки на 2 цуня.

Т. А.: у заднего края большеберцовой кости, где распределены ветви задней большеберцовой артерии, ветви большеберцового нерва и медиальный икроножный кожный нерв.

Показания: А — диффузные отеки, нефрит, уретрит, орхит; почечная патология.

Б — боль в пояснице, люмбаго; слабость в мышцах ног; парестезия и гипестезия голени; боли в позвоночнике.

В — асцит, анасарка; нарушение пищеварения, метеоризм, диарея, урчание в животе; ночная потливость; астения; артериальная гипертензия; кровотечение из геморроидальных узлов.

Нахождение точки: в положении сидя с опущенной ногой без упора.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 5—15 мин.

8VIII цзяо-синь («обменное доверие»)

Локализация: выше центра медиальной лодыжки на 2 цуня.

Т. А.: точка находится у заднего края большеберцовой кости и длинного сгибателя пальцев, соответствует части длинного сгибателя I пальца; в этой области распределены задняя большеберцовая артерия, большеберцовый нерв и медиальный нерв голени.

Показания: А — задержка мочи, капающее мочеиспускание; генерализованные отеки; боли в уретре; расстройства менструального цикла.

Б — нарушение чувствительной и двигательной функций ног.

В — гонорея, эпидидимит, орхит; менометроррагии, энтерит, дизентерия, запор, диарея; выпадение матки; эмоциональная лабильность; повышенная потливость.

Нахождение точки: в положении сидя с опущенной ногой без упора.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 5—10 мин.

9VIII чжу-бинь («постройка плотины»)

Локализация: ниже внутреннего брюшка икроножной мышцы, в месте, где мышца переходит в сухожилие, выше центра медиальной лодыжки на 5 цуней.

Т. А.: в этой области проходят задняя большеберцовая артерия, большеберцовый нерв, распределены медиальный икроножный кожный нерв и медиальный кожный нерв голени.

Показания: А — азоспермия, импотенция.

Б — судороги икроножной мышцы, боли в стопе и голени.

В — неврастения, эпилепсия, маниакальное состояние, задержка психического развития, олигофрения.

Нахождение точки: в положении сидя с опущенной ногой без упора.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 5—20 мин.

10VIII инь-гу («долина инь»)

Локализация: у внутреннего конца подколенной складки, кзади от медиального мышелка большеберцовой кости.

Т. А.: между полусухожильной и полуперепончатой мышцами, где распределены ветви подколенной артерии, ветви большеберцового нерва, задний кожный нерв бедра и медиальный кожный нерв бедра.

Показания: А — фригидность, импотенция; боль при мочеиспускании, недержание мочи, боли в области полового члена.

Б — боли в коленном суставе, внутренней поверхности голени и бедра, гонит.

В — метеоризм, усиление саливации; вагинит, орхит; нарушения менструального цикла.

Нахождение точки: в положении сидя с опущенной ногой без упора.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 3 мин.

11VIII хэн-гу («поперечно кости»)

Локализация: на первой боковой линии живота, ниже точки 16VIII хуан-шу на 5 цуней.

Т. А.: соответствует расположению пирамидной мышцы и прямой мышцы живота, где распределены поверхностная эпигастральная артерия, наружная срамная артерия и подвздошно-подчревный нерв.

Показания: А — затруднение мочеотделения, недержание мочи, импотенция, сперматорея; боль в половом члене, уретре.

Б — мошоночная, бедренная, паховая грыжи.

В — глазные болезни: кератит, конъюнктивит.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3 мин. •

12VIII да-хэ («великий блеск»)

Локализация: на первой боковой линии живота, выше точки 11VIII хэн-гу на 1 цунь (от верхнего края лобковой кости до пупка 5 цуней).

Т. А.: соответствует расположению наружного края пирамидной мышцы, где распределены поверхностная нижняя эпигастральная артерия, передние кожные ветви XII нижнего межреберного нерва и подвздошно-подчревный нерв.

Показания: А — патологические поллюции, бели, боли в наружных половых органах, преждевременная эякуляция, сперматорея.

Б — нет.

В — втяжение яичка; метроррагия, конъюнктивит.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 3—5 мин.

13VIII ци-сюе («точка энергии»)

Локализация: на 2 цуня выше лобковой кости, на первой боковой линии живота.

Т. А.: соответствует расположению прямой мышцы, где распределены поверхностная нижняя эпигастральная артерия, передние кожные ветви нижних межреберных нервов.

Показания: А — заболевания мочеполовой системы, патологические поллюции, преждевременная эякуляция, импотенция, нарушение менструального цикла, задержка мочи, недержание мочи, нефрит, анурия.

Б — боль в пояснице, позвоночнике.

В — чувство распирания в верхней части живота, диарея; конъюнктивит, кератит.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 10—30 мин.

14VIII сы-мань («четырекратная полнота»)

Локализация: на 2 цуня ниже пупка, на первой боковой линии живота.

Т. А.: та же, что и у точки 13VIII ци-суюе.

Показания: А — расстройства менструального цикла, патологические поллюции.

Б — боль внизу живота при патологии матки.

В — боль и покраснение внутреннего угла глаза; анасарка; энтероколит, запор, понос.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 10—30 мин.

15VIII чжун-чжу («среднее течение»)

Локализация: ниже пупка на 1 цунь, на первой боковой линии живота.

Т. А.: та же, что и у точки 13VIII ци-суюе.

Показания: А — нет.

Б — боли в нижней части живота, пояснице.

В — воспалительные заболевания придатков матки; нарушение перистальтики кишечника; запор; конъюнктивит.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2,5 см, цзю 20—30 мин.

16VIII хуан-шу («пункт согласия жизненных центров»)

Локализация: на первой боковой линии живота, на уровне пупка, т. е. на уровне точки 8XIV шэнь-цзюе и кнаружи от нее на 0,5 цуня.

Т. А.: соответствует расположению прямой мышцы живота, где распределены поверхностная эпигастральная нижняя артерия и передние кожные ветви межреберных нервов.

Показания: А — нет.

Б — боль в животе.

В — дисфункция желудка, кишечника; запор, метеоризм, боли в желудке, вздутие живота, гастралгия, кишечные колики, желтуха, отсутствие аппетита; гиперемия конъюнктивы, кератит.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2,5 см, цзю 20—30 мин.

17VIII шан-цзюй («поворотная точка купцов»)

Локализация: выше точки 16VIII хуан-шу на 2 цуня, на первой боковой линии живота.

Т. А.: та же, что и у точки 16VIII хуан-шу.

Показания: А — нет.

Б — боли в области передней брюшной стенки.

В — спазматические боли в желудке, понижение аппетита, кишечные колики, запор, понос; гиперемия глаз, кератит, конъюнктивит.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 3 см, цзю 20—30 мин.

18VIII ши-гуань («каменная граница»)

Локализация: выше точки 16VIII хуан-шу на 3 цуня, на первой боковой линии живота.

Т. А.: та же, что и у точки 16VIII хуан-шу.

Показания: А и Б — нет.

В — гастралгия, запор, рвота, гиперсаливация; бесплодие у женщин, заболевания матки; боли в глазных яблоках.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 3 см, цзю 20—30 мин.

19VIII инь-ду («главный город»)

Локализация: выше 16VIII хуан-шу на 4 цуня, на первой боковой линии живота.

Т. А.: в верхней части живота, у верхнего края прямой мышцы живота и у наружного края белой линии, где распределены поверхностная верхняя эпигастральная артерия и передние кожные ветви межреберных нервов.

Показания: А — нет.

Б — боль в груди и подреберье.

В — боли в области желудка, рвота, тошнота, урчание в животе, метеоризм; бронхиальная астма, эмфизема легких; глаукома.

Нахождение точки: в положении лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2,5 см, цзю 20—30 мин.

20VIII фу-тун-гу («проход долиной»)

Локализация: на первой боковой линии живота, выше точки 16VIII хуан-шу на 5 цуней.

Т. А.: та же, что у точки 19VIII инь-ду.

Показания: А — нет.

Б — боли в груди.

В — рвота, тошнота, диарея, метеоризм, хронический гастрит, диспепсия; кашель.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2,5 см, цзю 10—30 мин.

21VIII ю-мэнь («ворота тьмы»)

Локализация: выше точки 16VIII хуан-шу на 6 цуней, на первой боковой линии живота.

Т. А.: та же, что и у точки 19VIII инь-ду.

Показания: А и Б — нет.

В — патология печени и желудочно-кишечного тракта; рвота, понос, стул с кровью и гноем, гиперсаливация, метеоризм, отрыжка, икота; боли в груди, кашель.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 10—20 мин.

22VIII бу-лан («вход в веранду»)

Локализация: на первой боковой линии груди в пятом межреберье.

Т. А.: соответствует расположению большой грудной мышцы, где распределены межреберная артерия, межреберные нервы и передние грудные нервы. В грудной полости в этой области расположены легкие, слева расположено сердце.

Показания: А — нет.

Б — межреберная невралгия.

В — рвота, понижение аппетита, тошнота; пневмония, кашель, одышка.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 5—20 мин.

23VIII шэнь-фэн («боги — печать»)

Локализация: в четвертом межреберье, на первой боковой линии груди.

Т. А.: та же, что у точки 22VIII бу-лан.

Показания: А — нет.

Б — межреберная невралгия, мастопатии.

В — рвота, понижение аппетита; кашель, одышка, бронхит, плеврит, заложенность носа.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 20—30 мин.

24VIII лин-сюй («дух — пустота»)

Локализация: в третьем межреберье, на первой боковой линии груди.

Т. А.: та же, что и у точки 22VIII бу-лан.

Показания: А — нет.

Б — межреберная невралгия, боли в груди, боли в молочных железах, мастит.

В — понижение аппетита, рвота; кашель, чувство распирания в груди и подреберье, бронхит; невротические состояния у женщин.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 20—30 мин.

25VIII шэнь-цан («боги — говорящий»)

Локализация: на первой боковой линии груди во втором межреберье.

Т. А.: соответствует расположению большой грудной мышцы, где распределены межреберные артерии, межреберные нервы и передние грудные нервы. В грудной клетке в этой области расположены легкие.

Показания: А — нет.

Б — межреберная невралгия, боли в груди.

В — рвота, понижение аппетита; кашель, одышка.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 20—30 мин.

26VIII юй-чжун («в сомнении»)

Локализация: на первой боковой линии груди в первом межреберье.

Т. А.: та же, что у точки 25VIII шэнь-цан.

Показания: А — нет.

Б — боли в грудной клетке.

В — кашель, одышка, чувство распирания в груди; тошнота, рвота, понос.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 20—30 мин.

27VIII шу-фу («мастерская согласия»)

Локализация: на первой боковой линии груди, в подключичной ямке у нижнего края ключицы.

Т. А.: соответствует расположению большой грудной мышцы, где распределены внутренняя артерия молочной железы, передние грудные нервы, подключичный нерв, надключичный нерв и передняя кожная ветвь I межреберного нерва.

Показания: А — нет.

Б — боли в грудной клетке, межреберная невралгия.

В — приступообразный кашель, одышка; отсутствие аппетита, рвота, спазм пищевода.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5(20) мин.

Меридиан IX (перикарда)

Меридиан парный, симметричный, центробежный, относится к системе инь. Начинается от перикарда внутренним ходом, который проходит в грудной клетке (рис. 44) и проецируется наружу на уровне точки 18XIV юй-тан (по средней линии туловища на уровне суставной вырезки IV ребра). Далее проходит к подреберью и заканчивается в точке 11X тянь-чи (в четвертом межреберье, снаружи от средней линии туловища на 5 цуней).

Внутренний ход меридиана имеет одно ответвление, которое начинается от перикарда, проецируясь наружу на уровне точки 17XIV тань-чжун, спускается вниз, проходит диафрагму и последовательно связывается с верхней, средней и нижней частями туловища.

Наружный ход начинается в первой доступной нашему воздействию точке 11X тянь-чи, далее проходит по подмышечной области, доходит до точки 21X тянь-цюань (на плече, на 2 цуня ниже передней подмышечной складки и идет по ладонно-срединной линии руки (по Чжу Лянь) до точки 91X чжун-чун (в центре конца III пальца руки, отступя от ногтя 0,3 см), где и заканчивается. Имеет одно ответвление, которое начинается в точке 81X лао-гун (на середине ладони между III и IV пястными костями), проходит IV палец и кончается в его кончике, где связывается с меридианом X (трех частей туловища).

На меридиане IX точек воздействия 9:

1—тянь-чи, 2—тянь-цюань, 3—цюй-цзе, 4—си-мэнь, 5—цзянь-ши, 6—нэй-гуань, 7—да-лин, 8—лао-гун, 9—чжун-чун.

Стандартные пункты меридиана IX:

тонизирующая точка 91X чжун-чун;
седативная точка 71X да-лин;
точка-пособник 71X да-лин;
стабилизирующий ло-пункт к меридиану X (трех частей туловища) 61X нэй-гуань;
сочувственная точка 14VII цзюе-инь-шу;
точка-глашатай 11X тянь-чи.

Показания к использованию меридиана IX
(перикарда)

А: сверлящие боли в области сердца; перикардит, эндокардит, миокардит; неврогенное сердцебиение.

Б: боли в боковой области грудной клетки с иррадиацией в лопаточную область и межреберная невралгия; боли в области локтевого сустава, плеча, предплечья и кости; судороги мышц предплечья.

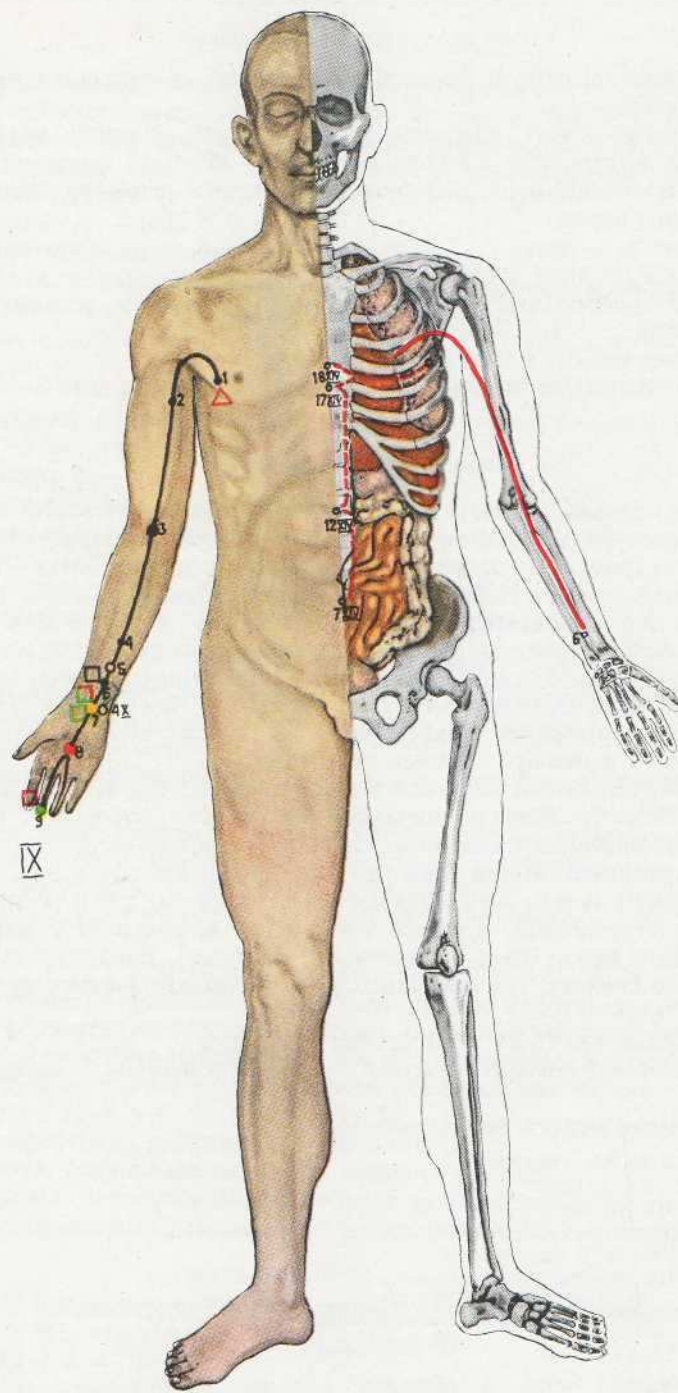


Рис. 44.

Меридиан IX (перикарда).

1—тянь-чи; 2—тянь-цюань; 3—цюй-цзе; 4—си-мэнь; 5—цзянь-ши; 6—нэй-гуань; 7—да-лин; 8—лао-гун; 9—чжун-чун.

В: заболевания желудка; заболевания легких; нервно-психические расстройства; лихорадочные состояния.

*Точки воздействия меридиана IX
(перикарда)*

11X тянь-чи («небесный пруд»)

Локализация: в четвертом межреберье, снаружи от средней линии на 5 цуней.

Т. А.: соответствует расположению большой грудной и малой грудной мышц, где распределены задние ветви грудных артерий, передние грудные нервы и межреберные нервы.

Показания: А — перикардит.

Б — межреберная невралгия, боли в боковой области груди и плеча, инфильтрат в подмышечной области, мастит.

В — чувство удушья в груди, одышка, пневмония, бронхит.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция сперва перпендикулярная на 0,1 см, далее укол почти горизонтально по ходу межреберья на 0,5 см, конец иглы снаружи. Глубокий укол, особенно слева, противопоказан! Глубина укола 0,5 см, цзю 3—5 мин.

21X тянь-цюань («небесный источник»)

Локализация: на середине расстояния между головками двуглавой мышцы плеча, на 2 цуня ниже передней подмышечной складки (от передней подмышечной складки до локтевой складки 9 цуней).

Т. А.: в этой области распределены ветви плечевой артерии, медиальный кожный нерв плеча и мышечно-кожный нерв.

Показания: А — боль в области сердца, чувство распирания в груди и подреберье, эндокардит.

Б — боль в боковой поверхности грудной клетки с иррадиацией в лопатку, боли по внутренней поверхности плеча.

В — кашель, бронхит, одышка; вздутие в верхней части живота, икота, рвота; снижение зрения.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 3—7 мин.

31X цюй-цзе («извитый пруд»)

Локализация: в локтевой складке, во впадине, находящейся у ульнарного края сухожилия двуглавой мышцы плеча.

Т. А.: в этой области распределены срединная локтевая вена, внутренние кожные нервы плеча и предплечья.

Показания: А — боль в области сердца, тахикардия, стенокардия.

Б — боли в руке и локтевом суставе; тремор рук; мастит.

В — усиленная потливость в области головы и шеи; отрыжка, рвота; плеврит; гипертермия; неврастения, чувство страха, тревоги.

Нахождение точки: в положении лежа, при выпрямленной руке.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—7(20) мин.

41X си-мэнь («пограничные ворота»)

Локализация: выше проксимальной лучезапястной складки на 5 цуней (от проксимальной лучезапястной складки до точки 31X цюй-цзе 12 цуней).

Т. А.: та же, что у точки 61X нэй-гуань.

Показания: А — миокардит, сверлящие боли в области сердца, тахикардия.

Б — гипертермия кожи ладони и подошвы; мастит.

В — тревожное состояние, страх, астеническое состояние; кровавая рвота, боль в эпигастрии, тошнота; кровотечение из носа; плеврит.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—7 (10) мин.

51X цзянь-ши («между посланными»)

Локализация: выше проксимальной лучезапястной складки на 3 цуня.

Т. А.: та же, что у точки 61X нэй-гуань.

Показания: А — миокардит, боль в области сердца, тахикардия.

Б — инфильтрат в подмышечной области, судороги мышц предплечья, боли в руке, гипертермия кожи ладони, артриты суставов рук.

В — афония, чувство инородного тела в горле; рвота, боли в желудке, дисфагия; психозы, тревожное состояние, эпилепсия; нарушения менструального цикла; судороги у детей.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 3—7 мин.

61X нэй-гуань («внутренняя граница»)

Локализация: на 2 цуня выше проксимальной лучезапястной складки.

Т. А.: расположена между лучевой и локтевой костями, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя кисти, в глубине проходит срединный нерв. В этой области распределены межкостная артерия ладонной поверхности, наружные и внутренние кожные нервы предплечья.

Показания: А — боль в области сердца, тахикардия, стенокардия, неврогенные кардиопатии.

Б — боль в боковой области грудной клетки, заболевания органов грудной полости, боли в области локтевого сустава и плеча.

В — отрыжка, позывы к рвоте, рвота, тошнота, боли в желудке; бронхиальная астма с выраженным кашлевым компонентом, ларингит, ринит; тревожное состояние, эпилепсия, маниакальное состояние, истерия.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 5—10 мин.

71X да-лин («огромный холм»)

Локализация: посередине лучезапястной складки.

Т. А.: соответствует впадине между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя кисти, кзади от поперечной запястной связки; в глубине проходит срединный нерв. В этой области распределены ладонная межкостная артерия и отходящая от срединного нерва ладонная кожная ветвь.

Показания: А — миокардиодистрофия, сердцебиение, эндокардит, перикардит.

Б — боли и судороги в области предплечья, межреберная невралгия, поражение срединного нерва.

В — боли в области желудка, рвота, кровавая рвота, дисфагия; боль в горле; лихорадочные заболевания; неврастения, эмоциональная лабильность, маниакальное состояние; писчий спазм; повышение максимального артериального давления.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

81X лао-гун («дворец труда»)

Локализация: на середине ладони, между III и IV пястными костями.

Т. А.: соответствует фасции ладони, под которой расположены локтевая и лучевая артерии, образующие поверхностную ладонную сеть. В этой области распределены общий ладонный нерв пальцев, отходящий от срединного нерва и локтевого нерва, и срединный нерв.

Показания: А — боли в области сердца.

Б — ограничение движений в руке; боли в боковой области грудной клетки, тремор рук; парестезии кончиков пальцев, акроцианоз; заболевания мышц и суставов кисти;

В — жажда, анорексия, дисфагия, желтуха; психозы; истерические припадки; хроническая экзема кисти; стоматит; судороги у детей; артериальная гипертония; неотложная помощь.

Нахождение точки: при сжатии кисти в кулак кончик IV пальца указывает на эту точку.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

91X чжун-чун («средняя точка приступа»)

Локализация: в центре кончика III пальца руки, примерно на 0,3 см отступя от ногтя.

Т. А.: в этой области расположены анастомозы собственной ладонной артерии пальцев и распределен ладонный нерв пальцев, отходящий от срединного нерва.

Показания: А — боли в области сердца сверлящего характера, миокардит.

Б — гипертермия кожи ладони.

В — чувство удушья; лихорадочные заболевания с отсутствием потоотделения; головные боли; шок; тревожное состояние; ночные страхи у детей, диспепсия у детей; нарушение памяти, астения.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная с последующим кровопусканием. Глубина укола 0,3 см, цзю 3—5 мин.

Меридиан X (трех частей туловища)

Меридиан парный, симметричный и центростремительный, относится к системе ян. Начинается наружным ходом (рис. 45) от кончика IV пальца в точке 1X гуань-чун (в локтевую сторону от корня ногтя IV пальца на 0,3 см) и поднимается вверх по руке (по тыльно-срединной линии руки, по Чжу Лянь) до точки 13X нао-хуэй (у нижнего края дельтовидной мышцы, на уровне нижнего края подмышечной впадины), далее переходит в область плечевого

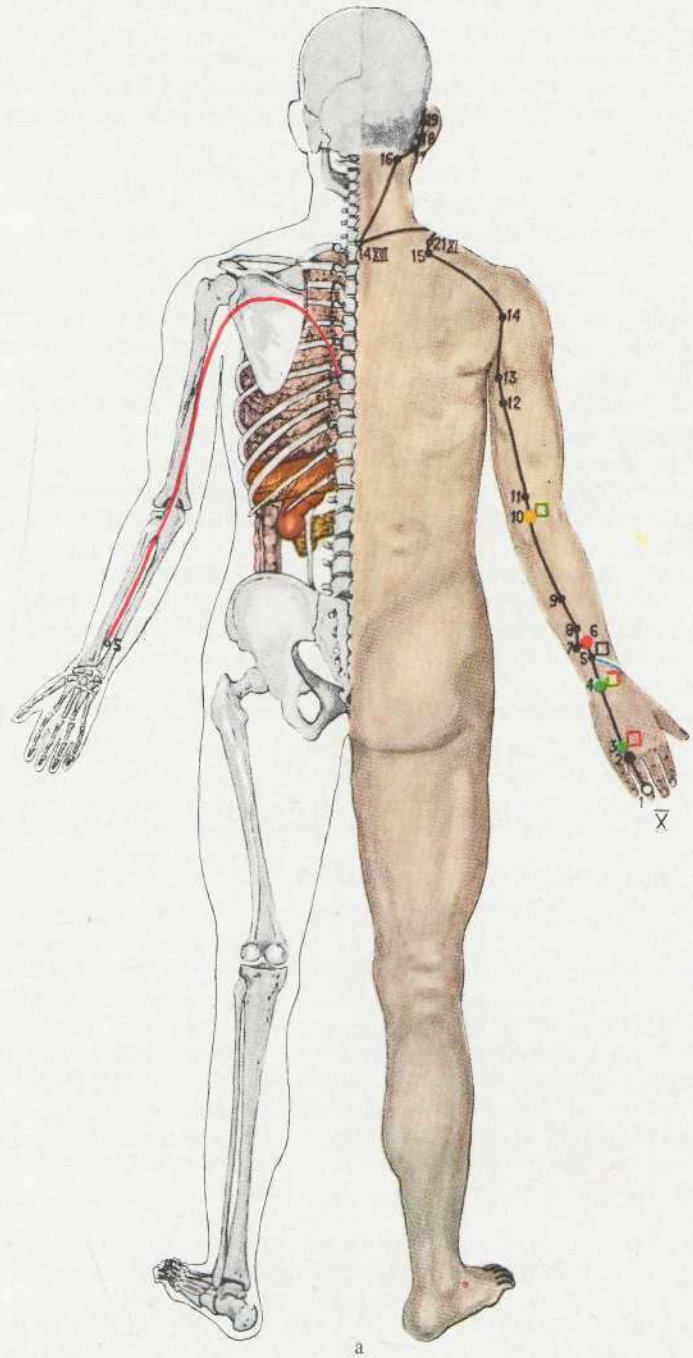
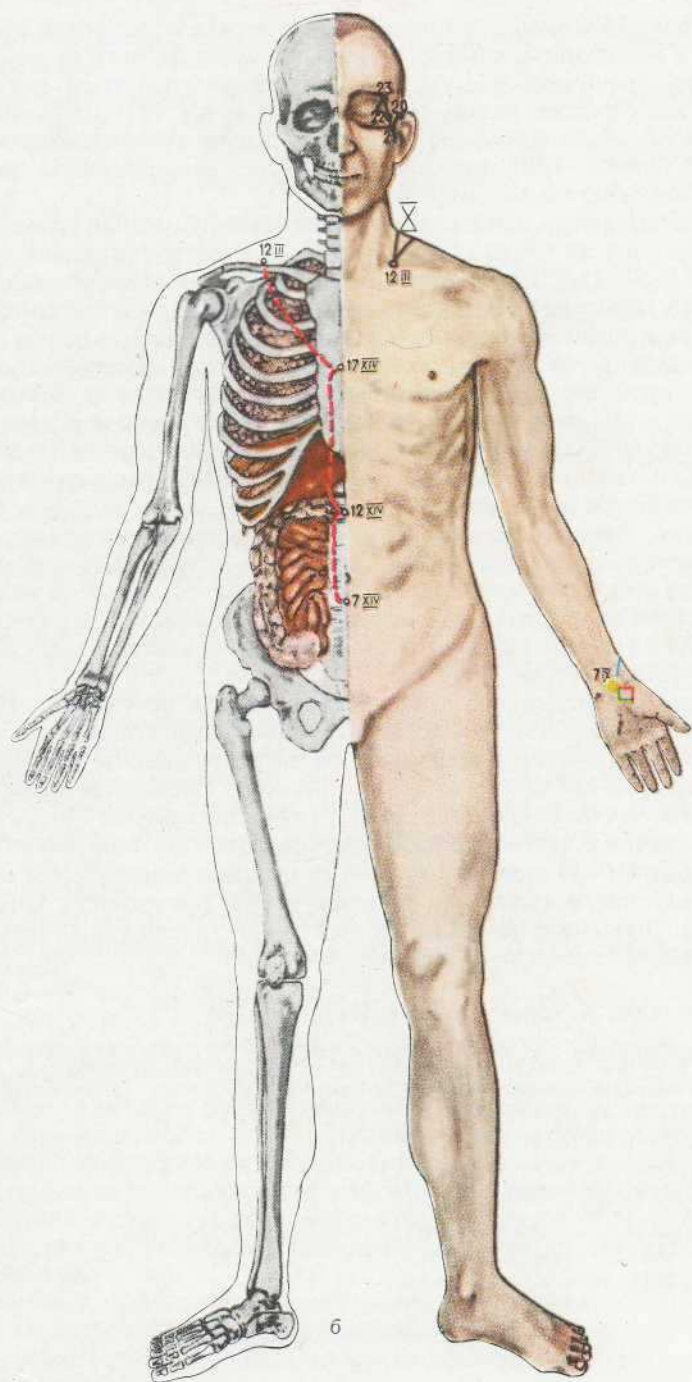


Рис. 45. а — Проекция меридиана X (трех частей туловища) на задней поверхности тела человека; б — проекция меридиана X на передней поверхности тела человека.
 1—гуань-чун; 2—с-мэнь; 3—чжун-чжу; 4—ян-чи; 5—вай-гуань; 6—чжи-гоу; 7—хуэй-цзун; 8—сань-ян-ло; 9—сы-ду;
 10—тянь-цин; 11—цин-лэн-юань; 12—сяо-лэ; 13—нао-хуэй; 14—цзянь-ляо; 15—тянь-ляо; 16—тянь-ю; 17—и-фэй;
 18—ци-май; 19—лу-си; 20—цзяо-сунь; 21—эр-мэнь; 22—хэ-ляо; 23—сы-чжу-кун.



сустава к точке 15X тянь-ляо (на середине вертикали от точки 21XI цзянь-цзин до ости лопатки), затем идет на область лопатки, чуть выше точки 15X тянь-ляо, перекрещивается с меридианом желчного пузыря в точке 21XI цзянь-цзин (на середине линии, соединяющей точку 15II цзянь-юй и точку 14XIII да-чжуй). Далее проходит кпереди и, огибая трапециевидную мышцу, доходит до точки 12III шюэ-пэнь (в центре надключичной ямки), где начинается внутренний ход меридиана.

Наружный ход меридиана идет обратно на спину, огибая трапециевидную мышцу, и доходит до точки 14XIII да-чжуй (в промежутке между остистыми отростками $C_7 - D_1$), где и соприкасается со всеми янскими меридианами, далее идет по затылку и доходит до точки 17X и-фэн (в углублении кзади от основания мочки уха). Входит в ухо в точке 18X ци-май (за ухом, в середине края сосцевидного отростка, на одном уровне с наружным слуховым отверстием), выходит в точке 21X эр-мэнь (кпереди и кверху от козелка уха), идет к области скуловой дуги и, поднимаясь, заканчивается в точке 23X сы-чжу-кун (у наружного конца брови, где при пальпации ощущается ямка).

Наружный ход имеет два ответвления. Первое начинается в точке 17X и-фэн, поднимается по сосцевидному отростку и, проходя точки 19X лу-си, 20X цзяо-сунь, доходит до основания верхнего края ушной раковины, далее извилисто спускается вниз, проходя точку 21X эр-мэнь, где перекрещивается с наружным ходом, и заканчивается в области нижнего края орбиты. Второе ответвление начинается от точки 23X сы-чжу-кун и доходит до точки 1XI тун-цзы-ляо, связывая данный меридиан с меридианом XI (желчного пузыря).

Внутренний ход меридиана начинается от надключичной ямки (точка 12III шюэ-пэнь), идет вниз, косо проходит верхнюю часть туловища до проекции точки 17XIV тань-чжун (на срединной линии туловища, на уровне суставной вырезки V ребра), где дает ответвление для связи с перикардом; далее проходит диафрагму и опускается вниз, уже следуя ходу средней линии туловища, проходит среднюю часть туловища, проецируясь на поверхность в точке 12XIV чжун-вань (на 4 цуня выше пупка на переднесрединной линии), и доходит до нижней части туловища, проецируясь на поверхность в точке 7XVI инь-цзяо (на 1 цунь ниже пупка на средней линии туловища) и таким образом связывается с тремя частями туловища.

На меридиане X точек воздействия 23:

1—гуань-чун, 2—е-мэнь, 3—чжун-чжу, 4—ян-чи, 5—вай-гуань, 6—чжи-гоу, 7—хуэй-цзун, 8—сань-ян-ло, 9—сы-ду, 10—тянь-цзин, 11—цин-лэн-юань, 12—сяо-лэ, 13—нао-хуэй, 14—цзянь-ляо, 15—тянь-ляо, 16—тянь-ю, 17—и-фэн, 18—ци-май, 19—лу-си, 20—цзяо-сунь, 21—эр-мэнь, 22—хэ-ляо (височная), 23—сы-чжу-кун.

Стандартные пункты меридиана X:

тонизирующая точка 3X чжун-чжу;
седативная точка 10X тянь-цзин;
точка-пособник 4X ян-чи;
стабилизирующий ло-пункт к меридиану IX (перикарда) 5X вай-гуань;
сочувственная точка 22VII сань-цзяо-шу;
точка-глашатай 5XIV ши-мэнь.

Показания к использованию меридиана X (трех частей туловища)

А: нарушение терморегуляции, непереносимость жары и холода; диспепсические расстройства.

Б: боли в кисти, по задненаружной части предплечья, локтевого сустава, плеча, лопатки, шеи и затылка; головная боль, головокружения; шум в ушах,

глухота, отит, болезни носа, мастоидит; глазные заболевания, артриты суставов рук.

В: депрессия, апатия, сонливость; судороги у детей; эпилепсия.

*Точки воздействия меридиана X
(трех частей туловища)*

1X гуань-чун («граничная точка приступа»)

Локализация: на 0,3 см от корня ногтя IV пальца в локтевую сторону.

Т. А.: в этой области собственная артерия пальцев образует анастомозы, распределен собственный нерв пальцев, отходящий от локтевого нерва.

Показания: А — лихорадочное состояние; диспепсия у детей, тошнота.

Б — боль в предплечье, наружной поверхности плеча; головная боль; глазные заболевания; тонзиллит, фарингит, ощущение удушья в груди; сухость губ, трещины языка.

В — депрессия, тоска.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3 см, цзю 3 мин.

2X е-мэнь («ворота жидкости»)

Локализация: во впадине между пястно-фаланговыми суставами IV и V пальцев.

Т. А.: в этой области распределены тыльная артерия пальцев, отходящая от локтевой артерии, и тыльный нерв пальцев — ветвь локтевого нерва.

Показания: А — малярия.

Б — боли в кисти, предплечье, области локтевого сустава; головная боль; гиперемия глаза; отечность слизистой оболочки гортани, ларингит, фарингит, глухота.

В — психозы.

Нахождение точки: при сжатии в кулак кисти.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3 см, цзю 3—5 мин.

3X чжун-чжу («средний остров»)

Локализация: в ямке в IV межкостном промежутке, позади пястно-фаланговых сочленений.

Т. А.: в этой области распределены четвертая тыльная артерия пальцев и тыльный нерв пальцев.

Показания: А — лихорадочное состояние.

Б — ограничение подвижности кисти и пальцев, боли в области предплечья, локтевого отростка локтевой кости; головная боль, головокружение; боль в конъюнктиве; тонзиллит, фарингит, ларингит, стоматит; шум в ушах, глухота, немота.

В — слабость, потливость, артериальная гипотония.

Нахождение точки: при сжатии кисти в кулак.

Техника: пункция под углом. Глубина укола 1 см, цзю 3 (10) мин.

4X ян-чи («пруд ян»)

Локализация: на тыле лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия общего разгибателя пальцев.

Т. А.: в этой области распределены тыльная артерия кисти и тыльный нерв пальцев.

Показания: А — перемежающаяся лихорадка, малярия; запор.

Б — боль в лучезапястном суставе, предплечье и плечевом суставе, артриты суставов рук; головная боль; головокружения.

В — сахарный диабет; олигоурия.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю не проводится.

5X вай-гуань («наружная граница»)

Локализация: выше задней лучезапястной складки на 2 цуня (расстояние от задней лучезапястной складки до конца локтевого отростка 12 цуней).

Т. А.: точка находится между общим разгибателем пальцев и собственным разгибателем мизинца. В этой области распределены тыльная межкостная артерия, тыльный кожный нерв предплечья и мышечные ветви лучевого нерва.

Показания: А — лихорадочные состояния; склонность к простудам и катарам верхних дыхательных путей; боли в животе, запор.

Б — боль в пальцах, предплечье, локтевом суставе; парезы и контрактуры мышц рук; головная боль, боль в области щек, шеи, прострелы в шее и пояснице; тремор рук; зубная боль; глазные болезни; шум в ушах, глухота.

В — астенические состояния, нарушение сна, неврозы, мигрень, артериальная гипотония, потливость; паркинсонизм с мышечной ригидностью; плохая переносимость изменений погоды.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 3—7 (30) мин.

6X чжи-гоу («ямы ветви»)

Локализация: на тыльной поверхности предплечья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

Т. А.: та же, что у точки 5X вай-гуань.

Показания: А — лихорадочные заболевания; запор, рвота, понос.

Б — ломящая боль в области плеча, боль в подреберье; инфильтраты в области шеи; боли в глазах, головная боль, головокружение; глухонмота.

В — боли в области сердца; обмороки; обмороки после родов; очаговая пневмония.

Нахождение точки: при согнутой в локтевом суставе руке.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 10 мин.

7X хуэй-цзун («встреча с предками»)

Локализация: в локтевую сторону от точки 6X чжи-гоу на один палец по поперечнику.

Т. А.: точка находится между локтевым разгибателем кисти и собственным разгибателем мизинца. В этой области распределены тыльная межкостная артерия, мышечные ветви лучевого нерва, внутренний и тыльный кожные нервы предплечья.

Показания: А — нет.

Б — боли в плече и руке, затрудняющие движения; гиперестезия верхних конечностей; глухонмота.

В — эмоциональная лабильность, деменция, эпилепсия.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—7 (20) мин.

8X сань-ян-ло («ло трех ян»)

Локализация: выше 6X чжи-гоу на 1 цунь, выше 4X ян-чи на 4 цуня.

Т. А.: расположена между общим разгибателем пальцев и собственным разгибателем V пальца, в глубине расположены длинный и короткий разгибатели I пальца. В этой области распределены тыльная межкостная артерия, мышечные ветви лучевого нерва и тыльный кожный нерв предплечья.

Показания: А — нет.

Б — парезы и боли в области кисти и предплечья, плеча; глухонмота; головокружение.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—7 (20) мин.

9X сы-ду («четыре течения воды»)

Локализация: на тыльной поверхности предплечья, ниже локтевого отростка на 5 цуней.

Т. А.: соответствует промежутку между общим разгибателем пальцев и локтевым разгибателем кисти. В этой области распределены тыльная межкостная артерия, мышечные ветви лучевого нерва и тыльный кожный нерв предплечья.

Показания: А — нет.

Б — боль в области предплечья и плеча; паралич верхней конечности; головокружение; боль зубов нижней челюсти; глухонмота.

В — нефрит.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 3—7 (20) мин.

10X тянь-цзин («небесный источник»)

Локализация: выше локтевого отростка на 1 цунь.

Т. А.: соответствует сухожилию трехглавой мышцы. В этой области располагаются анастомозы вокруг локтевого сустава, распределены тыльный внутренний кожный нерв плеча и мышечная ветвь лучевого нерва.

Показания: А — бронхит, кашель.

Б — боли в области локтевого сустава, плеча, шеи и груди; головная боль, гемикрания, боли в области затылка и виска; отечность слизистой оболочки и боль в горле; шум в ушах, глухота, боль в глазах.

В — кровоизлияние в мозг; психомоторное возбуждение, неврастения, бессонница, эпилепсия, деменция, судороги у детей.

Нахождение точки: при согнутой в локтевом суставе руке.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 3—7 (20) мин.

11X цин-лэн-юань («ясный прохладный водоворот»)

Локализация: выше локтевого отростка на 2 цуня.

Т. А.: среди сухожилия трехглавой мышцы. В этой области распределены средняя окольная артерия, тыльный кожный нерв плеча и мышечные ветви лучевого нерва.

Показания: А — нет.

Б — боли и парезы в области плеча и предплечья; воспалительные процессы в области плечевого сустава, шейно-затылочной области; головная боль.
В — нет.

Нахождение точки: при согнутой в локтевом суставе руке.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 5—20 мин.

12X сяо-ляо («отвод стоящей воды»)

Локализация: на задней поверхности плеча, выше локтевого отростка на 5 цуней на середине расстояния от 10X тянь-цзин до уровня задней подмышечной складки.

Т. А.: около борозды локтевого нерва, среди трехглавой мышцы плеча. В этой области распределены средняя окольная артерия, отходящая от глубокой плечевой артерии, тыльный кожный нерв плеча и мышечные ветви лучевого нерва.

Показания: А — нет.

Б — боли и парестезии верхних конечностей; напряжение мышц, отечность тканей и боль в затылке и шее; головная боль.

В — эпилепсия.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 5—20 мин.

13X нао-хуэй («точка плеча»)

Локализация: на задней поверхности плеча, у нижнего края дельтовидной мышцы, на уровне нижнего края подмышечной впадины, ниже точки 14X цзянь-ляо на 3 цуня.

Т. А.: в этой области распределены задняя артерия, окружающая плечевую кость, подмышечный нерв и тыльный кожный нерв плеча.

Показания: А — нет.

Б — боль в области локтевого сустава, рук, боли в области шеи и плеча, отдающие в лопатку.

В — зоб; туберкулезный лимфаденит.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 5—20 мин.

14X цзянь-ляо («плечевая ямка»)

Локализация: на середине расстояния от точки 15II цзянь-юй до точки 10VI нао-шу, кзади и книзу от акромиального отростка лопатки.

Т. А.: та же, что у точки 13X нао-хуэй.

Показания: А — нет.

Б — парез, контрактура или боль в области плечевого сустава с ограничением двигательной функции, тик и атрофия мышц шейно-затылочной области.

В — гемиплегия; невралгия; головокружение.

Нахождение точки: в положении сидя, определяется при поднятии руки.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 3—7 мин.

15X тянь-ляо («небесная ямка»)

Локализация: в надостной ямке на середине вертикали от точки 21XI цзянь-цзин до ости лопатки.

Т. А.: в этой области расположены трапецевидная мышца, надостная мышца, распределены надлопаточная артерия, надлопаточный и добавочный нервы.

Показания: А — нет.

Б — ломящая боль в плече и предплечье, в области шеи и затылка, контрактура и тики шейно-затылочной области.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 3—5 (20) мин.

16X тянь-ю («небесное окно с решеткой»)

Локализация: между точками 10VII тянь-чжу и 17VI тянь-жун, ниже сосцевидного отростка.

Т. А.: расположение точки несколько кзади от места прикрепления грудино-ключично-сосцевидной мышцы, где распределены задняя ушная артерия и малый ушной нерв.

Показания: А — нет.

Б — головная боль, головокружение, отеки лица; глухота, шум в ушах, снижение зрения, фарингит, ларингит; боли в затылке, затрудняющие движения головы; тик и контрактура мышц затылочной области.

В — нарушение сна.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 3—5 мин.

17X и-фэн («защита от ветра»)

Локализация: в углублении кзади от основания мочки уха, между сосцевидным отростком и восходящей ветвью нижней челюсти.

Т. А.: соответствует заднему краю околоушной железы, где распределены задняя ушная артерия и большой ушной нерв. В этой области проходит задняя ушная ветвь лицевого нерва, в глубине находится место выхода лицевого нерва из шилососцевидного отверстия.

Показания: А — нет.

Б — шум в ушах, глухота, отит, тимпанит; птоз верхнего века, опущение угла рта и контрактура мимических мышц вокруг рта, периферический паралич лицевого нерва; зубная боль, тризм, инфильтрат в области щеки; напряжение мышц шеи; паротит, стоматит; струма; лимфаденит шейной области.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция косая, острие иглы слегка вперед и кверху. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 (20) мин.

18X ци-май («пульсирующая артерия»)

Локализация: за ухом, в середине края сосцевидного отростка, на одном уровне с наружным слуховым отверстием или на границе нижней трети линии между точками 17X и-фэн и 20X цзяо-сунь.

Т. А.: кзади от ушной мышцы, где распределены задняя ушная артерия и большой ушной нерв.

Показания: А — понос, рвота.

Б — головная боль, головокружение, венозный застой в головном мозге; шум в ушах, глухота, тимпанит; снижение остроты зрения, ириты.

В — судороги у детей, эпилепсия.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная, допускается кровотечение. Глубина укола 0,3 см, цзю 8 мин.

19X лу-си («дыхание черепа»)

Локализация: выше 18X ци-май на 1 цунь.

Т. А.: соответствует задней ушной мышце, где распределены задняя ушная артерия и большой ушной нерв.

Показания: А — рвота у детей, одышка.

Б — шум, боль в ушах, глухота, тимпанит; головная боль, головокружение.

В — страхи; эпилепсия.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5 см, цзю 3 (20) мин.

20X цзяо-сунь («ход с верхушки уха»)

Локализация: у основания верхнего края ушной раковины.

Т. А.: соответствует задней ушной мышце, где распределены передняя ушная ветвь поверхностной височной артерии, III ветвь тройничного нерва и малый затылочный нерв.

Показания: А — рвота.

Б — головная боль в области виска, головокружение; конъюнктивит, изменение остроты зрения; зубная боль; инфильтрат ушной раковины.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя, ушную раковину согнуть вперед и там, где складка на ухе пересекается с границей волосистой части, находится точка.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5 см, цзю 3—7 (20) мин.

21X эр-мэнь («шелковый бамбук»)

Локализация: кпереди и кверху от козелка уха, у заднего края суставного отростка нижней челюсти, где пальпируется углубление.

Т. А.: в этой области распределены передняя ушная ветвь поверхностной височной артерии, височно-ушной нерв, подкожно проходит поверхностная височная артерия.

Показания: А — нет.

Б — глухота, шум, боль в ушах, тимпанит; зубная боль, судороги жевательных мышц; головная боль, мигрень; периферический паралич лицевого нерва.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция под углом. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

22X хэ-ляо («зернышко — ямка виска»)

Локализация: выше и чуть кпереди от точки 21X эр-мэнь.

Т. А.: соответствует началу передней ушной мышцы, где проходит поверхностная височная артерия, распределены височно-ушной нерв и височная ветвь лицевого нерва.

Показания: А — нет.

Б — головная боль пульсирующего характера, головокружение, тяжесть в голове, шум в ушах, глухота; периферический паралич лицевого нерва; риниты, полипы носа, носовое кровотечение; зубная боль; воспалительные процессы наружного слухового прохода и шейно-нижнечелюстной области.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя, кзади от пульсации верхней височной артерии.

Техника: пункция под углом. Осторожно, не повреждая артерию. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

23X сы-чжу-кун («ворота уха»)

Локализация: у наружного конца брови, где при пальпации ощущается углубление.

Т. А.: соответствует наружному краю скулового отростка лобной кости, круговой мышце глаза, где распределены поверхностная височная артерия и первая ветвь тройничного нерва.

Показания: А — нет.

Б — боль в височной области, гемикрания; глазные заболевания, тики мышц века; миопия, конъюнктивит; периферический паралич лицевого нерва; глухота, тимпанит, отит;

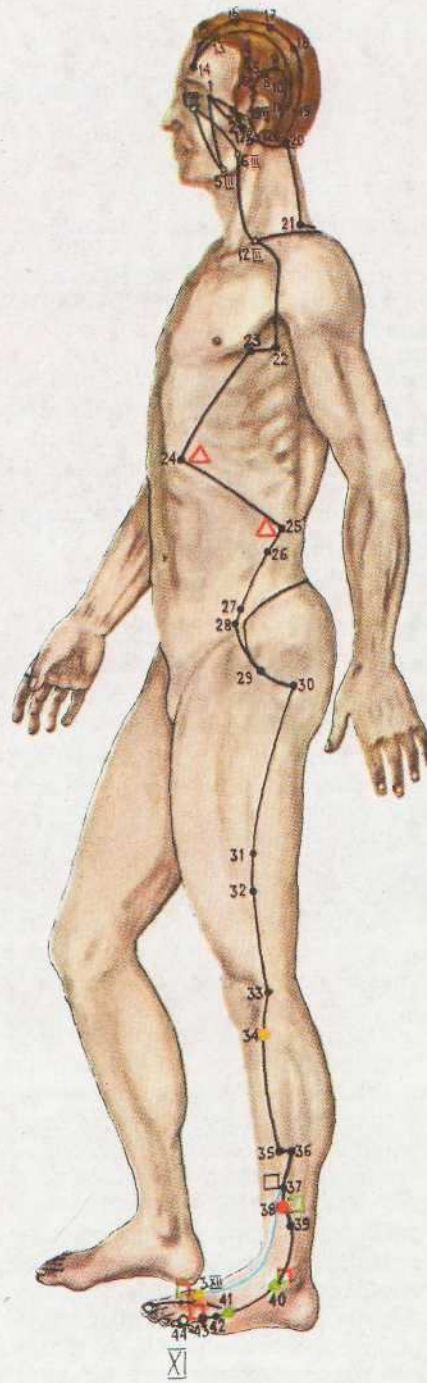
В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция почти горизонтальная, конец иглы направлен к брови. Глубина укола 1 см, цзю не проводится.

Меридиан XI (желчного пузыря)

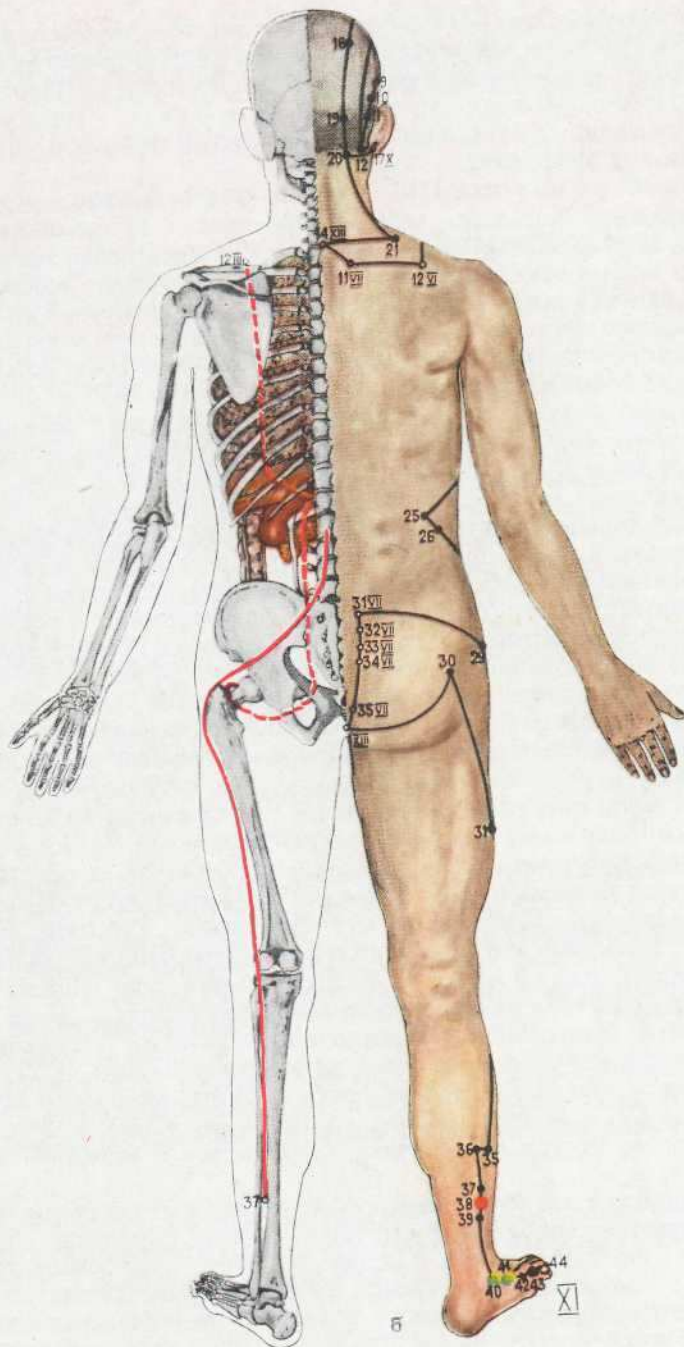
Меридиан двусторонний, симметричный и центробежный, относится к системе ян. Начинается наружным ходом (рис. 46) от наружного угла глаза в точке 1XI тун-цзы-ляо (на 0,5 см от наружного угла глаза), идет к точке 2XI тин-хуэй (кпереди и книзу от козелка уха) и поднимается вверх впереди ушной раковины к виску до точки 4IX хань-янь (кверху и сзади от волосистой части виска, ниже точки 8III тоу-вэй на 1 цунь). Затем полого спускается вниз, к верхнему краю ушной раковины до точки 7XI цюй-бинь (на пересечении горизонтали, проведенной через верхушку уха, и вертикали через передний край уха). Далее меридиан опускается позади ушной раковины и доходит до точки 12XI вань-гу (у заднего края сосцевидного отростка на горизонтали, проведенной через нижнюю часть затылочной кости), а отсюда под острым углом поворачивает назад и вверх, проходя обратно точку 7XI цюй-бинь, поднимается до лба к точке 13XI бэнь-шэнь (на вертикали, проведенной от наружного угла глаза и выше передней границы волос на 0,5 цуня), находящейся на третьей боковой линии головы (по Чжу Лянь); от нее спускается до точки 14XI ян-бай (выше середины брови на 1 цунь). От этой точки опять поворачивает под острым углом вверх и назад, подходит к точке 15XI тоу-лин-ци (на второй боковой линии головы, выше передней границы волосистой части головы на 0,5 цуня) и идет по второй боковой линии головы (по Чжу Лянь) до точки 19XI нао-кун (кнаружи от точки 17XIII нао-ху на 2 цуня; 17XIII нао-ху расположена на верхней границе затылочного бугра). От точки 19XI нао-кун проходит на шею и доходит до точки 20XI фэн-чи (под затылочной костью; в ямке около наружного края трапециевидной мышцы, ниже 19XI нао-кун на 1,5 цуня), далее переходит на область лопатки и в точке 21XI цзянь-цзин (в середине расстояния между точками 14XIII да-чжуй и 15II цзянь-юй) перекрещивается с меридианом X (трех частей туловища). После перекреста идет кзади, где соприкасается в точке 14XIII да-чжуй (между остистыми отростками $C_7 - D_1$ позвонков) со всеми янскими меридианами, а от нее идет к точке 11VII да-чжу (кнаружи от промежутка между остистыми отростками $D_1 - D_2$ на 1,5 цуня), относящейся к меридиану VII (мочевого



а

Рис. 46.

а — Проекция меридиана XI (желчного пузыря) на боковой поверхности тела человека; б — проекция меридиана XI на задней поверхности тела человека.



1—тун-цзы-ляо; 2—гин-хуэй; 3—шан-гуань; 4—хань-янь; 5—сюань-ду; 6—сюань-ли; 7—цзюй-бинь; 8—шуай-гу; 9—тянь-чун; 10—фу-бай; 11—гоу-цяо-инь; 12—вань-гу; 13—бэнь-шэнь; 14—ян-бай; 15—гоу-лин-ци; 16—му-чун; 17—чжэнь-чун; 18—чэн-лин; 19—нао-кун; 20—фэн-чи; 21—цзянь-цзин; 22—юань-е; 23—чжэ-цзинь; 24—жи-юе; 25—цзин-инь; 26—дай-май; 27—у-шу; 28—вэй-дао; 29—цзюй-ляо; 30—хуань-тяо; 31—фэн-ши; 32—чжун-ду; 33—цзя-ян-гуань; 34—ян-лин-шоань; 35—ян-цзюэ; 36—вай-цю; 37—гуан-мин; 38—ян-фу; 39—сюань-чжун; 40—шо-сюй; 41—цзу-лин-ци; 42—ди-у-хуэй; 43—ся-си; 44—цзу-цяо-инь.

пузыря), и проходит точку 12VI бин-фэн (на середине верхнего края ости лопатки), относящейся к меридиану VI (тонкой кишки). Далее огибает плечо, идет на область надключичной ямки и доходит до точки 12III цюэ-пэнь (в центре надключичной ямки у задненижнего конца грудино-ключично-сосцевидной мышцы), относящейся к меридиану III (желудка), где начинается внутренний ход меридиана.

Наружный ход от точки 12III цюэ-пэнь спускается вниз, огибает переднюю поверхность плечевого сустава, проходит в подмышечную область через точку 22XI юань-е на месте пересечения средней подмышечной линии и четвертого межреберья. Далее идет на третью боковую линию живота в точке 24XI жи-юе (ниже точки 14XII ци-мэнь, расположенной на пересечении сосковой линии и шестого межреберья, на 1,5 цуня), а потом переходит на четвертую боковую линию живота (по Чжу Лянь) через точку 25XI цзин-мэнь (у свободного конца XII ребра) и идет по ней до точки 29XI цзюй-ляо (во впадине ниже передней ости подвздошной кости). От этой точки идет к точке 31VII шан-ляо (соответствует первому заднему отверстию крестца) и следует по ходу меридиана VII (мочевого пузыря) до точки 35VII хуэй-ян (кнаружи от основания копчика), от нее идет к точке 1XIII чан-цян (в центре между концом копчика и наружным сфинктером заднего прохода), относящейся к меридиану XIII (заднесрединному), а от этой точки возвращается к точке 30XI хуань-тяо (на ягодице кзади от тазобедренного сустава), находящейся на средней линии задней поверхности ноги (по Чжу Лянь). Далее переходит в точке 31XI фэн-ши (на наружной поверхности бедра, на 7 цуней выше нижнего края коленной чашечки) на наружную линию передней поверхности ноги (по Чжу Лянь) и проходит по ней до конца, отклоняясь только в точке 35XI ян-цзюа, которая располагается у заднего края малоберцовой кости, на наружной линии задней поверхности ноги (по Чжу Лянь), выше выступающей части латеральной лодыжки на 7 цуней. Заканчивается меридиан в точке 44XI цзу-цяо-инь (кнаружи от корня ногтя концевой фаланги IV пальца ноги на 0,3 см).

Наружный ход имеет два ответвления. Первое начинается в точке 20XI фэн-чи, доходит до точки 17X и-фэн (в углублении кзади от основания мочки уха), пересекает ухо и выходит в точке 19VI тин-гун (между передним краем козелка и задним краем суставного отростка нижней челюсти), далее идет к точке 1XI тун-цзы-ляо, а отсюда идет вниз до точки 5III да-ин (кпереди от угла нижней челюсти на 1,3 цуня), от нее поднимается вверх и проходит к точке 1III чэн-ци (под зрачком на середине нижнего края орбиты). Далее спускается к точке 6III цзя-чэ (кпереди иверху от угла нижней челюсти), потом на шею и соприкасается с наружным ходом в надключичной ямке (12III цюэ-пэнь). Второе ответвление начинается от точки 41XI цзу-линь-ци (в задней части щели между IV и V плюсневых костями), проходит к I пальцу стопы и, дойдя до центра его кончика, связывается с меридианом XII (печени).

Внутренний ход, как уже отмечалось, начинается от центра надключичной ямки, спускается вовнутрь в грудную клетку, проходит диафрагму, связывается с печенью и входит в желчный пузырь, «управляющий» данным меридианом. Имеет одно ответвление, которое спускается вниз, в брюшную полость, где проецируется снаружи в точке 30III ци-чун (кверху и кнаружи от бугорка лобковой кости), далее огибает верхний край лобковой кости и входит в тазобедренный сустав, где и соединяется с наружным ходом меридиана.

На меридиане XI точек воздействия 44:

1—тун-цзы-ляо, 2—тин-хуэй, 3—шан-гуань, 4—хань-янь, 5—сюань-лу, 6—сюань-ли, 7—цзюй-бинь, 8—шуай-гу, 9—тянь-чун, 10—фу-бай, 11—тоу-цяо-инь, 12—вань-гу, 13—бэнь-шэнь, 14—ян-бай, 15—тоу-

лин-ци, 16—му-чуан, 17—чжэн-ин, 18—чэн-лин, 19—нао-кун, 20—фэн-чи, 21—цзянь-цин, 22—юань-е, 23—чжэ-цин, 24—жи-юе, 25—цин-мэнь, 26—дай-май, 27—у-шу, 28—вэй-дао, 29—цзюй-ляо, 30—хуань-тяо, 31—фэн-ши, 32—чжун-ду, 33—цзу-ян-гуань, 34—ян-лин-цюань, 35—ян-цзяо, 36—вай-цю, 37—гуан-мин, 38—ян-фу, 39—сюань-чжун, 40—цю-сюй, 41—цзу-линь-ци, 42—ди-у-хуэй, 43—ся-си, 44—цзу-цяо-инь.

Стандартные пункты меридиана XI:

тонизирующая точка 43XI ся-си;
седативная точка 38XI ян-фу;
точка-пособник 40XI цю-сюй;
стабилизирующий ло-пункт к меридиану XII (печени) 37XI гуан-мин;
сочувственная точка 19VII дань-шу;
точка-глашатай 24XI жи-юе.

Показания к использованию меридиана XI (желчного пузыря)

А: дискинезия желчного пузыря; холецистит, тошнота, рвота желчью; расстройства желудочно-кишечного тракта, горечь во рту.

Б: головная боль в височной области и затылке, надключичные боли, боли в боковых частях грудной клетки и живота, боли по наружной поверхности бедра, в коленном суставе, голени, голеностопном суставе; отечность и боли в области тыла стопы и пальцев; заболевания глаз, глухота, шум в ушах, носовые кровотечения, боли в зубах.

В: кашель, одышка, бронхиальная астма, плеврит; нарушение менструального цикла, боли в малом тазу; нервно-психические расстройства, эпилепсия.

Точки воздействия меридиана XI (желчного пузыря)

1XI тун-цзы-ляо («зрачковая ямка»)

Локализация: на 0,5 см кнаружи от наружного угла глаза.

Т. А.: соответствует наружному краю орбиты; в этой области находятся круговая мышца глаза, в глубине — височная мышца и распределены скуловая глазничная артерия — ветвь поверхностной височной артерии, передняя глубокая височная артерия, скуловая ветвь лицевого нерва, первая и вторая ветви тройничного нерва.

Показания: **А** — нет.

Б — головная боль, головокружения; боли в глазах: снижение остроты зрения, слезотечение, конъюнктивит, атрофия зрительных нервов, кератит, глаукома; невралгия тройничного нерва, периферический паралич лицевого нерва.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя, при закрытых глазах больного.

Техника: пункция почти горизонтальная, конец иглы направлен кнаружи. Глубина укола 1 см, цзю не проводится.

2XI тин-хуэй («точка слуха»)

Локализация: кпереди и книзу от козелка уха, кпереди от межкозелковой вырезки, у заднего края суставного отростка челюсти.

Т. А.: в этой области распределены передняя ушная ветвь поверхностной височной артерии, большой ушной нерв, разветвляется лицевой нерв, в глубине проходит наружная сонная артерия и задняя лицевая вена.

Показания: А — нет.

Б — шум, боль в ушах, глухота, отит; головокружение; периферический паралич лицевого нерва, невралгия тройничного нерва, боли в зубах; спазм жевательной мускулатуры.

В — гемиплегия.

Нахождение точки: в положении сидя, при открытом рте.

Техника: пункция вертикальная при открытом рте. Глубина укола 1,5 см, цзю 3 мин.

3XI шан-гуань («верхний проход»)

Локализация: над центральной частью скуловой дуги нижней челюсти.

Т. А.: расположена среди височной мышцы, где распределены скулоглазничная артерия, отходящая от поверхностной височной артерии, височная ветвь лицевого нерва, II и III ветви тройничного нерва.

Показания: А — нет.

Б — боль в височной области, мигрень, головокружение; шум в ушах, глухота, тимпанит; птоз века, опущение угла рта, тик и контрактура мышц лица; невралгия тройничного нерва, зубные боли.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3 см, цзю 3—5 мин.

4XI хань-янь («давление на челюсти»)

Локализация: кверху и сзади от волосистой части виска, ниже точки 8III тоу-вэй, на границе верхней трети расстояния между 8III тоу-вэй и 6XI сюань-ли.

Т. А.: соответствует части височной мышцы, где распределены лобная ветвь височной артерии, височная ветвь лицевого нерва, II и III ветви тройничного нерва.

Показания: А — нет.

Б — боль в височной области, головокружение, гемикрания; шум в ушах, глухота, тимпанит, пре- и ретроорбитальные боли, ринит; периферический паралич лицевого нерва, невралгия тройничного нерва.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция почти горизонтальная. Конец иглы направлен книзу. Глубина укола 0,5 см, цзю 3—7 (10) мин.

5XI сюань-лу («перевес лба»)

Локализация: на границе нижней трети расстояния между 8III тоу-вэй и 6XI сюань-ли.

Т. А.: та же, что у точки 4XI хань-янь.

Показания: А — нет.

Б — головная боль в височной области, мигрень; глазные заболевания, пре- и ретроорбитальные боли; зубная боль; покраснение и отечность лица.

В — неврастения.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция почти горизонтальная, конец иглы направлен книзу. Глубина укола 0,5 см, цзю 5—10 мин.

6X1 сюань-ли («свободный висящий баланс»)

Локализация: ниже 5X1 сюань-лу, впереди от 7X1 цюй-бинь на 1,2 см.

Т. А.: та же, что у точки 4X1 хань-янь.

Показания: А — нет.

Б — боль в височной области, гемикрания; зубная боль; заболевания глаз; отечность лица.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция почти горизонтальная, конец иглы направлен книзу. Глубина укола 0,5 см, цзю 5—10 мин.

7X1 цюй-бинь («извитые волосы виска»)

Локализация: на пересечении горизонтали, проведенной через верхушку уха, и вертикали, проецируемой через передний край уха.

Т. А.: расположение точки соответствует части височной кости передней ушной мышце, где проходят ветви поверхностной височной артерии, височно-ушной нерв и височная ветвь лицевого нерва.

Показания: А — нет.

Б — боль в височной области; боль в наружном углу глаза, боль в ухе; невралгия тройничного нерва; тик и контрактура мимических мышц вокруг рта; тризм; инфильтрат в области щеки, напряжение мышц затылка.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция под острым углом. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

8X1 шуай-гу («конец долины»)

Локализация: выше верхнего края ушной раковины на 1,5 цуня.

Т. А.: в этой области распределены теменная ветвь поверхностной височной артерии, височно-ушной и малый затылочный нерв.

Показания: А — рвота, жажда.

Б — боль в височной и теменной областях, гемикрания; глазные болезни.

В — кашель.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция почти горизонтальная, конец иглы направлен кзади или впереди. Глубина укола 1 см, цзю 5—10 мин.

9X1 тянь-чун («небесная точка»)

Локализация: выше 8X1 шуай-гу на 0,5 цуня и кзади от нее на 0,5 цуня.

Т. А.: кзади от верхней ушной мышцы, где распределены задняя ушная артерия и малый затылочный нерв.

Показания: А — нет.

Б — головная боль; гингивит.

В — эпилепсия, тонические судороги.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция косая, конец иглы впереди или кзади. Глубина укола 1 см, цзю 5—15 мин.

10X1 фу-бай («прилив ясности»)

Локализация: ниже 9X1 тянь-чун на 1 цунь (выше основания сосцевидного отростка на 1 цунь).

Т. А. в этой области распределены задняя ушная артерия, задняя ушная ветвь лицевого нерва, малый затылочный нерв и большой ушной нерв.

Показания А — икота.

Б — головная боль, головокружение, тяжесть в голове; шум в ушах, глухота, тимпанит; тоническое напряжение мышц шейной и затылочной областей; паралич конечностей (верхних и нижних).

В — тонзиллит.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция почти горизонтальная, конец иглы направляем вниз. Глубина укола 1 см, цзю 5—15 мин.

11XI тоу-цяо-инь («начало инь»)

Локализация: у основания сосцевидного отростка, на уровне горизонтали, проведенной через верхний край наружного слухового прохода.

Т. А.: соответствует задней ушной мышце, где распределены задняя ушная артерия, большой ушной нерв.

Показания: А — икота.

Б — головная боль в затылке и теменной области, головокружение; шум в ушах, глухота; невралгия тройничного нерва, воспалительные заболевания шейно-подчелюстной области.

В — менингизм, судороги конечностей.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция почти горизонтальная, конец иглы направлен вниз. Глубина укола 1 см, цзю 5—20 мин.

12XI вань-гу («исполнение кости»)

Локализация: у заднего края сосцевидного отростка, на горизонтальной линии, проведенной через нижнюю часть затылочной кости выше границы волосистой части головы на 1,2 см.

Т. А.: соответствует середине заднего края сосцевидного отростка, выше прикрепления грудино-ключично-сосцевидной мышцы, где распределены задняя ушная артерия и большой ушной нерв.

Показания: А — нет.

Б — головная боль, зубная боль, боль в области шеи и затылка; периферический паралич лицевого нерва; снижение слуха, отит, шум в ушах; боль и отечность слизистой оболочки горла, фарингит, ларингит, тонзиллит; инфальтрат в области щеки.

В — нарушение сна.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция под углом. Глубина укола 1,5 см, цзю 5—10 мин.

13XI бэнь-шэнь («дух причины»)

Локализация: на линии точки 24XIII шэнь-тин, соответственно наружному углу глаза.

Т. А.: соответствует части лобной мышцы, где распределены лобная ветвь поверхностной височной артерии, надглазничная артерия и надглазничный нерв.

Показания А — нет.

Б — головная боль в теменной области, головокружение; напряжение мышц шейно-затылочной области.

В — неврастения, эпилепсия.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция почти горизонтальная, конец иглы направлен кзади или кпереди. Глубина укола 1 см, цзю 5—20 мин.

14XI ян-баи («время — ворота»)

Локализация: выше середины брови на 1 цунь (на $\frac{2}{5}$ расстояния между ВМ6 юй-яо и передней границей волосистой части головы).

Т. А.: соответствует части лобной мышцы, где распределены надглазничная артерия и надглазничный нерв.

Показания: А — рвота.

Б — головная боль, фронтит; снижение сумеречного зрения; слезотечение; периферический паралич лицевого нерва, тик и контрактура лицевых мышц; невралгия тройничного нерва.

В — нарушения сна.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция почти горизонтальная, конец иглы направлен вниз. Глубина укола 0,6 см, цзю 3—5 мин.

15XI тоу-лин-ци («спуск слез»)

Локализация: на второй боковой линии головы, выше передней границы волосистой части головы на 0,5 цуня.

Т. А.: соответствует части лобной мышцы, где распределены надглазничная артерия, надглазничный нерв и височная ветвь лицевого нерва.

Показания: А — нет.

Б — головная боль; слезотечение, конъюнктивит, гиперемия глаз, лейкома роговицы; риниты, заложенность носа.

В — эпилепсия.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция почти горизонтальная, конец иглы направлен кзади или кпереди. Глубина укола 1 см, цзю 2—5 мин.

16XI му-чуан («окно глаз»)

Локализация: на второй боковой линии головы, кзади от точки 15XI тоу-лин-ци на 1,5 цуня.

Т. А.: соответствует части лобной кости, где распределены лобная ветвь поверхностной височной артерии и надглазничный нерв.

Показания: А — нет.

Б — головная боль, головокружение; отечность лица, заложенность носа; снижение остроты зрения, конъюнктивит, слезотечение, боль в глазу.

В — лихорадочное состояние с ознобом.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция почти горизонтальная. Глубина укола 1 см, цзю 5—15 мин.

17XI чжэн-ин («правое руководство»)

Локализация: кзади от точки 16XI му-чуан на 1,5 цуня, на второй боковой линии головы.

Т. А.: соответствует теменной кости, посредине сухожильного шлема, головы, где распределены ветви поверхностной височной артерии и надглазничный нерв.

Показания: А — рвота.

Б — головная боль, головокружение, зубная боль; слезотечение, атрофия зрительного нерва; отечность лица и век, заложенность носа; тики и контрактура мимических мышц вокруг рта.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция косая. Глубина укола 1 см, цзю 5—15 мин.

18XI чэн-лин («прием духа»)

Локализация: кзади от точки 15XI тоу-лин-ци на 4,5 цуня, на второй боковой линии головы, на одной линии с точкой 20XIII бай-хуэй.

Т. А.: соответствует области теменного бугра, среди сухожильного шлема головы, где распределены сеть анастомозов поверхностной височной артерии и затылочной артерии, большой затылочный нерв.

Показания: А — рвота.

Б — головная боль, мигрень, головокружение; зубная боль; тики и контрактура мимических мышц вокруг рта; нарушение остроты зрения; носовое кровотечение.

В — бронхиальная астма, лихорадочное состояние.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция косая. Глубина укола 1 см, цзю 5—15 мин.

19XI нао-кун («пространство мозга»)

Локализация: кнаружи от точки 17XIII нао-ху на 2 цуня и выше точки 20XI фэн-чи на 1,5 цуня (точка 17XIII нао-ху находится на верхней границе затылочного бугра).

Т. А.: соответствует месту соединения теменной, височной и затылочной костей, где распределены затылочная артерия и большой затылочный нерв.

Показания: А — нет.

Б — головная боль, головокружение; кровотечение из носа; напряжение мышц затылка, боли в шее и затылке.

В — бронхиальная астма.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция косая. Глубина укола 1 см., цзю 5—15 мин.

20XI фэн-чи («ветер — пруд»)

Локализация: под затылочной костью, в ямке около наружного края трапециевидной мышцы, на уровне 16XIII фэн-фу.

Т. А.: в этой области распределены затылочная артерия и вена, малый и большой затылочные нервы.

Показания: А — нет.

Б — головная боль в области виска и затылка, ригидность мышц шеи; заболевания глаз; ринит, заложенность и выделения из носа, кровотечение из носа; глухота, шум в ушах; боли в области плеча, спины и поясницы.

В — гемиплегия; лихорадочные заболевания; эмоциональная лабильность, неврастения; артериальная гипертония.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция косая по направлению глазницы противоположной стороны. Глубина укола 2 см, цзю 3—7 (20) мин.

21XI цзянь-цзин («плечо — источник»)

Локализация: посредине расстояния между точками 14XIII да-чжуй и 15II цзянь-юй, немного впереди от них.

Т. А.: соответствует трапецевидной мышце и промежутку между мышцей, поднимающей лопатку, и надостной мышцей, где распределены надлопаточная артерия, надключичный нерв и добавочный нерв.

Показания: А — нет.

Б — боли в области плеча, шеи, спины и руки, ригидность мышц руки; контрактура, тики и атрофия мышц шейно-затылочной области; головная боль, головокружение, недостаточность мозгового кровообращения; мастит, абсцесс молочной железы, люмбаго.

В — родовые боли, функциональные маточные кровотечения; гемиплегия; плохая переносимость холода; невралгии.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция под небольшим углом. Глубина укола 2 см, цзю 3—7 (20) мин.

22XI юань-е («водоворот воды»)

Локализация: на месте пересечения средней подмышечной линии и четвертого межреберного промежутка.

Т. А.: в этой области распределены межреберная артерия, наружная грудная артерия, межреберный нерв и длинный грудной нерв.

Показания: А — нет.

Б — межреберная невралгия; инфильтрат в подреберье.

В — лимфаденит, плеврит; нарушение сна.

Нахождение точки: при приподнятой вверх руке.

Техника: пункция под углом. Глубина укола 1 см, цзю не проводится.

23XI чжэ-цзинь («боковая мышца»)

Локализация: на 1 цунь впереди от 22XI юань-е в четвертом межреберье.

Т. А.: в этой области располагаются боковая грудная артерия, длинный грудной нерв, боковые кожные ветви межреберного нерва.

Показания: А — кислая отрыжка, рвота, гиперсаливация.

Б — межреберная невралгия.

В — чувство распирания в груди; бронхиальная астма.

Нахождение точки: в положении лежа на боку.

Техника: пункция под углом. Укол в положении лежа. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

24XI жи-юе («солнце — луна»)

Локализация: ниже точки 14XII ци-мэнь на 1,5 цуня, на третьей боковой линии живота.

Т. А.: ниже хрящей VII и VIII ребер, где распределены межреберная артерия, наружные кожные ветви межреберных нервов и межреберные ветви.

Показания: А — неукротимая рвота, отрыжка кислым, икота; язвенная болезнь желудка, гепатит, холецистит, желтуха, спазм диафрагмы, кишечная колика, метеоризм.

Б — боль в подреберье.

В — психомоторное возбуждение, галлюцинации.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция под углом. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 (10) мин.

25XI цзин-мэнь («ворота стеллицы»)

Локализация: у свободного конца XII ребра, на боковой поверхности живота (четвертая боковая линия живота).

Т. А.: соответствует внутренней и наружной косым мышцам живота. В этой области проходят ветви поверхностной надчревной артерии и межреберный нерв.

Показания: А — метеоризм, урчание в животе, диарея, рвота.

Б — боль в пояснице и подреберье, межреберная невралгия, боли в плече и лопатке, боль в тазобедренном суставе.

В — нефрит и другие почечные заболевания; артериальная гипертония.

Нахождение точки: в положении лежа на боку.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—7 мин.

26XI дай-май («сосуд пояса»)

Локализация: на четвертой боковой линии живота, на уровне пупка, чуть ниже свободного края XI ребра.

Т. А.: соответствует части наружной и внутренней косых мышц живота, где распределены поверхностная эпигастральная артерия и межреберные нервы. В брюшной полости в этой области справа расположена восходящая ободочная кишка, слева — нисходящая ободочная кишка.

Показания: А — нет.

Б — боли в пояснице и подреберье, люмбаго.

В — нарушение менструального цикла, эндометрит, цистит.

Нахождение точки: в положении лежа на боку.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 5—7 (20) мин.

27XI у-шу («пять центральных столбов»)

Локализация: ниже точки 26XI дай-май на 3 цуня, на четвертой боковой линии живота.

Т. А.: выше передней верхней подвздошной ости, соответствует нижнему краю внутренней и наружной косых мышц живота, где распределены поверхностная артерия, окружающая подвздошную кость, и кожные ветви подвздошно-подчревного нерва.

Показания: А — спазматические боли в желудке, кишечная колика, запоры.

Б — боли внизу живота, боли в пояснице и спине.

В — бели, эндометрит, орхит.

Нахождение точки: в положении лежа на боку.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 3—7 мин.

28XI вэй-дао («соединяющий путь»)

Локализация: впереди и книзу от передневерхнего гребня подвздошной кости, на 0,5 цуня ниже 27XI у-шу.

Т. А.: соответствует нижнему краю внутренней косой мышцы живота, где распределены поверхностная артерия, окружающая подвздошную кость, подвздошно-подчревный и подвздошно-паховый нервы.

Показания: А — рвота, частые запоры, энтероколит, понижение аппетита.

Б — боли внизу живота, в пояснице и ноге.

В — бели, эндометрит; анасарка.

Нахождение точки: в положении лежа на боку.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 5—10 мин.

29XI цзюй-ляо («покой — яма»)

Локализация: во впадине ниже передней ости подвздошной кости, на 3 цуня ниже точки 28XI вэй-дао.

Т. А.: соответствует переднему краю мышцы, напрягающей широкую фасцию бедра, где распределены поверхностная артерия, окружающая подвздошную кость, наружные кожные ветви бедренного нерва.

Показания: А — нет.

Б — боли в пояснице и ноге, хронические заболевания тазобедренного сустава, почечные боли с иррадиацией вниз живота; паралич нижних конечностей.

В — орхит, эпидидимит, нарушение менструального цикла, бели, эндометрит, периметрит; нефрит, цистит.

Нахождение точки: в положении в согнутой в бедре ногой определяется в конце паховой борозды.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 5—10 мин.

30XI хуань-тяо («в зрелость прыгать»)

Локализация: на ягодице, сзади от тазобедренного сустава.

Т. А.: соответствует части большой ягодичной мышцы, средней ягодичной мышцы, в глубине располагается седалищный нерв, который проходит через большое седалищное отверстие. В этой области распределены верхняя ягодичная артерия, верхний ягодичный нерв, подъягодичный и среднеягодичный нервы.

Показания: А — нет.

Б — боли в пояснице и боковой области таза, боли в ноге и коленном суставе, контрактура и боли в бедре, онемение в ногах, люмбаишиалгия, паралич нижних конечностей.

В — гемиплегия, зуд множественной локализации, экзема; болезнь бери-бери.

Нахождение точки: в положении лежа на боку, с выпрямленной нижней ногой и согнутой верхней ногой. Существует несколько методов определения точки: а) если соединить бугор седалищной кости и верхушку гребешка подвздошной кости прямой линией, а от большого вертела бедренной кости к этой линии провести перпендикуляр, то местом пересечения данных линий будет точка 30 XI хуань-тяо;

б) если соединить большой вертел бедренной кости, седалищный бугор и заднюю верхнюю подвздошную ость в треугольник, то данная точка будет в центре треугольника;

в) точка находится в передней трети линии, идущей от вершины межъягодичной складки и верхушки большого вертела бедренной кости.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 7,5 см, цзю 20—50 мин.

31XI фэн-ши («ветер — рынок»)

Локализация: на наружной поверхности бедра, на 7 цуней выше нижнего края коленной чашечки (от нижнего края коленной чашечки до большого вертела бедра 19 цуней).

Т. А.: между латеральной широкой мышцей бедра и двуглавой мышцей бедра, где распределены латеральная артерия, окружающая бедро, и латеральный кожный нерв бедра.

Показания: А — нет.

Б — двигательные и чувствительные расстройства в ноге, боли в суставах ног, ишиалгия.

В — зудящие сыпи; гемиплегия; болезнь бери-бери.
 Нахождение точки: в положении стоя, кончик III пальца опущенной руки указывает на расположение данной точки.
 Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 5—15 мин.

32XI чжун-ду («среднее течение»)

Локализация: ниже 31XI фэн-ши на 2 цуня.
 Т. А.: та же, что и у точки 31XI фэн-ши.
 Показания: А — нет.
 Б — боль в коленном суставе и голени; анестезия кожи голени и колена, ишиалгия, ограничение движений в тазобедренном суставе.
 В — гемиплегия.
 Нахождение точки: при согнутой ноге.
 Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 5—20 мин.

33XI цзу-ян-гуань («граница ян»)

Локализация: кзади от латерального надмыщелка бедренной кости, выше 34XI ян-лин-цюань на 3 цуня.
 Т. А.: в этой области распределены артериальная сеть коленного сустава и латеральный икроножный кожный нерв.
 Показания: А — нет.
 Б — покраснение и боль в области коленного сустава, воспаление коленного сустава, затруднение движений в нем, гипотония мышц бедра, паралич ноги.
 В — нет.
 Нахождение точки: в положении сидя, с выпрямленной ногой.
 Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 5—20 мин.

34XI ян-лин-цюань («ян — холм — источник»)

Локализация: во впадине у передненижнего края головки малоберцовой кости, ниже нижнего края коленной чашечки на 2 цуня.
 Т. А.: между малоберцовой мышцей и общим разгибателем пальцев. В этой области общий малоберцовый нерв разветвляется на поверхностный и глубокий, а также проходят ветви передней большеберцовой артерии и икроножный нерв.
 Показания: А — неукротимая рвота, привычные запоры, боли внизу живота, холецистит, заболевания печени;
 Б — боли в коленном суставе, контрактуры в ногах, анестезия кожи наружной поверхности ноги; межреберная невралгия; фарингит, ларингит; отечность лица; заболевания мышц.
 В — атеросклероз, гемиплегия, паркинсонизм.
 Нахождение точки: в положении сидя, с выпрямленной ногой.
 Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 20—30 мин.

35XI ян-цзяо («точка встречи ян»)

Локализация: у заднего края малоберцовой кости, выше центра латеральной лодыжки на 7 цуней.
 Т. А.: между общим разгибателем пальцев и длинной малоберцовой мышцей, где распределены ветви передней большеберцовой артерии, поверхностный малоберцовый нерв и латеральный икроножный кожный нерв.
 Показания: А — нет.

Б — ломящая боль и слабость в коленном суставе и голени, неподвижность коленного сустава, отечность и боли стопы, ишиалгия, паралич поверхностного малоберцового нерва; отечность лица, слизистой оболочки горла.

В — неврастения; бронхиальная астма; отек мозга.

Нахождение точки: в положении сидя, нога без упора.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 3—7 (20) мин.

36ХI вай-цзю («наружный холм»)

Локализация: точка находится на уровне 35ХI ян-цзю, у переднего края малоберцовой кости.

Т. А.: та же, что у точки 35ХI ян-цзю.

Показания: А — нет.

Б — боли и судороги в икроножных мышцах, боли по латеральной стороне голени; боли и судороги в области шеи и затылка, боль в груди; отеки на ногах.

В — эпилепсия; «куриная» грудная клетка у детей.

Нахождение точки: в положении сидя, нога без упора.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

37ХI гуан-мин («сияющая ясность»)

Локализация: у переднего края малоберцовой кости, выше центра латеральной лодыжки на 5 цуней.

Т. А.: соответствует промежутку между длинным разгибателем пальцев и короткой малоберцовой мышцей, где распределены ветви передней большеберцовой артерии, поверхностный малоберцовый нерв и латеральный икроножный кожный нерв.

Показания: А — нет.

Б — боли в коленном суставе, парез обеих ног, анестезия в области коленного сустава и голени, отечность ноги; миопия, снижение сумеречного зрения, атрофия зрительного нерва; мигрень.

В — заболевания спинного мозга.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 3—7 (20) мин.

38ХI ян-фу («опора ян»)

Локализация: выше центра латеральной лодыжки на 4 цуня.

Т. А.: та же, что у точки 37ХI гуан-мин.

Показания: А — холецистит, печеночная колика.

Б — боли в подмышечной области, подреберье, по наружной поверхности бедра, в коленном суставе, судороги икроножной мышцы; боль в области виска, глазные боли, боли в области малого таза.

В — малярия; туберкулезный лимфаденит подмышечной области.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 3—7 (20) мин.

39ХI сюань-чжун («висячий колокол»)

Локализация: у переднего края малоберцовой кости, выше центра латеральной лодыжки на 3 цуня.

Т. А.: соответствует месту соединения длинного разгибателя пальцев и короткой малоберцовой мышцы, где распределены ветви большеберцовой

артерии, передний поверхностный нерв и латеральный икроножный кожный нерв.

Показания: А — хронический гастроэнтерит.

Б — боли в пояснице, боли наружной поверхности ноги, в коленном суставе и голени, болевой синдром при вывихе коленного и голеностопного суставов; межреберная невралгия, ригидность мышц затылка и шеи; кровотечение из носа, боль и отечность слизистой оболочки горла.

В — острый отек легких; болезнь бери-бери; нефрит; атеросклероз.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 3—7 (20) мин.

40XI цю-сюй («холм — рынок»)

Локализация: точка находится чуть кпереди от нижнего края латеральной лодыжки.

Т. А.: точка расположена у верхнего края сухожилия короткой малоберцовой мышцы, у верхнего конца короткого разгибателя пальцев, где распределены передняя наружная артерия лодыжки — ветвь передней большеберцовой артерии и тыльный латеральный кожный нерв из икроножного нерва.

Показания: А — кишечная колика, боли внизу живота, холецистит.

Б — боли и ограничение движений в ногах, судороги икроножной мышцы, ломящая боль и инфильтрат в наружной поверхности бедра, пяток; боли в груди и подреберье, боли в области шеи, межреберная невралгия; глазные болезни.

В — малярия; отек в подмышечной области; чрезмерная полнота с одышкой.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция косая. Глубина укола 1,5 см, цзю 5—20 мин.

41XI цзу-линь-ци («слезы — спуск»)

Локализация: в задней части щели между IV и V плюсневными костями, где прощупывается впадина.

Т. А.: соответствует части сухожилия пятого длинного разгибателя пальцев, где распределены тыльная артерия стопы, тыльный срединный кожный нерв стопы.

Показания: А — нет.

Б — боли и ограничение движений в голеностопном суставе, припухлость тыла стопы; межреберная невралгия, боль в подреберье; мастит; шейный туберкулезный лимфаденит; боли в наружном углу глаза, нарушение остроты зрения.

В — заболевания органов дыхания; блуждающие боли; нарушение менструального цикла; аллергические заболевания.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

42XI ди-у-хуэй («пятое соединение земли»)

Локализация: в передней части щели между IV и V плюсневными костями, где прощупывается впадина.

Т. А.: та же, что у точки 41XI цзу-линь-ци.

Показания: А — кровавая рвота.

Б — боли, отечность и затруднение движения в голеностопном суставе;

отечность в подмышечной области, абсцесс молочной железы, боли в плече; шум в ушах; конъюнктивит.

В — туберкулез легких.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,6 см, цзю нет.

43XI ся-си («узкая долина»)

Локализация: в межпальцевой складке между IV и V пальцами стопы.

Т. А.: находится между четвертым и пятым длинными разгибателями пальцев, где распределены тыльная артерия пальцев, тыльный нерв пальцев из поверхностного малоберцового нерва.

Показания: А — нет.

Б — мигрень, глазные заболевания; шум в ушах, глухота, зуд в ушах; боли в груди, межреберная невралгия, чувствительные и двигательные нарушения в ноге. блуждающие боли.

В — лихорадочные заболевания; астения, кошмарные сновидения.

Нахождение точки: в положении лежа на спине:

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 2—3 мин.

44XI цзю-цюо-инь («инь начала»)

Локализация: кнаружи от корня ногтя концевой фаланги IV пальца ноги на 0,3 см.

Т. А.: в этой области распределены тыльная артерия пальцев стопы и тыльный нерв пальцев.

Показания: А — нет.

Б — головная боль; боль в глазах; боль и набухание слизистой оболочки горла, боль в подреберье; гиперемия кожи ладони и подошвы; глухота, шум в ушах.

В — кошмарные сновидения; патология плевры; лихорадочные заболевания; бронхиальная астма; оказание неотложной помощи.

Выбор точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3 см, цзю 2—3 мин.

Меридиан XII (печени)

Меридиан парный, симметричный и центростремительный, относится к системе инь. Начинается наружным ходом (рис. 47) в точке 1XII да-дунь (кнаружи от корня ногтя I пальца стопы на 0,3 см) и поднимается вверх по внутренней линии передней поверхности ноги (по Чжу Лянь) до точки 6XII чжун-ду (у передневнутренней поверхности большеберцовой кости, выше центра медиальной лодыжки на 7 цуней). Далее, в точке 7XII ци-гуань (кзади от точки 9IV инь-лин-цюань на 1 цунь) переходит на среднюю линию внутренней поверхности ноги (по Чжу Лянь), перекрещиваясь до этого в точке 8IV ди-цзи (на 3 цуня дистальнее точки 9IV инь-лин-цюань) с меридианом IV (селезенки — поджелудочной железы), т. е. меняется с ним линиями. По средней линии внутренней поверхности ноги поднимается до точки 11XII инь-лянь (ниже точки 30III ци-чун, находящейся кнаружи от бугорка лобковой кости на 2 цуня) и переходит на область лобка в точке 12XII цзи-май (кнаружи от лонного сочленения на 2,5 цуня). От этой точки, огибая наружные половые органы, проходит на нижнюю часть живота и поднимается по

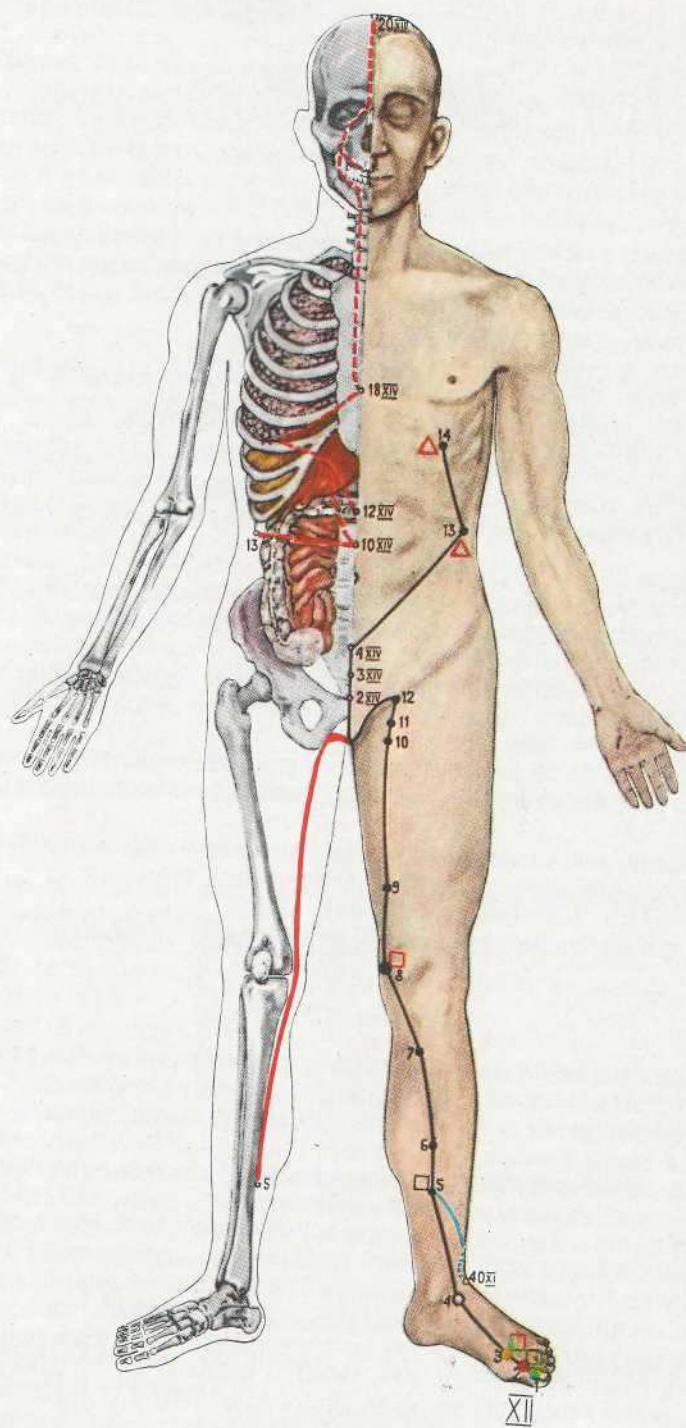


Рис. 47.

Меридиан XII (печени).

1—да-дунь; 2—син-цзянь; 3—тай-чун; 4—чжун-фэн; 5—ли-гоу; 6—чжун-ду; 7—ци-гуань; 8—шюй-цюань;
9—инь-бао; 10—цзу-у-ли; 11—инь-лянь; 12—ци-май; 13—чжан-мэнь; 14—ци-мэнь.

средней линии туловища, минуя точки: 2XIV цюй-гу (непосредственно над верхним краем лонного сочленения), 3XIV чжун-цзи (на 1 цунь выше 2XIV цюй-гу по средней линии туловища) и 4XIV гуань-юань (на 2 цуня выше 2XIV цюй-гу). Далее по косой восходящей линии поднимается к точке 13XII чжан-мэнь (у свободного конца XI ребра) и доходит до подреберья, где и заканчивается в точке 14XII ци-мэнь (на второй боковой линии груди, на уровне шестого межреберья).

Внутренний ход меридиана начинается в точке 13XII чжан-мэнь, от нее идет мимо желудка, проецируясь наружу в точке 10XIV ся-вань (на средней линии туловища, на 2 цуня выше пупка), и доходит до печени, «управляющей» данным меридианом, а также связывается с желчным пузырем. Имеет два ответвления. Первое ответвление начинается из печени, проецируясь наружу в точке 14XII ци-мэнь, поднимается вверх, проходит диафрагму, грудную полость проецируясь наружу в точке 18XIV юй-тан (на уровне третьего межреберья), далее идет по задней поверхности горла, зева и, связываясь с глазным пучком, делится на две ветви: восходящую и нисходящую. Восходящая ветвь проходит лобную и теменную части головы и соединяется с заднесрединным меридианом в точке 20XIII бай-хуэй. Нисходящая ветвь проходит по внутренней поверхности щеки и огибает губы снутри.

Второе ответвление начинается также от печени, проходит диафрагму, доходит до легких и кончается в точке 12XIV чжун-вань (на средней линии туловища, на 4 цуня выше пупка), где связывается с меридианом I (легких).

На меридиане XII точек воздействия 14:

1—да-дунь, 2—син-цзянь, 3—тай-чун, 4—чжун-фэн, 5—ли-гоу, 6—чжун-ду, 7—ци-гуань, 8—цюй-цюань, 9—инь-бао, 10—цзу-у-ли, 11—инь-лянь, 12—цзи-май, 13—чжан-мэнь, 14—ци-мэнь.

Стандартные пункты меридиана XII:

тонизирующая точка 8XII цюй-цюань;
седативная точка 2XII син-цзянь;
точка-пособник 3XII тай-чун;
стабилизирующий ло-пункт к меридиану XI (желчного пузыря) 5XII ли-гоу;
сочувственная точка 18VII гань-шу;
точка-глашатай 14XII ци-мэнь.

Показания к использованию меридиана XII
(печени)

А: боли в правом подреберье, в области печени; желудочно-кишечные расстройства; тошнота, рвота, понос, дисфагия, анорексия, запоры; желтуха, гепатит.

Б: боли в стопе, по внутренней поверхности голени и бедра, боли в пояснице и межреберная невралгия; задержка, недержание мочи, дизурия, почечные боли, боли при грыжах; заболевание половых органов мужчин и женщин, зуд гениталий; опущение матки и влагалища.

В: головная боль и головокружение, раздражительность; страхи; глазные заболевания; дерматозы.

Точки воздействия меридиана XII (печени)

1XII да-дунь («великое откровение»)

Локализация: на наружной стороне последней фаланги I пальца стопы, у заднего угла ногтя, на 0,3 см от него.

Т. А.: в этой области распределены тыльная артерия пальцев, отходящая от передней большеберцовой артерии, и тыльный нерв пальцев, отходящий от глубокого малоберцового нерва.

Показания: А — кишечные расстройства, колики, метеоризм, запоры.

Б — метроррагия, опущение матки, одностороннее увеличение яичка, боль в уретре, боль в головке полового члена, боли при паховой грыже; недержание мочи, капающее мочеиспускание.

В — нет.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3 см, цзю 3—7 мин.

2XII син-цзянь («хороший интервал»)

Локализация: во впадине кпереди от I и II плюснефаланговых суставов.

Т. А.: в этой области распределены тыльная артерия пальцев и глубокий малоберцовый нерв.

Показания: А — энтероколит, рвота, тошнота, запоры, диспепсия, печеночные боли, нарушение функции печени.

Б — боли в подреберье, межреберная невралгия, боли при грыжах, почечная колика; боль в области пяток; обильные менструации, боль в половом члене, вагинизм с поясничными болями; недержание мочи, затруднение мочеиспускания, отеки.

В — конъюнктивит, опущение угла рта, слезотечение, стоматит, сухость в горле, резкая головная боль, зубная боль; астения, эмоциональная лабильность, эпилепсия, истерические судороги, нарушение сна, ночная потливость.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 (15) мин.

3XII тай-чун («высшая точка приступа»)

Локализация: во впадине между I и II плюсневыми костями, выше плюснефаланговых суставов на 0,5 цуня.

Т. А.: соответствует наружному краю сухожилия длинного разгибателя I пальца, где распределены первая тыльная артерия стопы и глубокий малоберцовый нерв.

Показания: А — нарушение перистальтики кишечника, тошнота, запоры, спазматические боли в тонком кишечнике; печеночные боли.

Б — боли внизу живота, боли при грыжах, боли в икроножной мышце, внутренней лодыжке, холодные стопы; метроррагия, бели, зуд женских половых органов, вагинизм, боль в половом члене, увеличение мошонки; недержание мочи, затруднение мочеиспускания.

В — расстройство остроты зрения; головная боль в теменной области; артериальная гипертония, нарушение сна, эмоциональная лабильность, чувство страха.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—7 мин.

4XII чжун-фэн («средняя печать»)

Локализация: между точками 41 III цзе-си и 5 IV шан-цю, кпереди от медиальной лодыжки на 1 цунь.

Т. А.: на тыльной поверхности клиновидной кости, выше бугра ладьевидной кости, у внутреннего края сухожилия передней большеберцовой мышцы, где распределены передняя артерия медиальной лодыжки, тыльный

кожный нерв стопы и медиальный кожный нерв голени, отходящие от поверхностного малоберцового нерва.

Показания: А — нарушение пищеварения, тяжесть и боль внизу живота, желтуха, анорексия.

Б — боли и судороги в голени, стопе, похолодание стопы, грыжевые боли; затруднение мочеиспускания, патологические поллюции, импотенция, боль и зуд влагалища, втяжение яичка, боли в половом члене.

В — лихорадочные заболевания.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 5—15 мин.

5XII ли-гоу («конечный желобок»)

Локализация: выше центра внутренней лодыжки на 5 цуней, у заднего края большеберцовой кости.

Т. А.: в этой области распределены медиальный кожный нерв голени и большеберцовый нерв.

Показания: А — боль в животе, кишечные колики.

Б — похолодание и ломота в голени и стопе; метроррагия, бели, расстройства менструального цикла, боль в яичке; затруднение мочеиспускания, дизурия.

В — сильный зуд.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 2—5 мин.

6XII чжун-ду («город центра»)

Локализация: у передне-внутренней поверхности середины большеберцовой кости, выше центра медиальной лодыжки на 7 цуней.

Т. А.: в этой области распределены большеберцовый нерв и медиальный кожный нерв голени.

Показания: А — боль внизу живота, кишечная колика.

Б — боли в суставах ноги; недержание, задержка мочи; метроррагия, обильные лохии, отек мошонки.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на спине.

Техника: пункция под углом или почти горизонтальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 5—10 мин.

7XII ци-гуань («граница колена»)

Локализация: ниже точки 35III ду-би на 2 цуня или кзади от 9IV инь-лин-цюань на 1 цунь.

Т. А.: соответствует медиальному мышелку большеберцовой кости. В этой области распределены медиальная подколенная артерия, медиальный кожный нерв голени и большеберцовый нерв.

Показания: А — нет.

Б — боли по внутренней поверхности коленного сустава, припухлость коленного сустава.

В — боли в горле и гортани.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

8XII цюй-цюань («согнутый источник»)

Локализация: у медиального конца подколенной складки, у переднего края полуперепончатой мышцы, позади нижнего конца бедренной кости.

Т. А.: в этой области расположена сеть анастомозов коленного сустава, распределены медиальный кожный нерв бедра и медиальный кожный нерв голени.

Показания: А — боли внизу живота, понос, кишечная колика; расстройства пищеварения и функции печени, анорексия.

Б — боль в коленном суставе и по внутренней поверхности бедра, мышечные судороги; опущение матки, боли во влагалище, боли в половом члене; зуд заднего прохода и половых органов; расстройства менструального цикла, бели, кровотечения, ночные избыточные поллюции; задержка мочи, затруднение мочеиспускания, дизурия, уретральные боли, зуд.

В — резкая головная боль, раздражительность, боль в глазах; маниакальное состояние.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 3—7 мин.

9XII инь-бао («оболочка»)

Локализация: выше верхнего края медиального надмышцелка бедренной кости на 4 цуня.

Т. А.: точка расположена у переднего края полуперепончатой мышцы, ниже тонкой мышцы бедра, в глубине этой области проходит бедренная артерия. Здесь распределены кожные ветви запирающего нерва и передняя кожная ветвь бедренного нерва.

Показания: А — боли внизу живота.

Б — боли в пояснично-крестцовой области; судороги мышц нижней конечности; затруднение мочеиспускания, недержание мочи, дизурия, ночной энурез; нарушение менструального цикла.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя с согнутой ногой.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 3—5 (10) мин.

10XII цзу-у-ли («пять ли»)

Локализация: ниже точки 11XII инь-лянь на 1 цунь.

Т. А.: ниже лобкового бугорка, у наружного края длинной приводящей мышцы, у внутреннего края лобковой мышцы. В этой области распределены наружная срамная артерия, подвздошно-паховой и запирающий нервы.

Показания: А — метеоризм.

Б — судороги и слабость мышц ног; задержка мочи, экзема мошонки.

В — нет.

Нахождение точки: в положении сидя с выпрямленной ногой.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 5—15 мин.

11XII инь-лянь («угол инь»)

Локализация: ниже точки 30III ци-чун на 2 цуня и кнаружи на 0,5 цуня.

Т. А.: та же, что у точки 10XII цзу-у-ли.

Показания: А — нет.

Б — бесплодие, расстройства менструального цикла, вагинизм, зуд половых органов; боли по медиальной стороне бедра и голени, артроз тазо-бедренного сустава.

В — нет.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3 мин.

12XII цзи-май («овечья стрела»)

Локализация: кнаружи от симфиза на 2,5 цуня.

Т. А.: расположена ниже и кнаружи от лобкового бугорка, где проходят мышца, поднимающая яичко (у мужчин), и круглая маточная связка (у женщин). В этой области проходят внутренняя срамная артерия, подвздошно-паховый и пояснично-паховый нервы.

Показания: А — нет.

Б — боль в половом члене, увеличение мошонки, гинекологические заболевания; расстройства мочеиспускания; боли при бедренной грыже, боли по медиальной поверхности бедра.

В — нет.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: обычно здесь не пунктируем, проводим только цзю 3—5 мин.

13XII чжан-мэнь («посаженные ворота»)

Локализация: у конца XI ребра, на четвертой боковой линии живота.

Т. А.: соответствует внутренней и наружной косым мышцам живота. В этой области распределены межреберные артерии и нервы. Правая точка соответствует нижнему краю печени, левая точка соответствует нижнему краю селезенки.

Показания: А — рвота, понос, урчание в животе, метеоризм, диспепсия, спазматические явления в желудке; боль в области печени и желчного пузыря, аэрофагия, желтуха, гепатит.

Б — боль в подреберье с иррадиацией в поясницу, межреберная невралгия; цистит, учащенное мочеиспускание, ночной энурез.

В — перемежающаяся лихорадка, плеврит, спазм диафрагмы; артериальная гипертония.

Нахождение точки: в положении лежа на боку с выпрямленной ногой; нога, которая сверху, согнута.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 3—7 мин.

14XII ци-мэнь («ворота времени»)

Локализация: на второй боковой линии груди, в шестом межреберье.

Т. А.: в этой области распределены межреберные артерии, передние ветви грудного нерва и межреберные нервы.

Показания: А — анорексия, рвота, понос, вздутие живота, диспепсия, кислая отрыжка; заболевания печени.

Б — межреберная невралгия, боли в области спины и поясницы.

В — чувство удушья, бронхиальная астма, плеврит; нефрит, почечная патология; артериальная гипертония.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

Меридиан XIII (заднесрединный)

Меридиан непарный, относится к системе ян. Начинается наружным ходом (рис. 48) в точке 1XIII чан-цян (на середине расстояния между анусом и копчиком) и поднимается вверх по средней линии спины, по ходу позвоночника доходит до точки 16XIII фэн-фу (между затылочной костью и I шейным позвонком, выше задней границы волосистой части головы на 1 цунь).

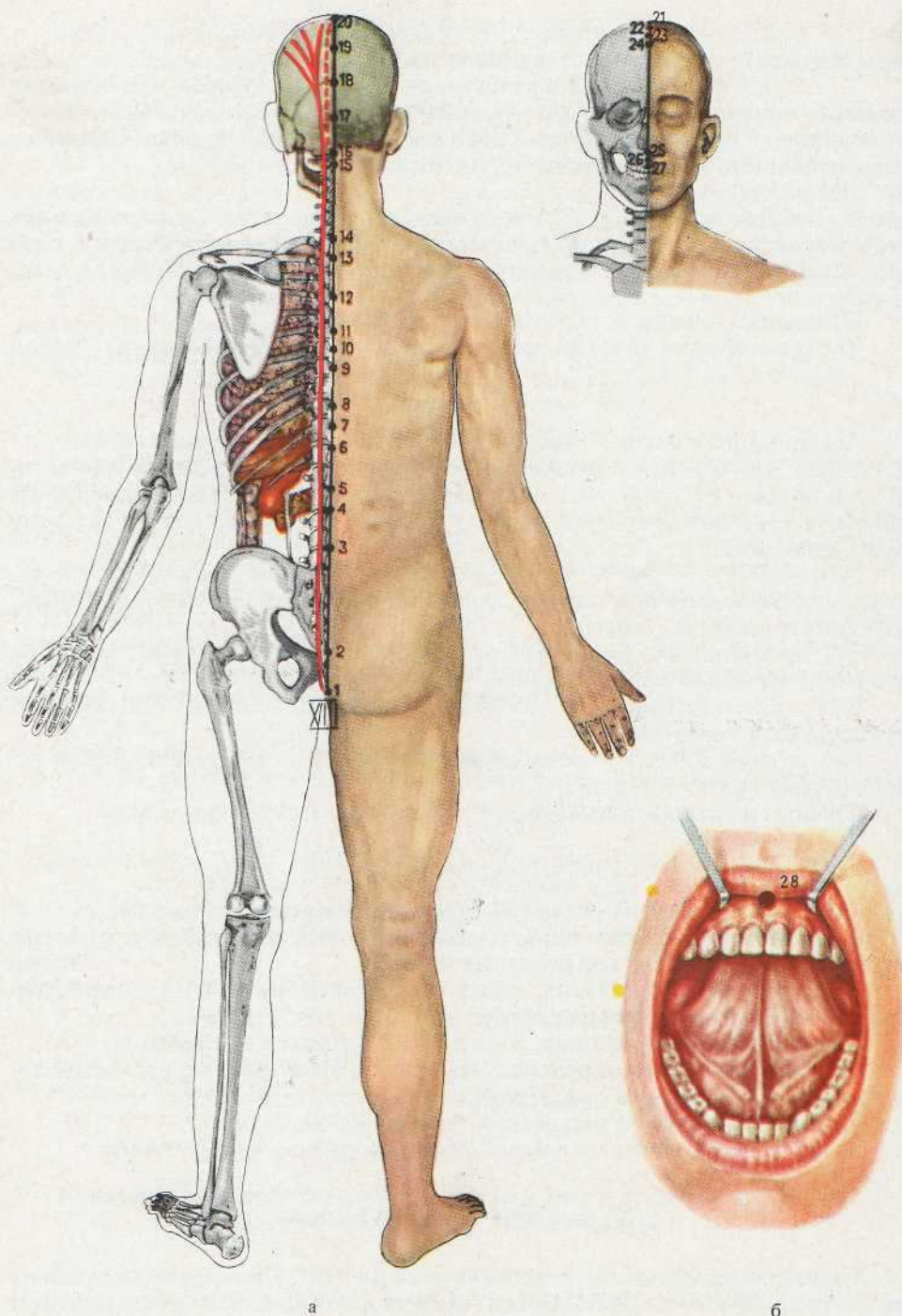


Рис. 48.

а — Меридиан XIII (заднесрединный); б — локализация точки 28XIII инь-цзяо.

1 — чан-чян; 2 — яо-шу; 3 — яо-ян-гуань; 4 — мин-мэнь; 5 — сюань-шу; 6 — цзи-чжун; 7 — чжун-шу; 8 — цзин-со; 9 — чжи-ян; 10 — лин-тай; 11 — шэнь-дао; 12 — шэнь-чжу; 13 — тао-дао; 14 — да-чжун; 15 — я-мэнь; 16 — фэн-фу; 17 — нао-ху; 18 — цян-цзянь; 19 — хоу-дин; 20 — бай-хуэй; 21 — цян-дин; 22 — синь-хуэй; 23 — шан-син; 24 — шэнь-тин; 25 — су-ляо; 26 — жэнь-чжун; 27 — дуй-дуань; 28 — инь-цзяо.

Отсюда начинается внутренний ход меридиана. Наружный ход меридиана далее идет по средней линии головы (по Чжу Лянь) до точки 24XIII шэнь-тин (на 0,5 цуня выше передней границы волосистой части головы), а потом переходит на область носа и рта, заканчиваясь в точке 28XIII инь-цзяо (на середине уздечки верхней губы).

Внутренний ход от точки 16XIII фэн-фу входит в мозг, далее повторяет наружный ход меридиана.

На меридиане XIII точек воздействия 28:

1—чан-цян, 2—яо-шу, 3—яо-ян-гуань, 4—мин-мэнь, 5—сюань-шу, 6—цзи-чжун, 7—чжун-шу, 8—цзин-со, 9—чжи-ян, 10—лин-тай, 11—шэнь-дао, 12—шэнь-чжу, 13—тао-дао, 14—да-чжуй, 15—я-мэнь, 16—фэн-фу, 17—нао-ху, 18—цян-цзянь, 19—хоу-дин, 20—бай-хуэй, 21—пянь-дин, 22—синь-хуэй, 23—шан-син, 24—шэнь-тин, 25—су-ляо, 26—жэнь-чжун, 27—дуй-дуань, 28—инь-цзяо.

Показания к использованию меридиана XIII (заднесрединного)

1. Область до L₂ (1XIII чан-цян — 4XIII мин-мэнь): заболевания нервной системы, заболевания кишечника и мочеполовой системы.
2. Область от L₂ до D₇ (5XIII сюань-шу — 8XIII цзинь-со): расстройства нервной системы, заболевания желудочно-кишечного тракта.
3. Область от D₇ до C₇ (9XIII чжи-ян — 14XIII да-чжуй): расстройства нервной системы, заболевания легких и лихорадочные состояния.
4. Область затылка (15XIII я-мэнь — 16XIII фэн-фу): заболевания затылка, носа, языка, горла; психические заболевания и расстройства нервной системы.
5. Область головы (17XIII нао-ху — 24XIII шэнь-тин): заболевания головы, глаз, носа и уха; заболевания нервной системы и психические расстройства.
6. Область носа и рта (25XIII су-ляо — 28XIII инь-цзяо): психические заболевания, расстройства нервной системы, заболевания носа, рта и зубов.

Точки воздействия меридиана XIII (заднесрединного)

1XIII чан-цян («увеличение силы»)

Локализация: на середине расстояния между копчиком и анусом.

Т. А.: в этой области распределены артерия прямой кишки, отходящая от внутренней срамной артерии, нерв копчика и нижний прямой кишечный нерв, отходящий от срамного нерва.

Показания: заболевания прямой кишки и заднего прохода, геморрой, выпадение прямой кишки; патологические поллюции, боль в уретре, каплюющее мочеиспускание; зуд в области половых органов и заднего прохода; стул с кровью, запор, понос; боль в пояснице и позвоночнике, невралгия бедренного нерва; эпилепсия, маниакальное состояние.

Нахождение точки: в положении лежа на животе.

Техника: пункция косо вверх. Глубина укола 1 см, цзю 3—15 мин.

2XIII яо-шу («точка поясницы»)

Локализация: в центре сакрально-копчикового сочленения.

Т. А.: соответствует месту входа в крестцовый канал пояснично-спинной фасции. В этой области распределены задняя ветвь средней крестцовой артерии и задние ветви крестцового сплетения.

Показания: геморрой, недержание кала, запор, выпадение прямой кишки; боль в уретре, капающее мочеиспускание; патологические поллюции, импотенция, нарушение менструального цикла; боли в области поясницы и спины, напряжение мышц позвоночника, паралич ног, гемиплегия.

Нахождение точки: в положении лежа на животе.

Техника: пункция под углом вверх. Глубина укола 1 см, цзю 3—15 мин.

3XIII яо-ян-гуань («граница ян»)

Локализация: между остистыми отростками позвонков L_4 — L_5 .

Т. А.: соответствует началу пояснично-спинной фасции, под кожей располагается надостистая связка, а глубже — межостистая связка. В этой области распределены ветви поясничных артерий и задние ветви поясничного сплетения.

Показания: понос, кишечная колика, энтероколит, вздутие нижней части живота; расстройства менструального цикла, выделение белей, патологические поллюции, импотенция; боль в пояснице и боковой поверхности таза, анестезия кожи ноги, боль по наружной поверхности коленного сустава; паралич нижних конечностей.

Нахождение точки: в положении лежа на животе.

Техника: пункция слегка под углом вверх. Глубина укола 2 см, цзю 3—5 (15) мин.

4XIII мин-мэнь («врата жизни»)

Локализация: между остистыми отростками позвонков L_2 — L_3 .

Т. А.: в этой области подкожно располагается надостистая связка, а глубже — межостистая связка, распределены задние ветви поясничных артерий и задние ветви поясничного сплетения.

Показания: энтероколит и другая кишечная патология, понос, диспепсия, геморрой, стул с кровью; бели, эндометрит, аднексит; патологические поллюции; импотенция; недержание мочи; боль в пояснице, ощущение напряжения в мышцах позвоночника; люмбаго; головная боль, шум в ушах, нарушения сна; судороги у детей, астенические состояния.

Нахождение точки: в положении лежа на животе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—15 мин.

5XIII сюань-шу («висячая стена»)

Локализация: между остистыми отростками позвонков L_1 — L_2 .

Т. А.: в этой области распределены задние ветви поясничной артерии, задние ветви нижних грудных нервов.

Показания: спазмы в желудке, дисфагия, диспепсия, понос, заболевания тонкой кишки; импотенция, ночной энурез; эндометрит, параметрит; боль и контрактура поясничной области, напряжение мышц позвоночника.

Нахождение точки: в положении лежа на животе.

Техника: пункция слегка косо вверх. Глубина укола 1 см, цзю 5—15 мин.

6XIII цзи-чжун («середина позвоночника»)

Локализация: между остистыми отростками D_{11} — D_{12} позвонков.

Т. А.: соответствует началу пояснично-спинной фасции. Подкожно располагается надостистая связка, глубже — межостистая связка. В этой области распределены задние ветви межреберных артерий и задние ветви грудных нервов.

Показания: отрыжка, кровавая рвота, понос, желтуха; геморрой, выпадение прямой кишки у детей, кишечное кровотечение; психозы, эпилепсия.

Нахождение точки: в положении сидя, со слегка наклоненной головой.

Техника: пункция слегка косо вверх. Глубина укола 1,5 см, цзю — нет.

7XIII чжун-шу («средняя дверная петля»)

Локализация: между остистыми отростками D_{10} — D_{11} позвонков.

Т. А.: соответствует началу трапециевидной мышцы. В этой области распределены задние ветви межреберных артерий и задние ветви грудных нервов.

Показания: гастралгия, анорексия; заболевания почек; боли в пояснице и спине, контрактура и нарушение движений в позвоночнике; снижение остроты зрения; астеническое состояние.

Нахождение точки: в положении сидя, со слегка наклоненной головой.

Техника: пункция слегка косо вверх. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

8XIII цзинь-со («натягиватель мышц»)

Локализация: между остистыми отростками D_9 — D_{10} позвонков.

Т. А.: та же, что у точки 17XIII чжун-шу.

Показания: боли в желудке, заболевания желудка, понос; боль в области сердца; боли в пояснице и спине, ощущение напряжения в области позвоночника; эпилепсия, истерия, психозы.

Нахождение точки: в положении сидя, со слегка наклоненной головой.

Техника: пункция косо вверх. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

9XIII чжи-ян («прибытие ян»)

Локализация: точка находится между остистыми отростками D_7 — D_8 позвонков.

Т. А.: та же, что у точки 7XIII чжун-шу.

Показания: одышка, кашель, бронхит, бронхиальная астма; снижение аппетита, урчание в животе, холецистит, гепатит, боли в желудке; боли в пояснице и спине, межреберная невралгия, паравертебральная мышечная контрактура.

Нахождение точки: в положении сидя, со слегка наклоненной головой.

Техника: пункция слегка косо вверх. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

10XIII лин-тай («терраса духа»)

Локализация: между остистыми отростками D_6 — D_7 позвонков.

Т. А.: соответствует началу большой ромбовидной и трапециевидных мышц; в этой области распределены задние ветви межреберных артерий, задний нерв лопатки и задние ветви грудных нервов.

Показания: одышка, кашель, бронхит, бронхиальная астма; боли в желудке; боли в спине и шее, чувство напряжения в области затылка.

Нахождение точки: в положении сидя, со слегка наклоненной головой.

Техника: пункция слегка косо вверх (китайские медики рекомендуют только цзю). Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

11XIII шэнь-дао («божественная дорога»)

Локализация: между остистыми отростками D_5 — D_6 позвонков.

Т. А.: та же, что у точки 10XIII лин-тай.

Показания: кашель, бронхит, одышка; хронический энтерит; межреберная невралгия, боль в позвоночнике; боль и контрактура мышц спины; снижение памяти, головная боль, чувство страха, неврастения, тревожное состояние; судороги у детей, малярия.

Нахождение точки: в положении сидя со слегка наклоненной головой.

Техника: пункция косо вверх (китайские медики рекомендуют только цзю). Глубина укола 1 см, цзю 3—7 мин.

12XIII шэнь-чжу («столб тела»)

Локализация: точка расположена между остистыми отростками D_3 — D_4 позвонков.

Т. А.: в этой области располагается надостистая связка; соответствует началу трапециевидной мышцы, где распределены нисходящая ветвь поперечной шейной артерии, задние ветви межреберных артерий и задние грудные нервы.

Показания: частый кашель, бронхит, пневмония; люмбагия, заболевания головного и спинного мозга; носовое кровотечение; нарушение движений в области шеи; эпилепсия у детей; неврастения; ночные страхи.

Нахождение точки: в положении сидя, со слегка наклоненной головой.

Техника: пункция слегка косо вверх. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 мин.

13XIII тао-дао («дорога странствий»)

Локализация: между остистыми отростками D_1 — D_2 позвонков.

Т. А.: в зоне точки подкожно располагаются верхнеостистая связка, начало трапециевидной мышцы, ветвь поперечной шейной артерии, задняя ветвь нижнего шейного и верхнего грудного нервов.

Показания: мигрень и другая головная боль; контрактура мышц шеи и спины, ощущение напряжения в позвоночнике; снижение памяти, неврастения; психозы, эпилепсия у детей; желтуха, малярия, грипп.

Нахождение точки: в положении сидя, со слегка наклоненной головой.

Техника: пункция слегка косо вверх. Глубина укола 1 см, цзю 3—7 (20) мин.

14XIII да-чжуй («большой позвонок»)

Локализация: между остистыми отростками C_7 — D_1 позвонков.

Т. А.: соответствует надостистой и межостистой связке, началу трапециевидной мышцы, где распределены ветви поперечной шейной артерии, нижние шейные нервы и задние ветви 4-го шейного нерва.

Показания: заболевания с повышением температуры, озноб, грипп, малярия; патология бронхов, кашель, ощущение распирания в груди и подреберье, бронхиальная астма; ревматический процесс в неактивной фазе; боли в области шеи и спины, напряжение мышц затылка, боль в надплечье; кишечные спазмы, желтуха, рвота; эпилепсия, судороги у детей; психические заболевания, астеническое состояние.

Нахождение точки: в положении сидя со слегка наклоненной головой.

Техника: пункция слегка косо вверх. Глубина укола 1 см, цзю 3—15 мин.

15XIII я-мэнь («врата молчания»)

Локализация: на уровне промежутка между остистыми отростками С₁ — С₁₁ позвонков, выше задней границы волосистой части головы на 0,5 цуня.

Т. А.: находится между трапециевидными мышцами, где распределены ветви затылочной артерии, 3-й шейный нерв.

Показания: головная боль, приступы головокружения, звон и шум в ушах; кровотечение из носа, глухонмота; ригидность позвоночника, напряжение мышц затылка; психические болезни, эпилепсия.

Нахождение точки: в положении сидя, с откинутой назад головой.

Техника: пункция вертикальная по направлению к гортани, при уколе голова наклонена вперед. Глубина укола 1 см, цзю не проводится.

16XIII фэн-фу («район ветра»)

Локализация: между затылочной костью и I шейным позвонком, выше задней границы волосистой части головы на 1 цунь.

Т. А.: между трапециевидными мышцами, где распределены разветвления затылочной артерии, 3-й шейный нерв и большой затылочный нерв.

Показания: головная боль, отек мозга, головокружение; дизартрия, афония, афазия; напряжение мышц затылка, боли в затылке; носовое кровотечение, хронический ринит, боль и отечность слизистой оболочки горла; заболевания глаз; психические расстройства, эпилепсия, маниакальное состояние, гемиплегия.

Нахождение точки: в положении сидя, с откинутой назад головой. Расстояние между серединой задней границы волос и серединой передней границы волос делится на 12 цуней и также от точки ВМЗ инь-тан (середина переносья) до точки 17XIII нао-ху (на середине верхнего края затылочного бугра).

Техника: пункция под углом, при уколе голова наклонена вперед. Глубина укола 0,5 см, цзю не проводится.

17XIII нао-ху («дверь мозга»)

Локализация: на середине верхнего края затылочного бугра, выше точки 16XIII фэн-фу на 1,5 цуня.

Т. А.: в этой области распределены затылочная артерия и большой затылочный нерв.

Показания: головная боль, отек мозга, приступы головокружения, боль на верхушке темени, в области затылка, шеи; боль в глазах, снижение остроты зрения; эпилепсия, неврастения; понос, желтуха.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция под углом. Глубина укола 0,5 см, цзю 1—3 мин.

18XIII цян-цзянь («место силы»)

Локализация: между точками 19XIII хоу-дин и 17XIII нао-ху, выше точки 17XIII нао-ху на 1,5 цуня.

Т. А.: соответствует месту соединения затылочной и теменной костей среди сухожильного шлема головы, где распределены затылочная артерия и большой затылочный нерв.

Показания: головная боль, головокружение, рвота; боли в области затылка; заболевания глаз; эпилепсия.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция почти горизонтальная. Глубина укола 0,6 см, цзю 5—15 мин.

19XIII хоу-дин («задний холм головы»)

Локализация: выше задней границы волос на 5,5 цуня, на заднем участке стреловидного шва или на 1,5 цуня выше точки 18XIII цян-цзянь.

Т. А.: в этой области распределены затылочная артерия и большой затылочный нерв.

Показания: головная боль, головокружение, боль в области темени и виска; боли и напряжение в мышцах затылка; эпилепсия, сильное психическое возбуждение, депрессия.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция почти горизонтальная. Глубина укола 0,5 см, цзю 3—5 мин.

20XIII бай-хуэй («стократный сборщик»)

Локализация: на расстоянии 5 цуней от середины передней границы волос и на 7 цуней от середины задней границы волос.

Т. А.: среди сухожильного шлема головы, где распределяется артериальная сеть анастомозов между правой и левой поверхностными височными артериями, проходит ветвь лобного нерва от I ветви тройничного нерва.

Показания: эпилепсия, судороги, сумеречное состояние сознания, потеря сознания, снижение памяти; психическое возбуждение; головная боль, головокружение; заложенность носа, ринит, заболевания глаз, уха, шум в ушах; неврастения; сердцебиение; ночные страхи у детей; апатия, абулия; выпадение прямой кишки или опущение матки; паркинсонизм.

Нахождение точки: в положении сидя; расположение точки соответствует теменной ямке на линии, соединяющей верхние части ушных раковин.

Техника: пункция почти горизонтальная. Глубина укола 0,8 см, цзю 5—8 мин.

21XIII цянь-дин («передний холм»)

Локализация: точка находится на середине расстояния между точками ВМЗ инь-тан (переносье) и 17XIII нао-ху (затылочный бугор), на 6 цуней выше от переносья или впереди от точки 20XIII бай-хуэй на 1,5 цуня.

Т. А.: та же, что у точки 20XIII бай-хуэй.

Показания: эпилепсия у детей, судороги; головная боль, головокружение, покраснение и инфильтраты на лице; недостаточность кровообращения в головном мозге; боли в области шеи; серозно-слизистые выделения из носа, заболевания уха.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция под углом. Глубина укола 0,6 см, цзю 3—5 (20) мин.

22XIII синь-хуэй («точка покрытия черепа»)

Локализация: на 2 цуня кзади от середины передней границы волос.

Т. А.: в этой области расположена артериальная сеть между поверхностью височной и лобной артериями.

Показания: судороги, эпилепсия у детей; головная боль, головокружение; затруднение дыхания через нос, anosmia, кровотечение из носа; заболевание глаз.

Нахождение точки: в положении сидя, впереди от точки 21XIII цянь-дин на 1,5 цуня.

Техника: пункция почти горизонтальная. Глубина укола 0,5 см, цзю 3—7 мин. Так как точка находится в области лобного родничка, детям до 3 лет проводить воздействие на нее нельзя.

23XIII шан-син («верхняя звезда»)

Локализация: точка находится на I цунь выше середины передней границы волос.

Т. А.: соответствует лобной кости и лобной мышце, где распределены разветвления лобной артерии и лобная ветвь лобного нерва.

Показания: головная боль, невралгия I ветви тройничного нерва; боль в глазах, снижение зрения, заложенность носа, кровотечение из носа; психическое возбуждение, судороги.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция почти горизонтальная, конец иглы направлен книзу. Глубина укола 0,6 см, цзю 3—5 мин.

24XIII шэнь-тин («божеский двор»)

Локализация: на 0,5 цуня выше передней границы волосистой части головы.

Т. А.: та же, что у точки 23XIII шан-син.

Показания: эмоциональная лабильность; нарушение сна, страхи и тревожное состояние; эпилепсия; головная боль, невралгия I ветви тройничного нерва; боли в области глаза; заболевания носа; головокружение; лейкома роговицы; озена; сердцебиение, чувство стеснения в груди.

Нахождение точки: в положении сидя.

Техника: пункция под углом, конец иглы направлен кверху. Глубина укола 0,6 см, цзю 3—5 мин.

25XIII су-ляо («простая дыра»)

Локализация: в центре кончика носа.

Т. А.: в этой области распределены тыльная носовая артерия и реснично-носовая нерв от I ветви тройничного нерва.

Показания: заложенность и кровотечение из носа, полипы и фурункулез носа, ринит; шок; алкоголизм.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на спине.

Техника: пункция косая, конец иглы направлен вниз. Глубина укола 0,5 см, цзю не проводится.

26XIII жэнь-чжун («водяная яма»)

Локализация: под кончиком носа, в верхней трети вертикальной борозды верхней губы.

Т. А.: соответствует части круговой мышцы рта, где распределены артерия верхней губы, II ветвь V пары и щечная ветвь лицевого нерва.

Показания: эпилепсия, маниакальное состояние, истерия, психическое возбуждение; шок, коллапс, тепловой удар, обморок; тик и контрактура мимических мышц, опущение угла рта, птоз века; инфильтрат и гиперестезия на лице, заболевание щек и зубов; заболевание органов дыхания, заложенность носа, ринорея; напряжение и боли в позвоночнике, судороги у детей, точка неотложной помощи.

Нахождение точки: в положении лежа на спине или сидя.

Техника: пункция косо вверх. Глубина укола 0,6—1 см, цзю 5—10 мин.

27XIII дуй-дуань («верхний край губы»)

Локализация: в центре верхнего края губы.

Т. А.: соответствует месту перехода кожи в слизистую оболочку, где распределены артерия верхней губы, щечная ветвь лицевого нерва и ветвь верхней губы нижнеглазничного нерва.

Показания: эпилепсия, судороги, апатия; заложенность носа, полип носа; тик и контрактура мимических мышц вокруг рта, неврит лицевого нерва, невралгия тройничного нерва; заболевания зубов, болезни полости рта и губ.

Нахождение точки: в положении сидя или лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3 см, цзю не проводится.

28XIII инь-цзяо («точка десны»)

Локализация: по средней линии в месте перехода десны в верхнюю губу, т. е. на середине уздечки верхней губы.

Т. А. : в этой области распределены артерии верхней губы, верхний альвеолярный нерв от II ветви V пары и ветвь верхней губы нижеглазничного нерва.

Показания: эпилепсия, маниакальное состояние, судороги; заболевания зубов, гингивит, язвочки на слизистой оболочке ротовой полости; ринит, заложенность носа, полипы носа; лейкома, гиперемия и зуд внутреннего угла глаза.

Нахождение точки: при приподнятой верхней губе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3 см, цзю не проводится.

Меридиан XIV (переднесрединный)

Меридиан непарный, относится к системе инь. Начинается в области промежности (рис. 49) в точке 1XIV хуэй-инь (посредине между наружными половыми органами и задним проходом), проходит лобковую часть и делится на внутренний и наружный ходы. Наружный ход меридиана поднимается по средней линии живота, переходит на среднюю линию груди (по Чжу Лянь), потом идет посредине шеи на подбородок и заканчивается в точке 24XIV чэн-цзян (в центре подбородочно-губной борозды). Дает два симметричных ответвления, которые, огибая губы, проходят до середины нижней орбиты.

Внутренний ход идет в глубине брюшной полости, грудной полости по горлу и гортани, повторяя наружный ход меридиана.

На меридиане XIV точек воздействия 24:

1—хуэй-инь, 2—цзюй-гу, 3—чжун-цзи, 4—гуань-юань, 5—ши-мэнь, 6—ци-хай, 7—инь-цзяо, 8—шэнь-цзюе, 9—шуй-фэнь, 10—ся-вань, 11—цзянь-ли, 12—чжун-вань, 13—шан-вань, 14—цзюй-цзюе, 15—цзю-вэй, 16—чжун-тин, 17—тань-чжун, 18—юй-тан, 19—цзы-гун, 20—хуа-гай, 21—сюань-цзи, 22—тянь-гу, 23—лянь-цюань, 24—чэн-цзянь.

Показания к использованию меридиана XIV (переднесрединного)

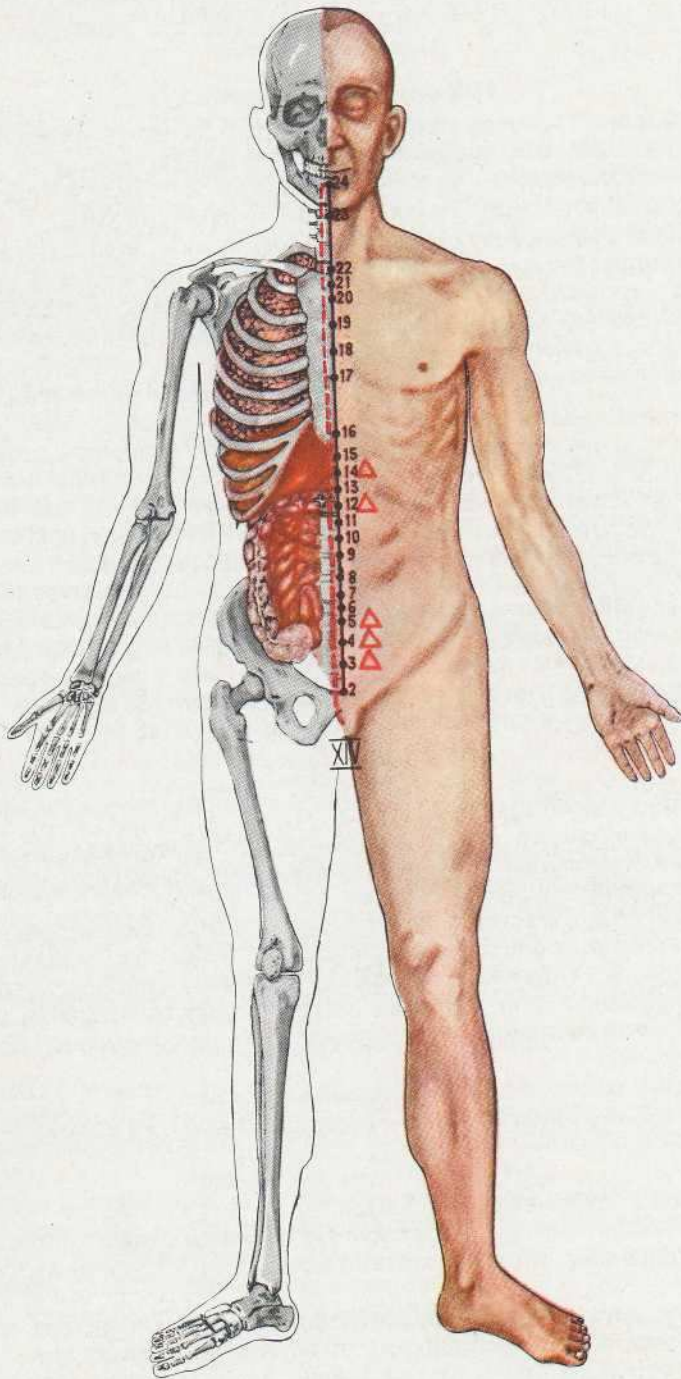
1. Область нижней части живота (до пупка): заболевания мочеполовой системы, кишечника (точки 4XIV гуань-юань и 6XIV ци-хай оказывают и общеукрепляющее действие).

2. Область верхней части живота (выше пупка): основные показания — заболевания желудочно-кишечного тракта; второстепенные показания — психические заболевания и расстройства нервной системы.

3. Область груди: основные показания — заболевания легких, второстепенные показания — заболевания пищевода.

4. Область шеи: заболевания языка, горла и гортани.

5. Область губ: заболевания полости рта и зубов.



Меридиан XIV (переднесрединный).

Рис. 49.

1 — хуэй-инь; 2 — шюй-гу; 3 — чжун-ци; 4 — гуань-юань; 5 — ши-мэнь; 6 — ци-хай; 7 — инь-цзяо; 8 — шэнь-шюэ; 9 — шуй-фэнь; 10 — ся-вань; 11 — цзянь-ли; 12 — чжун-вань; 13 — шан-вань; 14 — цзюй-шюэ; 15 — цзю-вэй; 16 — чжун-тин; 17 — тань-чжун; 18 — юй-тан; 19 — цзы-гун; 20 — хуа-гай; 21 — сюань-ци; 22 — тянь-ту; 23 — лян-шюань; 24 — чэн-цзян.

Точки воздействия меридиана XIV

(переднесрединного)

1XIV хуэй-инь («половая точка»)

Локализация: у мужчин между мошонкой и задним проходом, у женщин между задней спайкой больших половых губ и задним проходом.

Т. А.: соответствует центру кавернозных тел, в этой области распределены внутренняя срамная артерия и срамной нерв.

Показания: расстройства менструального цикла, патологические поллюции, импотенция, боль в головке полового члена, припухлость половых губ, потливость промежности, зуд гениталий, вагинит, опущение матки; заболевания прямой кишки, геморрой, запор; затруднение мочеиспускания.

Нахождение точки: в положении лежа на спине, с приподнятым тазом.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5 см, цзю 3—7 (20) мин.

2XIV цюй-гу («согнутая кость»)

Локализация: на середине верхнего края лобка, на 5 цуней ниже пупка.

Т. А.: располагается между местом прикрепления обеих пирамидных мышц, где распределены поверхностная эпигастральная нижняя артерия, наружная срамная артерия и подвздошно-подчревный нерв.

Показания: импотенция; патологические поллюции; затруднение мочеиспускания, цистит, боли в мочевом пузыре; эндометрит, вагинит, выделение белей, эрозия шейки матки, недостаточное сокращение матки после родов, орхит; запор, грыжевые боли.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 7—15 мин.

3XIV чжун-ци («средняя точка вершины»)

Локализация: ниже пупка на 4 цуня.

Т. А.: соответствует белой линии, где распределены поверхностная эпигастральная нижняя артерия, передние кожные ветви 12-го межреберного нерва и подвздошно-подчревный нерв.

Показания: расстройства менструального цикла, дисменорея, функциональные маточные кровотечения, бесплодие, бели, зуд вульвы, вагинит, вульвит, боль в наружных половых органах, гонорея, импотенция, патологические поллюции, опущение матки, задержка отслойки плаценты, болезненное мочеиспускание, недержание мочи, поллакиурия; асцит, анасарка, нефрит.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2,5 см, цзю 7—30 мин.

4XIV гуань-юань («выступ — граница»)

Локализация: ниже пупка на 3 цуня.

Т. А.: в этой области распределены поверхностные эпигастральные нижние артерии и вена, передние кожные ветви 11-го и 12-го межреберных нервов.

Показания: расстройства менструального цикла, бесплодие, выделение белей, обильные лохии, дисменорея, импотенция; поллакиурия, задержка мочеиспускания; спазматическое состояние тела и шейки матки, шейки мочевого пузыря; диспепсия, кишечные кровотечения, хронический энтероколит, аскаридоз, кровавый понос; боли в животе, ниже пупка; эмоциональная лабильность, депрессивное состояние.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2,5—4,5 см, цзю 7—30 мин.

5XIV ши-мэнь («каменные ворота»)

Локализация: ниже пупка на 2 цуня.

Т. А.: та же, что у точки 4XIV гуань-юань.

Показания: аменорея, метроррагия, обильные лохии, втяжение яичка; боль в уретре, капающее мочеиспускание, дизурия; диспепсия, понос, расстройства пищеварения, хронический энтероколит, запор; асцит, анасарка; боли внизу живота.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 7—15 мин.

6XIV ци-хай («море энергии»)

Локализация: ниже пупка на 1,5 цуня.

Т. А.: в этой области распределены поверхностная эпигастральная нижняя артерия, передние кожные ветви межреберного нерва.

Показания: метроррагия, бели, расстройства менструального цикла, втяжение яичка, патологические поллюции, импотенция; энтероколит, метеоризм, запор, анорексия; ночной энурез, недержание мочи; боли в области пупка при расстройстве желудочно-кишечного тракта, люмбаго, грыжевые боли; недостаточность функции почек, анурия, уремия; анасарка; боли в области сердца, стенокардия; бронхиальная астма; нарушение сна, головокружение, артериальная гипертония, эмоциональная лабильность.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2,5 см, цзю 20—30 мин.

7XIV инь-цзяо («объединение инь»)

Локализация: на средней линии живота ниже пупка на 1 цунь.

Т. А.: та же, что у точки 6XIV ци-хай.

Показания: метроррагия, выделение белей, расстройство менструального цикла, обильные лохии, функциональное бесплодие, эндометрит, зуд вульвы, боли в матке; задержка мочеиспускания, уретрит; боли в области пупка, метеоризм, кишечная колика; послеродовая депрессия.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2,5 см, цзю 5—15 мин.

8XIV шэнь-цзюе («божественная граница»)

Локализация: в центре пупка.

Т. А.: соответствует центру пупка; в этой области распределены поверхностная эпигастральная артерия и передние кожные ветви межреберного нерва.

Показания: урчание и боль в животе, метеоризм, понос, энтероколит, кровавый понос; боли в области живота вокруг пупка, выпадение прямой кишки; понос у грудных детей.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: чжень не проводится, цзю 5—15 мин.

9XIV шуй-фэнь («распределение воды»)

Локализация: на передней средней линии, выше пупка на 1 цунь (расстояние между пупком и точкой 15XIV цзю-вэй, расположенной на 1,5 см ниже мечевидного отростка, равно 7 цуням).

Т. А.: соответствует белой линии выше пупка. В этой области распределены поверхностная эпигастральная артерия и передние кожные ветви межреберного нерва, в глубине расположена поперечная ободочная кишка.

Показания: урчание в животе, боль в желудке, недержание газов; аэрофагия; понос, запор, анорексия, отеки, дизурия, боли в спине, расстройства дыхания.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 20—30 мин.

10XIV ся-вань («нижний канал»)

Локализация: выше пупка на 2 цуня.

Т. А.: в этой области распределены поверхностная эпигастральная артерия и передние кожные ветви межреберного нерва, в глубине расположен желудок.

Показания: боль и урчание в животе, метеоризм, диспепсия, рвота, понижение аппетита, гастрит; гастроптоз, энтерит.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2,5 см, цзю 20—30 мин.

11XIV цзянь-ли («опущенная местность»)

Локализация: выше пупка на 3 цуня.

Т. А.: та же, что у точки 10XIV ся-вань.

Показания: рвота, понижение аппетита, вздутие и боли в животе, боли в области желудка, диспепсия; межреберная невралгия; неврастения; боли в области сердца; отеки, анасарка.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2,5 см, цзю 5—15 мин.

12XIV чжун-вань («средний канал»)

Локализация: выше пупка на 4 цуня.

Т. А.: та же, что у точки 10XIV ся-вань.

Показания: боль в желудке, метеоризм, отрыжка, рвота, диспепсия, икота, тошнота; гастроэнтерит, дизентерия, желтуха, гастродуоденит, язва желудка; головная боль, нарушение сна; сердцебиение, артериальная гипертония.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 5—15 мин.

13XIV шан-вань («верхний канал»)

Локализация: выше пупка на 5 цуней.

Т. А.: та же, что у точки 10XIV ся-вань.

Показания: боль и урчание в животе, метеоризм, отрыжка, рвота, боль в эпигастральной области, икота, тошнота; гастродуоденит, язва желудка, гастрит; эпилепсия.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см, цзю 5—15 мин.

14XIV цзюй-цзюе («граница силы»)

Локализация: ниже 15XIV цзю-вэй на 1 цунь.

Т. А.: в этой области распределены поверхностная эпигастральная артерия и передние кожные ветви межреберного нерва, в глубине расположена левая доля печени.

Показания: боли в эпигастральной области, отрыжка, рвота, икота, анорексия, заболевания желудка; функциональные расстройства сердечной деятельности, сердцебиение; депрессия, чувство страха, тревожное состояние, маниакальное состояние, эпилепсия, плеврит, спазм диафрагмы.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 20—30 мин.

15XIV цзю-вэй («хвост голубя»)

Локализация: на 1,5 см ниже мечевидного отростка или на 1 цунь ниже реберно-грудинного сочленения.

Т. А.: в этой области распределены поверхностная эпигастральная артерия и вена, передние кожные ветви межреберного нерва.

Показания: боли в эпигастральной области, отрыжка, тошнота, рвота, гастралгия, острый гастрит; чувство распирания в груди, кашель, одышка, отек легких; сердцебиение, боль в области сердца; маниакальное состояние, эпилепсия.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 20—30 мин.

16XIV чжун-тин («средний двор»)

Локализация: на переднесредней линии, на уровне пятого межреберья.

Т. А.: соответствует границе соединения тела грудины и мечевидного отростка. В этой области распределены кожные ветви внутренней артерии молочной железы и передние кожные ветви межреберных нервов.

Показания: ощущение распирания в груди и подреберье, эмфизема легких, одышка, отек легких, бронхиальная астма; спазм пищевода, дисфагия, боли в области желудка, рвота, анорексия; боли в гортани.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция почти вертикальная. Конец иглы направлен вниз, цзю 3—5 мин.

17XIV таь-чжун («середина груди»)

Локализация: на передней средней линии, на уровне четвертого межреберья.

Т. А.: та же, что у точки 16XIV чжун-тин.

Показания: приступы удушья, отек легких, одышка, кашель, бронхит, боли в грудной клетке, эмфизема; межреберная невралгия; недостаточность лактации, мастит; сужение пищевода, икота, рвота. Боли в области сердца, сердцебиение.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция почти горизонтальная, конец иглы направлен кзади. Глубина укола 0,6 см, цзю 3—7 мин.

18XIV юй-тан («светло-зеленый зал»)

Локализация: на передней средней линии, на уровне третьего межреберья.

Т. А.: та же, что у точки 16XIV чжун-тин.

Показания: боли в груди, нарушение функции дыхания, приступообразный кашель, бронхит, бронхиальная астма, плеврит; рвота, тошнота.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция под углом (почти горизонтальная). Глубина укола 0,5 см, цзю 3—5 мин.

19XIV цзы-гун («красный дворец»)

Локализация: на переднесредней линии, на уровне второго межреберья.
Т. А.: в этой области распределены кожные ветви внутренней артерии молочной железы и передние кожные ветви межреберных нервов.

Показания: кашель, ларингоспазм, ощущение распирания в груди и подреберье, плеврит, туберкулез легких; анорексия.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция почти горизонтальная. Глубина укола 0,5 см, цзю 3—5 мин.

20XIV хуа-гай («цветочный покров»)

Локализация: на передней средней линии, на уровне суставной вырезки II ребра, что соответствует месту соединения рукоятки и тела грудины.

Т. А.: та же, что у точки 19XIV цзы-гун.

Показания: одышка, кашель, фарингит, ларингит, тонзиллит, ощущение распирания в груди и подреберье, бронхиальная астма.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5 см, цзю 5—20 мин.

21XIV сюань-цзи («бледно-зеленая жемчужина»)

Локализация: в центре рукоятки грудины, во впадине на уровне суставной вырезки I ребра.

Т. А.: в этой области распределены внутренняя артерия молочной железы, шейный кожный нерв и 1-й межреберный нерв.

Показания: заболевания легких, кашель и распирающие боли в груди и подреберье, коклюш, бронхиальная астма; фарингит, ларингит, тонзиллит; абсцесс гортани, боли в горле; сужение пищевода, диспепсия, спазм желудка.

Нахождение точки: при слегка откинутой назад голове.

Техника: пункция косая. Глубина укола 1 см, цзю 5—20 мин.

22XIV тянь-ту («небесная тропа»)

Локализация: в центре яремной вырезки, примерно на 0,7 см выше ее.

Т. А.: расположена между грудино-ключично-сосцевидными мышцами, в глубине расположены грудино-подъязычная и грудино-щитовидная мышцы. В этой области распределены нижняя щитовидная артерия, отходящая от щитовидно-шейного ствола, и кожный шейный нерв. В глубине располагается трахея, за грудиной — безымянная артерия и дуга аорты.

Показания: кашель, одышка, кровохарканье, выделение гнойной мокроты, бронхит, бронхиальная астма; ларингит, фарингит, отек слизистой оболочки гортани, афония; заболевания щитовидной железы, струма.

Нахождение точки: в положении лежа на спине.

Техника: пункция сначала перпендикулярная, затем иглу поворачивают под углом, конец ее направляют за грудину. Осторожно, чтобы не повредить сосуды! Глубина укола 0,5 см, цзю 3—7 мин.

23XIV лян-цюань («боковой источник»)

Локализация: на шее, в щели, образуемой нижним краем тела подъязычной кости и верхней вырезкой щитовидного хряща.

Т. А.: соответствует месту прикрепления грудино-язычных мышц. В этой области распределены верхняя артерия щитовидной железы, нисходящая

ветвь подъязычного нерва, шейно-кожные нервы. В глубине выше данной точки находится надгортанник, а ниже точки — голосовая щель.

Показания: бронхит, бронхиальная астма, ларингит, кашель, афония; инфильтрат под языком, затрудненное глотание, слюнотечение; афазия.

Нахождение точки: при откинутой назад голове.

Техника: пункция под углом, конец иглы направлен в сторону основания языка. Глубина укола 1 см, цзю 5—20 мин.

24XIV чэн-цзянь («приемник жидкости»)

Локализация: в центре подбородочно-губной борозды.

Т. А.: соответствует части круговой мышцы рта, где распределены артерия нижней губы и подбородочный нерв.

Показания: птоз верхнего века, опущение угла рта, инфильтрат на лице и десне; зубная боль; заболевание десен, слизистой оболочки щек, гиперсаливация; отек мягких тканей лица; коллапс; афония; точка реанимации.

Нахождение точки: в положении лежа на спине или сидя.

Техника: пункция косая. Глубина укола 1 см, цзю 5—20 мин.

§ 2. Коллатеральные (вторичные) меридианы, ло-пункты

Вторичные меридианы (коллатеральные линии, ло-пункты) в полное наименование включают названия точки, от которой начинаются, а также локализацию: ручная или ножная коллатеральная линия. Вторичные меридианы делятся на поперечные и продольные. Общим для них является то, что оба начинаются от точки ло. Необходимо отметить, что 12 основных меридианов имеют продольные и поперечные коллатерали, а два несочетающихся меридиана (XIII заднесрединный и XIV переднесрединный) — только продольные вторичные меридианы. Пятнадцатым продольным вторичным меридианом является «большой ло» меридиана IV (селезенки—поджелудочной железы), который начинается от точки 2IV дабао.

Согласно положениям традиционной восточной медицины, продольные вторичные меридианы (ло-пункты) дублируют весь основной меридиан или большую часть его пути. Они имеют восходящее направление, кроме ло-пункта меридиана I (легких) 7I ле-цзюе. Продольные восходящие пути направляются к соответствующим органам и тканям, объединяя внутренние ходы меридианов.

1. Ручная продольная коллатеральная линия тайинь (шоу-тайинь-ло, ле-цзюе) начинается от точки 7I ле-цзюе, входит в ладонь и расходится там.

2. Ручная продольная коллатеральная линия янмин (шоу-янмин-ло, пянь-ли) начинается от точки 6II пянь-ли, идет по руке, доходит до верхней части щеки и, проходя по десне, входит в ухо.

3. Ножная продольная коллатеральная линия янмин (цзу-янмин-ло, фэн-лун) начинается от точки 40III фэн-лун, идет вдоль внешнего края голени, далее по туловищу и достигает верхней части головы, связываясь по пути с горлом.

4. Ножная продольная коллатеральная линия тайинь (цзу-тайинь-ло, гунь-сунь) начинается от точки 4IV гунь-сунь, далее входит во внутрь и соединяет кишечник с желудком.

5. Ручная продольная коллатеральная линия шоинь (шоу-шоинь-ло, тун-ли) начинается от точки 5V тун-ли, идет вдоль меридиана сердца и входит в центр сердца. Имеет связи с задней частью языка и тканями, расположенными позади глазного яблока.

6. Ручная продольная коллатеральная линия тайян (шоу-тайян-ло, чжи-чжэн) начинается от точки 7VI чжи-чжэн, проходит вдоль локтевого сустава и соединяется с плечевым суставом.

7. Ножная продольная коллатеральная линия тайян (цзу-тайян-ло, фэй-ян) начинается от точки 58VII фэй-ян, идет по голени вверх, доходит до головы.

8. Ножная продольная коллатеральная линия шоинь (цзу-шоинь-ло, да-чжун) начинается от точки 4VIII да-чжун, идет вдоль меридиана почек вверх, доходит до околосердечной сумки и оттуда через поясницу выходит на спину.

9. Ручная продольная коллатеральная линия цюеинь (шоу-цюеинь-синь-бао-ло, нэй-гуань) начинается от точки 6IX нэй-гуань, идет вдоль меридиана и связывается с околосердечной сумкой.

10. Ручная продольная коллатеральная линия шоян (шоу-шоян-ло, вай-гуань) начинается от точки 5X вай-гуань, идет вдоль меридиана вверх и входит в центр грудной клетки.

11. Ножная продольная коллатеральная линия шоян (цзу-шоян-ло, гуан-мин) начинается от точки 37XI гуан-мин, идет вверх по ноге и заканчивается в области поясницы.

12. Ножная продольная коллатеральная линия цюеинь (цзу-цюеинь-ло, ли-гоу) начинается от точки 5XII ли-гоу, идет вдоль голени вверх, достигает яичек и заканчивается на половом члене.

13. Продольная коллатеральная линия ду-май (ду-май-ло, чэн-цян) начинается от точки IXIII чэн-цян, проходит вверх к верхней части головы и там разветвляется.

14. Продольная коллатеральная линия жэнь-май (жэнь-май-ло, цзю-вэй) начинается от точки 15XIV цзю-вэй, идет в брюшную полость и там разветвляется.

15. Большая продольная коллатеральная линия селезенки (пи-да-ло, да-бао) начинается от точки 21IV да-бао и дает разветвления на грудной клетке и в подмышечной впадине.

Поперечные ло-пункты имеют короткий путь, они связывают между собой янские меридианы с иньскими в пары на уровне дистальных отделов конечностей. Длина поперечных ло-пунктов определяется начальной точкой, от которой начинается данный вторичный меридиан, и конечной. Конечной всегда является точка-пособник (источник) спаренного меридиана.

Ниже приводим сводную таблицу поперечных ло-пунктов с разделением их на ручные и ножные. Они имеют определенное практическое значение (табл. 13).

Таблица 13

Поперечные ло-пункты

| Меридиан | Ручные | Меридиан | Ножные |
|----------|-----------------------------|----------|--------------------------------|
| I | 7I ле-цюе — 4II хэ-гу | III | 40III фэн-лун — 3IV тай-бай |
| II | 6II пянь-ли — 9I тай-юань | IV | 4IV гунь-сунь — 42III чун-ян |
| V | 5V тун-ли — 4VI вань-гу | VII | 58VII фэй-ян — 3VIII тай-си |
| VI | 7VI чжи-чжэн — 7V шэнь-мэнь | VIII | 4VIII да-чжун — 64 VII цзин-гу |
| IX | 6IX нэй-гуань — 4X ян-чи | XI | 37XI гуан-мин — 3XII тай-чун |
| X | 5X вай-гуань — 7IX да-лин | XII | 5XII ли-гоу — 40XI цю-сюй |

§ 3. «Чудесные» меридианы

Наименования «чудесных» восьми меридианов связаны с их действием и областями тела, где начинаются или проходят данные меридианы (рис. 50, 51, 52). «Чудесный» меридиан ду-май — контролирующий — «контролирует и управляет» всеми янскими меридианами. «Чудесный» меридиан жэнь-май — зачатия — «несет ответственность» за все иньские меридианы. «Чудесный» меридиан чжун-май — поднимающийся — «поднимается» вверх по внутренним органам. «Чудесный» меридиан ян-вэй-май — наружный поддерживающий — «поддерживает» все янские меридианы. «Чудесный» меридиан инь-вэй-май — внутренний поддерживающий — «поддерживает» все иньские меридианы. «Чудесный» меридиан дай-май — опоясывающий — «опоясывает лентой» поясницу и «укрепляет» ее. «Чудесный» меридиан ян-цзяо-май — наружный пяточный — начинается от области пятки и проходит по наружной поверхности тела человека. «Чудесный» меридиан инь-цзяо-май — внутренний пяточный меридиан — также начинается от области пятки, но проходит по внутренней поверхности тела человека.

Как уже говорилось выше, шесть «чудесных» меридианов включают точки акупунктуры других 12 основных меридианов, как бы заимствуя у них эти точки, и образуют единую систему из цепочки связанных между собой коллатеральных точек. Они делятся по отношению к «янским или иньским заболеваниям» на две равные группы, каждая из которых состоит из четырех «чудесных» меридианов.

Эти меридианы соединяются между собой еще в пары, образуя, таким образом, по две пары в каждой группе, составленные эмпирически. Все «чудесные» меридианы в отличие от основных не имеют стандартных пунктов, но каждый из них имеет командную точку (точка-ключ), а поскольку они объединены в пары, то естественно, имеет и связывающую точку.

ЧМ I — контролирующий меридиан

Командная точка (точка-ключ) 3VI хоу-си, связывающая точка 62VII шэнь-май.

ЧМ I — это меридиан XIII (заднесрединный), но с подключением командной точки 3VI хоу-си; топография меридиана XIII описана выше. В отличие от других «чудесных» меридианов он имеет 28 собственных точек воздействия (см. выше).

Показания к использованию меридиана ЧМ I: боли в плечевом поясе, затылке и спине; ограничение движений в позвоночнике; деформация и контрактуры конечностей; головная боль, астеническое состояние.

ЧМ II — наружный пяточный меридиан

Командная точка (точка-ключ) 62VII шэнь-май, связывающая точка 3VI хоу-си.

ЧМ II начинается, связываясь¹ с точкой 62VII шэнь-май (под наружной лодыжкой, у нижнего края блокового выступа пяточной кости, во впадине на границе подошвы и тыльной поверхности стопы), далее связывается с точкой 61VII пу-шэнь (на наружной поверхности пятки), а потом поднимается по

¹ Следует обратить внимание на определения «связывается с точкой или с меридианом», так как лишь точки, связанные единой цепочкой между собой, входят в «чудесный» меридиан. Если же точки названы, но нет указаний, что они «связываются», означает, что эти точки не входят в данный «чудесный» меридиан.

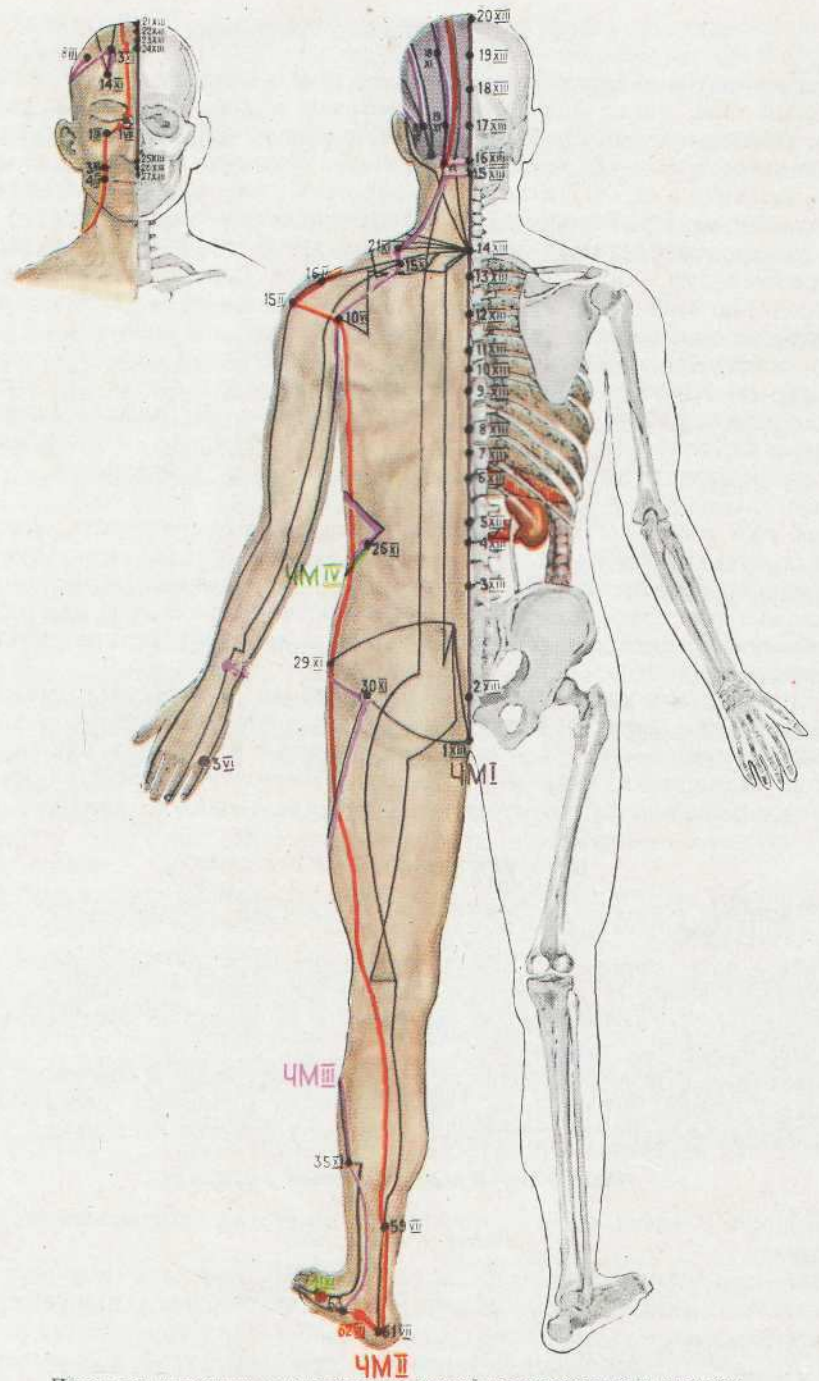
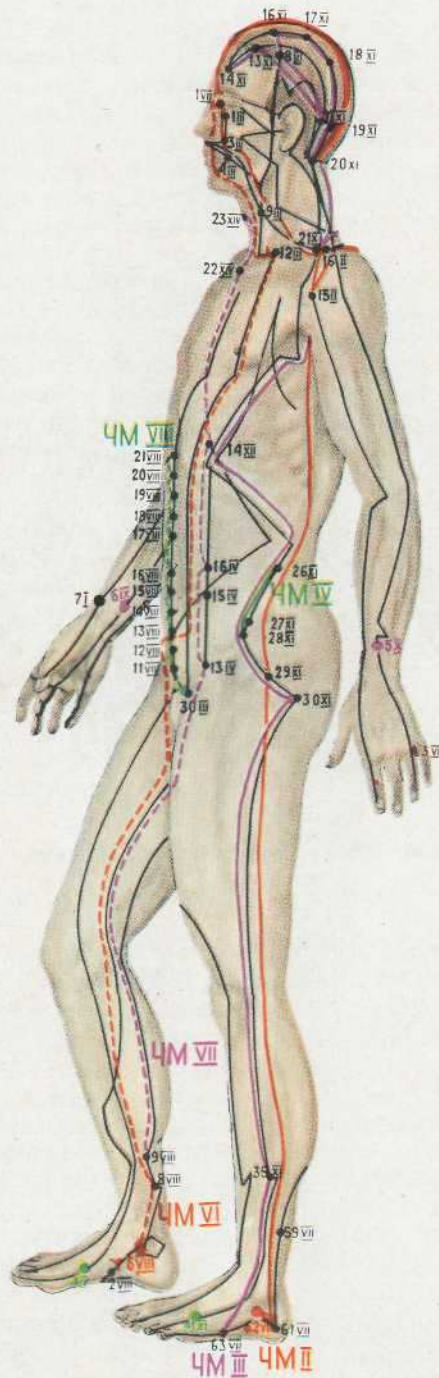


Рис. 50.

Проекция «чудесных» меридианов на заднюю поверхность тела человека.

заднему краю малоберцовой кости, где связывается с точкой 59VII фу-ян (выше центра наружной лодыжки на 3 цуня, у наружного края ахиллового сухожилия). Затем меридиан идет по наружной поверхности бедра, таза, где и



Проекция «чудесных» меридианов на боковой поверхности тела человека.

Рис. 51.

связывается с меридианом XI (желчного пузыря) в точке 29XI цзюй-ляо (во впадине ниже передней ости подвздошной кости), далее следует по заднебоковой поверхности грудной клетки и, дойдя до подмышечной

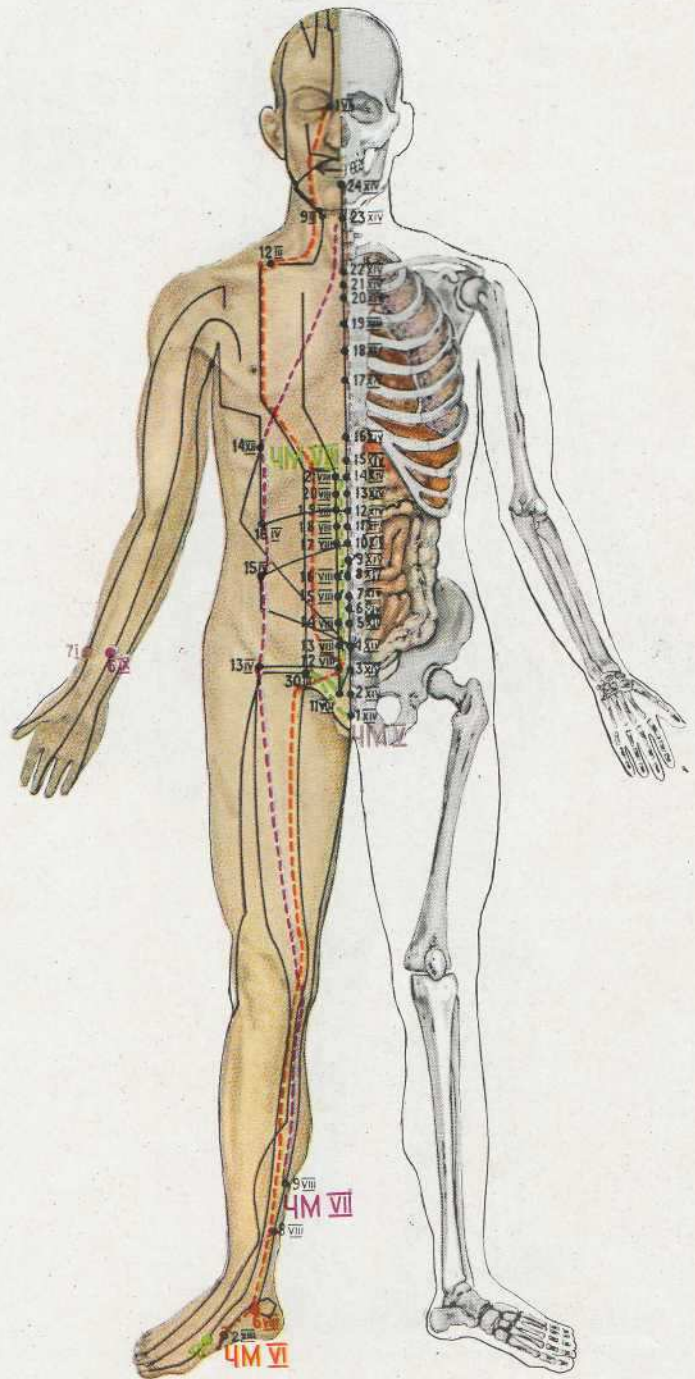


Рис. 52

Проекция «чудесных» меридианов на передней поверхности тела человека.

впадины, переходит на спину, где связывается в точке 10VI нао-шу (на одной вертикальной линии с подмышечной впадиной, в ямке под лопаточной остью) с меридианом VI (тонкой кишки). После этого меридиан проходит на плечо и в точках 15II цзянь-юй (между акромиальным отростком лопатки и большим бугром плечевой кости), 16II цзюй-гу (на передней поверхности плечевого сустава) связывается с меридианом II (толстой кишки), далее поднимается на шею и на область лица, где связывается с точками меридиана III (желудка): 4III ди-цан (кнаружи от угла рта на 1 см), 3III цзюй-ляо (на одной вертикали с точкой 2III сы-бай и горизонтали с точкой 26XIII жэнь-чжун) и 1III чэн-ци (под зрачком на середине нижнего края орбиты).

От точки 1III чэн-ци проходит по нижней орбите до внутреннего угла глаза, где соприкасается с ЧМVI — внутренним пяточным меридианом в точке 1VII цин-мин, не связываясь с ней. После соприкосновения поднимается вверх, проходит лобную часть головы по наружному ходу меридиана VII (мочевого пузыря), далее переходит на наружный ход меридиана XI (желчного пузыря), связываясь с ним в точке 20XI фэн-чи (под затылочной костью, в ямке около наружного края трапецевидной мышцы, на уровне точки 16XIII фэн-фу), где и заканчивается.

Как видно, из вышеизложенного, ЧМII — наружный пяточный меридиан начинается от точки 62VII шэнь-май, т. е. от меридиана VII (мочевого пузыря), далее поочередно связывается с точками меридианов XI (желчного пузыря), VI (тонкой кишки), II (толстой кишки), III (желудка). В точке 1VII цин-мин, относящейся к ЧМVI — внутреннему пяточному меридиану, связывается с ним и заканчивается в точке 20XI фэн-чи, относящейся к меридиану XI (желчного пузыря).

Показания к использованию меридиана ЧМII: гемиплегия и расстройства речи после мозгового инсульта; мышечные контрактуры, судороги; боль в области спины и поясницы; костные и суставные боли; нарушение сна и бодрствования; эпилепсия; фурункулез и абсцессы.

ЧМIII — наружный поддерживающий меридиан

Командная точка (точка-ключ) 5X вай-гуань, связывающая точка 41XI цзу-линь-ци.

ЧМIII начинается, связываясь с точкой 63VII цзинь-мэнь (в углублении впереди от точки 62VII шэнь-май и несколько выше ее), у края кубовидной кости, проходит латеральную лодыжку и поднимается по ходу меридиана XI (желчного пузыря), где связывается с точкой 35XI ян-цзяо (у заднего края малоберцовой кости, выше центра латеральной лодыжки на 7 цуней), проходит точку 30XI хуань-тяо, не связываясь с ней, и по ходу меридиана XI (желчного пузыря) доходит до подмышечной впадины, где переходит на заднюю складку и связывается с меридианом VI (тонкой кишки) в точке 10VI нао-шу (на одной вертикальной линии с подмышечной впадиной, в ямке под лопаточной остью). Затем в точке 15X тянь-ляо (в надостной ямке, на середине вертикали от точки 21XI цзянь-цин до ости лопатки) связывается с меридианом X (трех частей туловища), далее — с точкой 21XI цзянь-цин (на середине расстояния между 14XIII да-чжуй и 15II цзянь-юй), т. е. опять переходит на ход меридиана XI (желчного пузыря). После этого идет по ходу ЧМI, где связывается с точками 15XIII я-мэнь (на уровне промежутка между остистыми отростками С₁ — С₂ позвонков, выше задней границы волосистой части головы на 0,5 цуня) и 16XIII фэн-фу (между затылочной костью и первым шейным позвонком выше задней границы роста волос на 1 цунь). Далее опять переходит на меридиан XI (желчного пузыря) и связывается с то-

чками 20ХІ фэн-чи (под затылочной костью, в ямке около наружного края трапецевидной мышцы, на уровне точки 16ХІІІ фэн-фу), 19ХІ нао-кун (выше точки 20ХІ фэн-чи на 1,5 цуня), 18ХІ чэн-лин (на второй боковой линии головы, по Чжу Лянь, и на одном уровне с точкой 20ХІІІ бай-хуэй), 17ХІ чжэнь-ин (кпереди от 18ХІ чэн-лин на 1,5 цуня), 16ХІ му-чуан (кпереди от 17ХІ чжэнь-ин на 1,5 цуня). После этого ЧМІІІ — наружный поддерживающий связывается с точкой 8ІІІ тоу-вэй (на 1,5 см кнаружи от лобного угла волосистой части, в височной впадине), относящейся к меридиану ІІІ (желудка), а потом опять связывается с меридианом ХІ (желчного пузыря) в точках 11ХІ тоу-цяо-инь (у основания сосцевидного отростка, на уровне горизонтали, проведенной через верхний край наружного слухового прохода), 13ХІ бэнь-шэнь (на одной линии с точкой 24ХІІІ шэнь-тин, соответственно наружному углу глаза) и заканчивается в точке 14ХІ ян-бай (выше середины брови на 1 цунь).

Можно сказать, что ЧМІІІ также начинается от меридиана VII (мочевого пузыря), далее поочередно связывается с точками следующих меридианов: ХІ (желчного пузыря), VI (тонкой кишки), X (трех частей туловища), далее опять с меридианом ХІ (желчного пузыря); после этого с точками контролирующего меридиана (ЧМІ), а от них идет к меридиану ХІ (желчного пузыря), потом на меридиан ІІІ (желудка) и, возвращаясь еще раз к меридиану ХІ (желчного пузыря), заканчивается в точке 14ХІ ян-бай. Показания к использованию меридиана ЧМІІІ: геморрагии во внутренних органах; предынсультное состояние; астено-невротическое состояние; психические заболевания; головная боль в височно-затылочной области; слабость в конечностях, дискоординация движений; артралгии, артриты суставов рук, дерматозы.

ЧМІV — опоясывающий меридиан

Командная точка (точка-ключ) 41ХІ цзу-линь-ци, связывающая точка 5Х вай-гуань.

ЧМІV начинается ниже подреберья, косо направляется вниз и связывается с точкой 26ХІ дай-май (на четвертой боковой линии живота, на уровне пупка или чуть ниже свободного края ХІ ребра), далее спускается вниз и поочередно связывается с точками 27ХІ у-шу (ниже 26ХІ дай-май на 3 цуня, на четвертой боковой линии живота), 28ХІ вэй-дао (кпереди и книзу от передневерхнего гребня подвздошной кости на 0,5 цуня ниже 27ХІ у-шу). Итак, ЧМІV — опоясывающий меридиан начинается с точки 41ХІ цзу-линь-ци и связывает три точки меридиана ХІ (желчного пузыря), причем последняя точка 28ХІ вэй-дао расположена рядом с точкой 29ХІ цзюй-ляо, относящейся к ЧМІІ — наружному пятчному меридиану.

Показания к использованию меридиана ЧМІV: слабость мышц в области поясницы; боли в суставах ревматоидно-подагрического характера; цервикалгия; астения, депрессия; импотенция, фригидность; метеоризм; экзема.

ЧМV — меридиан зачатия

Командная точка (точка-ключ) 7І ле-цюе, связывающая точка 6VIII чжао-хай.

ЧМV — это меридиан ХІV (переднесрединный), но с подключением командной точки 7І ле-цюе; топография меридиана ХІV описана выше.

Показания к использованию меридиана ЧМV: расстройства терморегуляции; болезни органов дыхания и пищеварения, пищевые отравления и понос; нарушение функции поджелудочной железы, грыжи у мужчин; эндометрит, бели; судороги и спазмы у детей.

ЧМVI — внутренний пяточный меридиан

Командная точка (точка-ключ) 6VIII чжао-хай, связывающая точка 7I ле-шюэ.

ЧМVI начинается кзади от точки 2VIII жань-гу (не связываясь с ней), идет к медиальной лодыжке и связывается с точкой 6VIII чжао-хай (ниже внутренней лодыжки, кзади от бугорка ладьевидной кости, во впадине ниже суставного отростка таранной кости), далее поднимается на голень и связывается с точкой 8VIII цзяо-синь (выше центра медиальной лодыжки на 2 цуня). Потом проходит по внутренней поверхности бедра, поднимается к наружным половым органам и огибает их. Отсюда идет к точке 3XIV чжун-цзи (на 1 цунь выше лобка), не связываясь с ней, постепенно переходит наружу и по ходу меридиана III (желудка) поднимается до центра надключичной ямки, где проходит точку 12III цюэ-пэнь, не связываясь с ней. Далее идет на шею, проходя по боковой поверхности гортанного возвышения, чуть внутри от точки 9III жэнь-ин (на уровне верхнего края щитовидного хряща кпереди от переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы), переходит на скуловую область и, дойдя до внутреннего угла глаза, заканчивается, связываясь с точкой 1VII цин-мин (соединяется в этой точке с ЧМII — наружным пяточным меридианом).

Итак, ЧМVI — внутренний пяточный меридиан начинается от точки 6VIII чжао-хай, т. е. меридиана VIII (почек), далее связывается с точкой 8VIII цзяо-синь, которая расположена на средней линии внутренней поверхности ноги (по Чжу Лянь); на этой же линии только на 1 цунь выше этой точки расположена точка 6IV сань-инь-цзяо, относящаяся к меридиану IV (селезенки—поджелудочной железы) и являющаяся групповым ло к меридианам VIII, IV, XII (т. е. отражающая показания всех этих меридианов). Далее ход «чудесного» меридиана огибает наружные половые органы; такой же ход у меридиана XII (печени). Таким образом, ЧМVI — внутренний пяточный меридиан как бы объединил между собой меридианы VIII, IV, XII в группу ножных иньских меридианов.

Далее, «чудесный» меридиан ЧМVI проникает в брюшную полость через точку 3XIV чжун-цзи, которая относится к меридиану ЧMV — зачатия, не связываясь с ней. Затем проходит, точки 12III цюэ-пэнь и 9III жэнь-ин, относящиеся к меридиану III (желудка), не связываясь с ними, и заканчивается в точке 1VII цин-мин, с которой связывается. Но в этой точке проходит, не связываясь с ней, ЧМII — наружный пяточный меридиан, и поэтому указанная точка является точкой, соединяющей все «чудесные» меридианы в одну систему.

Показания к использованию меридиана ЧМVI: заболевания почек, мочевого пузыря; кишечная интоксикация, желтуха; хронический ларингит; боли в нижней части живота; метроррагия, дисменорея; грыжи у мужчин, эпилепсия, нарколепсия; контрактуры мышц плечевого пояса, груди и нижних конечностей.

ЧМVII — внутренний поддерживающий меридиан

Командная точка (точка-ключ) 6IX нэй-гуань, связывающая точка 4IV гунь-сунь.

ЧМVII начинается также от меридиана VIII (почек), связываясь с точкой 9VIII чжу-бинь (ниже внутреннего брюшка икроножной мышцы, в месте, где мышца переходит в сухожилие, выше центра внутренней лодыжки на 5 цуней), далее поднимается вверх, точно посередине внутренней поверхности бедра, и переходит на нижнюю часть живота. Потом идет соответственно

наружному ходу меридиана IV (селезенки—поджелудочной железы), который проходит по третьей боковой линии живота (по Чжу Лянь), где связывается точками: 13IV фу-шэ (ниже точки 15IV да-хэн на 4,3 цуня), 15IV да-хэн (на одном уровне с пупком), 16IV фу-ай (выше точки 15IV да-хэн на 3 цуня). Следуя далее по второй боковой линии груди, связывается с точкой 14XII ци-мэнь (на второй боковой линии груди, в шестом межреберье), относящейся к меридиану XII (печени). После этого переходит более кнутри, к меридиану ЧМV — зачатия, и, проходя по нему, связывается с точками 22XIV тянь-ту (в центре яремной вырезки чуть выше края) и 23XIV лян-цюань (в щели, образуемой нижним краем тела подъязычной кости и верхней вырезкой щитовидного хряща), в которой и заканчивается.

Итак, ЧМVII — внутренний поддерживающий начинается от наружного хода меридиана VIII (почек) в точке 9VIII чжу-бинь, расположенной на задней линии внутренней поверхности ноги (по Чжу Лянь), начальные точки которой относятся к меридиану IV (селезенки—поджелудочной железы). Далее на уровне живота связывается с точками меридианов IV (селезенки—поджелудочной железы) и XII (печени), а на уровне груди и шеи связывается с точками меридиана ЧМV—зачатия и заканчивается в точке 23XIV лян-цюань.

Показания к использованию меридиана ЧМVII: боли в области сердца; тревожное состояние, нарушение памяти, психические расстройства; нарушения координации движений; геморрой.

ЧМVIII — поднимающийся меридиан

Командная точка (точка-ключ) 4IV гунь-сунь, связывающая точка 6IX нэй-гуань.

ЧМVIII начинается в области промежности от точки IXIV хуэй-инь (между наружными половыми органами и задним проходом), не связываясь с ней, и здесь же делится на наружный и внутренний ходы. Наружный ход идет на область лобка, минуя половые органы, и проходит точку 30III ци-чун (у верхнего края лобковой кости, снаружи от средней линии живота на 2 цуня), не связываясь с ней. Далее поднимается соответственно наружному ходу меридиана VIII (почек) по первой боковой линии живота, связываясь с точками: 11VIII хэн-гу на уровне лобка, на 0,5 цуня снаружи от средней линии туловища и на 5 цуней ниже точки 16VIII хуан-шу, которая расположена на уровне пупка, 12VIII да-хэ (выше 11VIII хэн-гу на 1 цунь), 13VIII ци-сюе (выше 11VIII хэн-гу на 2 цуня), 14VIII сы-мань (ниже 16VIII хуан-шу на 2 цуня), 15VIII чжун-чжу (ниже 16VIII хуан-шу на 1 цунь), 16VIII хуан-шу (на уровне пупка, отступя от центра его на 0,5 цуня), 17VIII шан-цюй (выше 16VIII хуан-шу на 2 цуня), 18VIII ши-гуань (выше 16VIII хуан-шу на 3 цуня), 19VIII инь-ду (выше 16VIII хуан-шу на 4 цуня), 20VIII фу-тун-гу (выше 16VIII хуан-шу на 5 цуней) и 21VIII ю-мэнь (выше 16VIII хуан-шу на 6 цуней), которая является последней точкой данного «чудесного» меридиана. От этой точки есть ответвление, которое уходит внутрь и соединяется с внутренним ходом.

Внутренний ход направляется из области промежности внутрь и, поднимаясь вдоль позвоночника, связывается с внутренним ходом меридиана VIII (почек) и самими почками (XIV → VIII).

Показания к использованию меридиана ЧМVIII: заболевания эндокринной системы; выраженная астения; атония пищеварительного тракта, метеоризм; заболевания печени; грыжевые боли; недержание мочи, затрудненное мочеиспускание; нарушение менструального цикла; подготовка к операции с иглоанальгезией, послеоперационные боли.

Глава

VI

Взаимосвязи между меридианами

В предыдущих главах мы подробно разобрали теоретические основы древневосточной медицины, дали полное топографическое описание ходов и симптоматику 12 основных, 15 дополнительных (ло-пунктов) и 8 «чудесных» меридианов. В этой главе мы осветим вопросы взаимосвязей между этими меридианами.

Лечение условно может быть разделено на симптоматическое и этиологическое. Симптоматическое лечение базируется на функциональном состоянии каждой точки акупунктуры, которая имеет определенный диапазон показаний. Этиологическое лечение базируется на функциональном состоянии определенного меридиана (меридианов), т. е. на показаниях меридиана, классифицируя его «поражение» как проявление нарушенного равновесия в меридианах. Поэтому при симптоматическом лечении существует диапазон показаний каждой точки воздействия, а при проведении этиологического лечения особое внимание уделяется выравниванию «утраченного равновесия» в меридианах (или меридианах) с помощью определенных точек акупунктуры (стандартные пункты). При этом не обращают особого внимания на диапазон показаний данных точек. Таким образом, вначале рекомендуется воздействием на определенные точки сбалансировать равновесие в пределах всего меридиана, а потом приступать к симптоматическому лечению уже на основании конкретного диапазона показаний каждой точки. Для того чтобы иметь представление о так называемом равновесии в меридианах, необходимо изучить вопрос о связях между ними.

Рассмотрим связи, возникающие между 12 основными меридианами, 6 из которых иньские и 6 янские. По древневосточным представлениям, 12 основных меридианов взаимосвязаны соответственно часовому графику (рис. 53). Эта взаимосвязь представлена древними медиками как «большой круг циркуляции энергии»¹. Кроме ритмической почасовой взаимосвязи, существует постоянная взаимосвязь отдельно между определенными иньскими и янскими меридианами. При анализе ритмической почасовой взаимосвязи между 12 основными меридианами выявляется три однотипных цикла (рис. 54). Каждый из них начинается от органа чжан, расположенного в грудной клетке, ручным иньским меридианом, который идет к кисти, связываясь на этом уровне с ручным янским меридианом. Последний направляется к голове, где связывается с ножным янским меридианом, идущим к стопе. Здесь же ножной янский меридиан связывается с ножным иньским, идущим к органу чжан, расположенному в брюшной полости.

Таким образом, объединение этих трех этапов в почасовой цикл взаимосвязей осуществляется за счет внутренних связей (внутренних кодов меридианов) между органами чжан, расположенными в брюшной и грудной полостях.

В каждом цикле происходит непосредственное соединение ручного и ножного янских меридианов на уровне головы (II → III; VI → VII; X → XI), а ножного и ручного иньских меридианов на уровне туловища (IV → I; VIII → V; XII → IX). Эти соединения тракуются восточной медициной как единое целое, состоящее из ручного и ножного меридианов, что и нашло отражение в древневосточных названиях (табл. 14).

¹ Мы предлагаем называть ее ритмической почасовой взаимосвязью между меридианами.

Таблица 14

| Названия меридианов | | | |
|--------------------------------|---|-----------------------------|--|
| Цифровое обозначение меридиана | Русское | Китайское | Перевод |
| | | <i>Иньские меридианы</i> | |
| I | Меридиан легких | Шоу тайинь фэй цзин | Ручная линия легких — тайинь («великий инь») |
| IV | Меридиан селезенки — поджелудочной железы | Цзу тайинь пи цзин | Ножная линия селезенки — тайинь («великий инь») |
| V | Меридиан сердца | Шоу шаоинь синь цзин | Ручная линия сердца шаоинь («малый инь») |
| VIII | Меридиан почек | Цзу шаоинь шэнь цзин | Ножная линия почек шаоинь («малый инь») |
| IX | Меридиан перикарда | Шоу цзюеинь синь баоли цзин | Ручная линия перикарда цзюеинь («конец инь») |
| XII | Меридиан печени | Цзу цзюеинь гань цзин | Ножная линия печени цзюеинь («конец инь») |
| | | <i>Янские меридианы</i> | |
| II | Меридиан толстой кишки | Шоу янмин дачан цзин | Ручная линия толстой кишки янмин («светлый ян») |
| III | Меридиан желудка | Цзу янмин вэй цзин | Ручная линия желудка янмин («светлый ян») |
| VI | Меридиан тонкой кишки | Шоу тайян сяочан цзин | Ручная линия тонкой кишки тайян («великий ян») |
| VII | Меридиан мочевого пузыря | Цзу тайян пангуан цзин | Ножная линия мочевого пузыря тайян («великий ян») |
| X | Меридиан трех частей туловища | Шоу шаоян саньцзяо цзин | Ручная линия трех частей туловища шаоян («маленький ян») |
| XI | Меридиан желчного пузыря | Цзу шаоян дань цзин | Ножная линия желчного пузыря шаоян («маленький ян») |

Соединения иньских и янских меридианов, находящихся в постоянной взаимосвязи, условно названы нами объединениями и в соответствии с древневосточной медициной выделены следующие из них (табл. 15).

В основу названий этих объединений легло положение об их величине, которая составляет из длины входящих в них меридианов. Например, объединению «большой ян» дали такое название потому, что его величина наибольшая среди других янских объединений. То же самое можно сказать в отношении названий иньских объединений.

Теперь перейдем непосредственно к разбору пар меридианов, составляющих объединения, для того чтобы, исходя из описания ходов меридианов, попытаться проанализировать схему, данную на рис. 54. Начнем с янских меридианов.

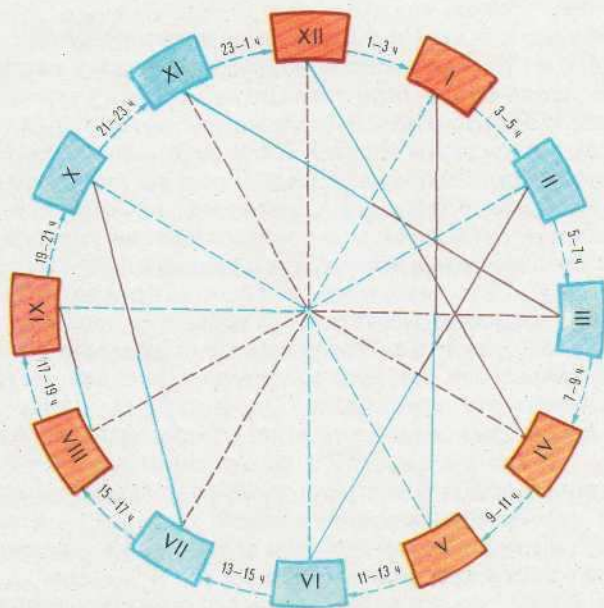
Объединение «большой ян» состоит из меридианов VI (тонкой кишки) и VII (мочевого пузыря). Оба меридиана (при рассмотре-

Таблица 15

Янские и иньские объединения, составленные из основных меридианов

| Янские объединения | Иньские объединения |
|---|--|
| «Большой ян» (VI → VII) «Средний ян» (X → XI) «Малый ян» (II → III) | «Большая инь» (IV → I) «Средняя инь» (VIII → V) «Малая инь» (XII → IX) |

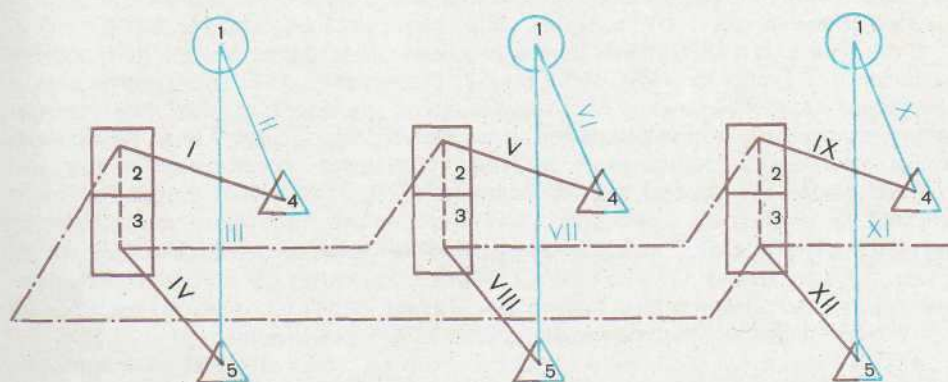
нии их ходов) по сравнению с другими янскими меридианами расположены наружи, а также являются самыми длинными среди янских меридианов. Ранее при описании ходов меридианов (см. главу V) было указано, что



Почасовая взаимосвязь между 12 основными меридианами.

Рис. 53.

Меридианы обозначены римскими цифрами, время максимальной активности меридиана — арабскими цифрами. Прерывистые синие стрелки по окружности — отношение «тонизация — дисперсия», пунктирные линии внутри круга — отношение «верхний — нижний» («верхний» — синий цвет; «нижний» — коричневый цвет). Сплошные линии внутри круга — отношение «левый — правый» («левый» — синий цвет, «правый» — коричневый цвет).



Постоянная взаимосвязь иньских меридианов.

Рис. 54.

1 — голова; 2 — грудь; 3 — живот; 4 — рука; 5 — нога.

Меридианы обозначены римскими цифрами. Янские меридианы — синие сплошные линии; иньские меридианы — коричневые сплошные линии. Внутренние связи между иньскими меридианами — пунктирные коричневые линии. Связи между иньскими меридианами соответственно ритмической почасовой взаимосвязи — штрихпунктирные линии.

меридиан VI (тонкой кишки) из точки 17 VI тянь-жун, расположенной сзади от угла нижней челюсти, в ямке, на переднем крае грудино-ключично-сосцевидной мышцы, дает ответвление и связывается с меридианом VII (мочевого пузыря) в точке 1 VII цин-мин, которая находится у внутреннего угла глаза. Эта точка и является точкой соединения для объединения «большой ян».

Объединение «средний ян» состоит из меридианов X (трех частей туловища) и XI (желчного пузыря), соединяющихся на уровне головы, причем данное соединение осуществляется весьма своеобразно. Так, меридиан X (трех частей туловища), поднимаясь до шеи, доходит до точки 17X и-фэн, которая находится в углублении сзади от основания мочки уха, где дает первое ответвление. Это ответвление, проходя сзади ушной раковины через точки 19X лу-си, 20X цзяо-сунь, доходит до верхнего края ушной раковины и извилисто спускается вниз, затем проходит точку 21X эр-мэнь и заканчивается у нижнего края орбиты глаза. Основной же ход данного меридиана идет от точки 18X ши-май, которая расположена за ухом, на середине края сосцевидного отростка, на одном уровне с наружным слуховым проходом, затем уходит в ухо и выходит в точке 21X эр-мэнь, расположенной спереди и сверху от козелка уха. Далее, меридиан X (трех частей туловища) идет на скуловую кость и, поднимаясь, заканчивается в точке 23X сы-чжукун. В этой точке он дает еще одно ответвление, которое идет до точки 1XI тун-цзы-ляо и в ней связывается с меридианом XI (желчного пузыря). Итак, связь между меридианами в данном случае осуществляется на уровне головы и за счет ответвлений наружных ходов. Такое соединение характерно для всех трех пар янских объединений. Для объединения «средний ян» точкой соединения является 21X эр-мэнь.

Объединение «малый ян» состоит из меридианов II (толстой кишки) и III (желудка), соединение которых происходит на уровне головы. Так, от точки 20II ин-сян, расположенной снаружи от основания крыла носа, в верхней части носогубной борозды, идет ответвление к точке 1III чэн-ци, которая находится на уровне центра зрачка, на 0,3 см ниже верхнего края нижнего века. Это ответвление и соединяет меридиан II (толстой кишки) слева с меридианом III (желудка) справа, поскольку меридиан II (толстой кишки) в точке 26XIII жэнь-чжун переходит на противоположную сторону. Точкой соединения для объединения «малый ян» является точка 1III чэн-ци.

Перейдем к разбору иньских пар меридианов. Объединение «большая инь» состоит из меридианов IV (селезенки—поджелудочной железы) и I (легких). Эти меридианы расположены более снаружи и в комплексе являются самыми длинными среди иньских пар. Как уже говорилось в описании ходов меридианов, ответвление внутреннего хода меридиана IV (селезенки—поджелудочной железы) связывает последнюю точку наружного хода 21IV да-бао, расположенную на средней подмышечной линии в шестом межреберье, с точкой 12XIV чжун-вань, которая находится на средней линии живота, выше пупка на 4 цуня (на четвертой боковой линии груди, по Чжу Лянь). От этой точки, вернее, проецируясь на нее, начинается внутренний ход меридиана I (легких). Таким образом, точкой соединения для объединения «большая инь» служит 12XIV чжун-вань.

Объединение «средняя инь» состоит из меридианов VIII (почек) и V (сердца). Как уже отмечалось, ответвление внутреннего хода меридиана VIII (почек), поднимаясь вверх, связывает последнюю точку наружного хода 27VIII шу-фу, расположенную в подключичной ямке, на 2 цуня снаружи от средней линии туловища, с точкой 23XIV лян-цюань, которая находится в щели, образованной нижним краем тела подъязычной

кости и верхней вырезкой щитовидного хряща. Внутренний ход меридиана V (сердца) тоже дает ответвление, которое связывается с точкой 23XIV лян-цюань. Последняя и является точкой соединения для объединения «средняя инь».

Объединение «малая инь» состоит из меридиана XII (печени) и меридиана IX (перикарда). Эти меридианы расположены более кнутри, чем другие иньские пары и являются самыми короткими. Из описания топографии меридианов известно, что ответвление внутреннего хода меридиана XII (печени) связывает последнюю точку наружного хода меридиана XII (печени) 14XII ци-мэнь, расположенную на второй боковой линии груди, на уровне шестого межреберья, с точкой 18XIV юй-тан, которая находится на уровне третьего межреберного промежутка на средней линии туловища. Внутренний ход меридиана IX (перикарда) также проецируется на точку 18XIV юй-тан. Следовательно, точкой соединения для объединения «малая инь» является 18XIV юй-тан.

Нарушение связей в объединениях меридианов проявляется определенным синдромокомплексом:

— синдром «большой избыточности» проявляется в виде угнетения защитных сил организма, повышения восприимчивости к различным заболеваниям, что соответствует «поражению» объединения «большой ян»;

— синдром «средней избыточности» — болезненностью и ограничением движений в суставах, что соответствует «поражению» объединения «средний ян»;

— синдром «малой избыточности» — слабостью мышц конечностей; что соответствует «поражению» объединения «малый ян».

— синдром «большой недостаточности» — вздутием живота, общим беспокойством, болями в области солнечного сплетения, что соответствует «поражению» объединения «большая инь»;

— синдром «средней недостаточности» — общей слабостью, повышенной утомляемостью, одышкой в покое, что соответствует «поражению» объединения «средняя инь»;

— синдром «малой недостаточности» проявляется астено-невротическим состоянием, что соответствует «поражению» объединения «малая инь».

При выявлении какого-либо из вышеописанных синдромов рекомендуется оказывать воздействие на точки акупунктуры «пораженного» объединения.

Таблица 16

Точки пяти элементов иньских объединений

| Объединения инь | Меридиан | Ting | Jong | Ju - Junn | King | Ho |
|--------------------------------|----------|----------------------------------|---|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| «Большая инь» | IV | IV инь-бай | 2IV да-ду | 3IV тай-бай | 5IV шан-цю | 9IV инь-лин-цюань |
| «Средняя инь» | I | 1II шао-шан | 10I юй-ци | 9I тай-юань | 8I цзин-шуй | 5I чи-цзе |
| | VIII | 1VIII юн-цюань | 2VIII жань-гу | 3VIII тай-си | 7VIII фу-лю | 10VIII инь-гу |
| «Малая инь» | V | 9V шао-чун | 8V шао-фу | 7V шэнь-мэнь | 4V лин-дао | 3V шао-хай |
| | XII | 1XII да-дунь | 2XII син-цзянь | 3XII тай-чун | 4XII чжун-фэн | 8XII шуй-цюань |
| Элементы Иньские органы (чжан) | IX | 9IX чжун-чун Дерево Печень | 8IX лао-гун Огонь Сердце, перикард | 7IX да-лин Земля Селезенка | 5IX цзянь-ши Металл Легкие | 3IX шуй-цзе Вода Почки |

Таблица 17

Точка пяти элементов янских объединений

| Объединения ян | Меридиан | Ting | Jong | Ju | Junn | King | Ho |
|-----------------------------|----------|-------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--|-------------------|
| «Большой ян» | VI | 1VI шао-цзэ | 2VI цянь-гу | 3VI хоу-си | 4VI вань-гу | 5VI ян-гу | 8VI сяо-хай |
| | VII | 67VII чжи-инь | 66VII цзун-гу | 65II шу-гу | 64VII цзин-гу | 60VII кунь-лунь | 40VII вэй-чжун |
| «Средний ян» | X | 1X гуань-чун | 2X е-мэнь | 3X чжун-чжу | 4X ян-чи | 6X чжи-гоу | 10X тянь-цин |
| | XI | 44XI цзю-инь | 43XI ся-си | 41XI цзю-линь-ци | 40XI цю-суй | 38XI ян-фу | 34XI ян-лин-шоань |
| «Малый ян» | II | 1II шан-ян | 2II эр-цзянь | 3II сань-цзянь | 4II хэ-гу | 5II ян-си | 11II цюй-чи |
| | III | 45III ли-дуй | 44III нэй-тин | 43III сянь-гу | 42III чун-ян | 41III цзе-си | 36III цзю-сань-ли |
| Элементы Янские органы (фу) | | Металл Толстая кишка | Вода Мочевой пузырь | Дерево Желчный пузырь | Дерево Желчный пузырь | Огонь Тонкая кишка, три части туловища | Земля Желудок |

Остановимся на краткой характеристике точек пяти элементов. Эти точки эмпирически были отнесены к элементам цикла у—син, и поэтому получили название точек пяти элементов. Они применяются на основании отношения тонизация—дисперсия. Следует остановиться и на различии в названиях этих точек, которые имеются в отдельных руководствах. Так, точки пяти элементов (табл. 16, 17) в китайской литературе называются точками ушу, в японской — иокэцу, во французской литературе они именуются античными точками, а в немецкой — точками барьеров.

Древние медики считали, что данные точки имеют различное состояние и в своем пристрастии к ярким метафорам образно сравнили их с действием водного источника. Таким образом, наиболее дистально расположены точки «родника», далее точки «источника, годного к плаванию», затем «работающего потока» и, наконец, точки «устья» (Ngye Van Nghi, 1974).

Рассмотрим указанные совокупности точек (рис. 55):

Ting — точки «родника» расположены на кончиках пальцев руки или ноги, являются первыми или последними точками меридиана, в зависимости от того, каков он — центростремительный или центробежный.

Jong — точки, расположенные вторыми или предпоследними в зависимости от того, центростремительный это или центробежный меридиан.

Ju — Junn¹ — точки «источника, годного к плаванию», расположены ниже запястий и лодыжек или на их уровне.

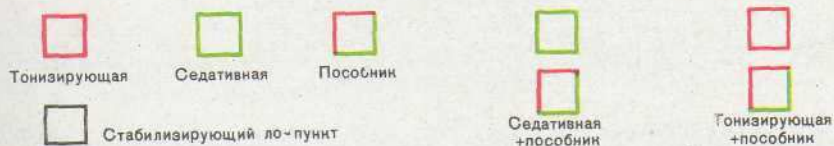
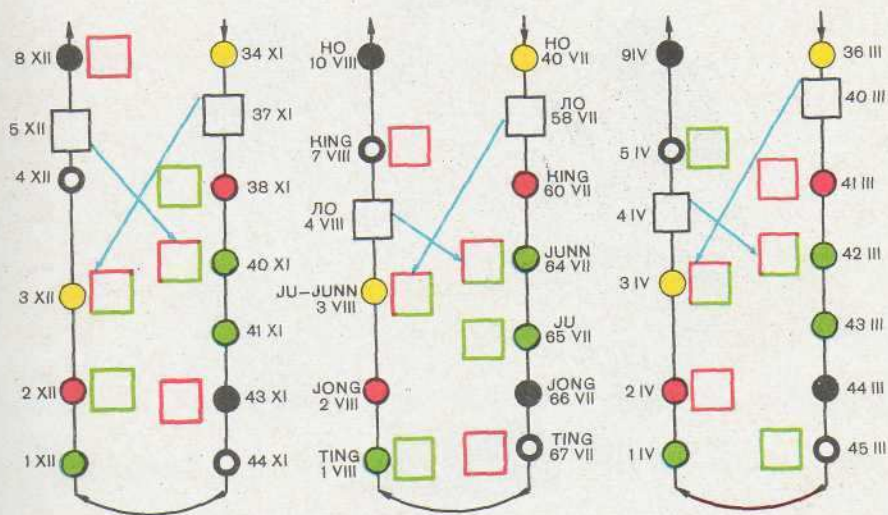
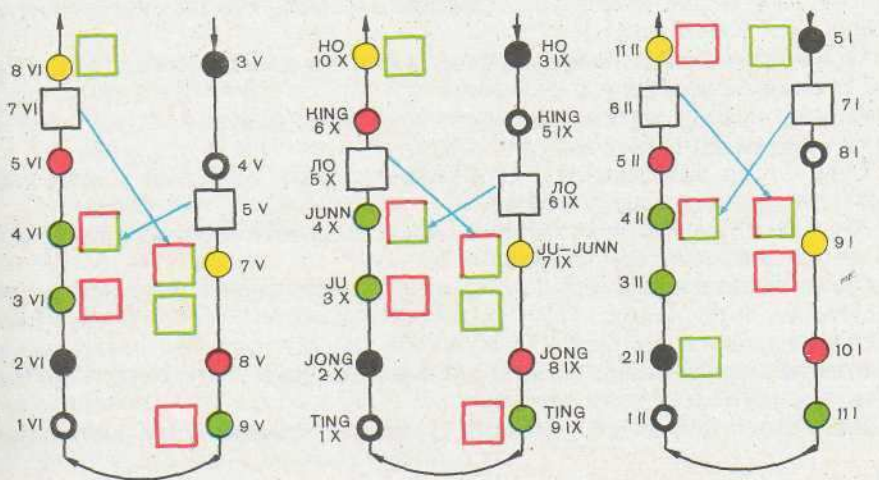
King — точки «работающего потока» расположены выше запястий и лодыжек.

Ho — точки «устья» расположены на уровне локтевого или коленного сустава.

Вышеперечисленные совокупности точек акупунктуры применяются в практической акупунктуре при лечении определенных синдромокомплексов.

Ting — при полноте, фурункулезе, мышечных контрактурах, для оказания неотложной помощи.

¹ Если для иньских объединений существуют точки Ju — Junn то для янских объединений, которые длиннее иньских, существуют отдельные точки Ju и Junn.



Точки пяти элементов и точки ло.

Рис. 55.

В верхнем ряду представлены ручные меридианы, в нижнем — ножные с нанесенными на них точками пяти элементов и точками ло, обозначенными в соответствии с системой условных обозначений (см. рис. 35). Голубые стрелки — поперечные ло-пункты.

Jong — при заболеваниях, сопровождающихся повышением температуры.

Ju — при заболеваниях, сопровождающихся общей тяжестью во всем теле и болями, особенно в суставах.

Junn — при функциональных расстройствах и нарушениях деятельности желез внутренней секреции.

King — при заболеваниях, сопровождающихся одышкой и кашлем, а также ощущением жара и холода.

Ho — при последствиях анемии, большой потери жидкости (чрезмерное потоотделение, диарея), астениях.

Схему соединений между 12 основными меридианами мы представляем следующим образом (рис. 56).

Первый вид связи — на уровне пальцев рук и ног между янскими и иньскими меридианами, осуществляемый в точках Ting за счет наружных ходов или их ответвлений.

Второй вид связи — на уровне туловища между ручными и

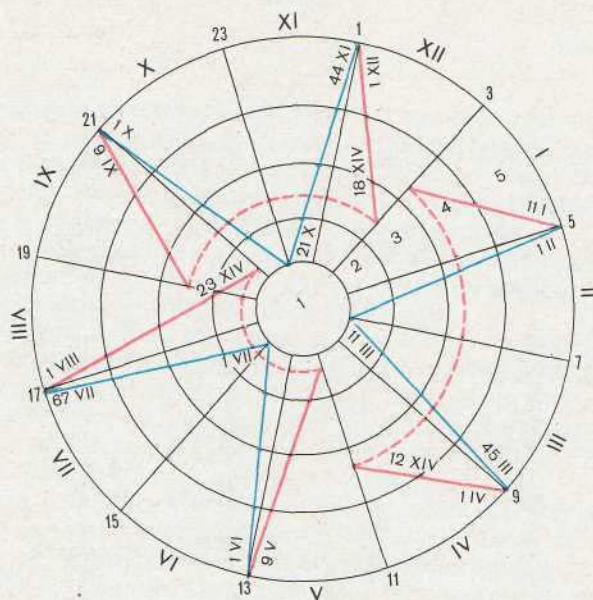


Рис. 56.

Схематическое изображение I и II видов связи.

1 — голова; 2 — шея; 3 — грудь; 4 — живот; 5 — конечности.

Меридианы обозначены римскими цифрами, время максимальной активности — арабскими цифрами. Сплошные синие линии — янские меридианы. Сплошные коричневые линии — иньские меридианы. Соединения иньских меридианов на уровне шеи, груди и живота обозначены пунктирными коричневыми линиями; в местах связей отмечены точки соединения.

ножными меридианами и отдельно ручными и ножными иньскими меридианами, при котором янские меридианы соединяются (точки соединения) за счет наружных ходов или их ответвлений на уровне головы, иньские меридианы — за счет внутренних ходов или их ответвлений на уровне шеи, груди и живота, а места их соединений проецируются на XIV меридиан (переднесрединный).

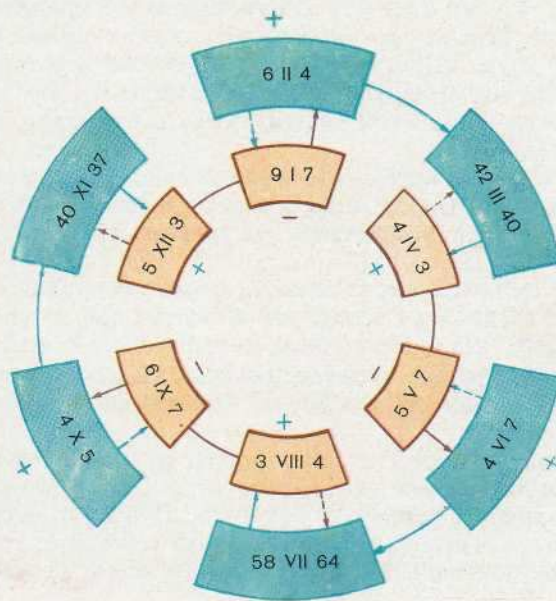
Перейдем к анализу связей, которые существуют между вторичными меридианами, называемыми также ло-пунктами, или коллатеральями.

В главе V были выделены 15 вторичных меридианов, которые

подразделяются на продольные и поперечные. Ниже рассмотрим 12 поперечных ло-пунктов, за счет которых соединяются янские и иньские меридианы. Они связывают иньские меридианы с янскими на уровне конечностей, в области предплечья и голени (I ⇌ II, III ⇌ IV, V ⇌ VI, VII ⇌ VIII, IX ⇌ X, XI ⇌ XII), что представляет третий вид связи (рис. 57). Поперечные ло-пункты можно разделить на две группы (табл. 18).

Данное деление обусловлено тем, что меридианы независимо от того, иньские они или янские, делятся на две группы: центробежные и центростремительные. Независимо от того, янский это или иньский меридиан, ло-пункты «направлены» по ходу, если это центробежный меридиан, и против хода меридиана, если он центростремительный.

Разделение ло-пунктов на две группы порождает определенные различия в технике акупунктуры. Так, если берется первая группа ло-пунктов, то конец иглы направлен книзу (к пальцам). Если же берется вторая группа, то конец иглы должен быть направлен вверх (к голове), но в обоих случаях укалывание иглой происходит по ходу меридиана.



Схематическое изображение III вида связи.

Меридианы обозначены римскими цифрами, точки воздействия — арабскими.

Меридианы (I—XII) изображены цветными фигурами: янские — голубыми, иньские — оранжевыми; их взаимосвязь показана сплошными стрелками. Связь в каждой паре янский меридиан — иньский меридиан за счет поперечного ло-пункта представлена голубой или оранжевой стрелкой: центробежное направление (+) — сплошная стрелка, центростремительное направление (-) — пунктирная стрелка.

Рис. 57.

По положениям древневосточной медицины, ло-пункты способствуют взаиморегулированию между спаренными меридианами, причем они применяются только при избыточности меридиана. При появлении избыточности меридиана воздействуют на точки ло сопряженного меридиана, что восстанавливает равновесие в обоих меридианах. При необходимости усиления эффекта точки ло рекомендуется дополнительно воздействовать на точку-источник меридиана, «находящегося в избыточности». Например, выявлена избыточность меридиана I (легких), что означает недостаточность

Т а б л и ц а 18

Поперечные ло-пункты

| Меридиан | I группа центробежные | Меридиан | II группа центростремительные |
|----------|------------------------------|----------|-------------------------------|
| I | 7I ле-цзюе — 4II хэ-гу | II | 6II пянь-ли — 9I тай-юань |
| III | 40III фэн-лун — 11V тай-бай | IV | 4IV гунь-сунь — 42III чун-ян |
| V | 5V тун-ли — 4VI вань-гу | VI | 7VI чжи-чжэн — 7V шэнь-мэнь |
| VII | 58VII фэй-ян — 3VIII тай-си | VIII | 4VIII да-чжун — 64VII цзин-гу |
| IX | 6IX нэй-гуань — 4X ян-чи | X | 5X вай-гуань — 7IX да-лин |
| XI | 37XI гуан-мин — 3XII тай-чун | XII | 5XII ли-гоу — 40XI цю-сую |

в меридиане II (толстой кишки). Поэтому в данном случае нужно воздействовать методом тонизации на точку ло меридиана II (толстой кишки) и методом дисперсии на точку-источник меридиана I (легких), т. е. «включить» поперечный ло-пункт 6II пянь-ли — 9I тай-юань, что должно привести к равновесию между этими меридианами.

При появлении недостаточности меридиана I (легких) необходимо исходить из того, что это означает избыточность в сопряженном меридиане II (толстой кишки). Вследствие этого и на основании правил применения ло-пунктов (только при избыточности) следует воздействовать методом тонизации на точку ло меридиана I (легких) и методом дисперсии на точку-источник меридиана II (толстой кишки), т. е. «включить» поперечный ло-пункт 7I ле-цзюе — 4II хэ-гу.

Нужно отметить, что, кроме разобранных выше ло-пунктов, существуют еще и так называемые групповые ло, в которых происходит «соприкосновение» определенных групп меридианов на уровне конечностей. Рассмотрим эти группы.

I группа состоит из трех ножных янских меридианов (III, XI, VII). Их точки, расположенные на стопе, применяются при лечении заболеваний головы, лица, ушей, глаз и носа; точки, расположенные ниже коленного сустава, более эффективны при лечении заболеваний внутренних органов, при психических заболеваниях, расстройствах нервной системы и лихорадочных состояниях.

Если мы рассмотрим ход этих меридианов, то увидим, что они «соприкасаются» между собой в точке 39XI сюань-чжун. Эта точка расположена на меридиане XI (желчного пузыря), который проходит по середине данной группы меридианов. Указанная точка и будет точкой группового ло для ножных янских меридианов, ибо она обладает всеми особенностями этой группы.

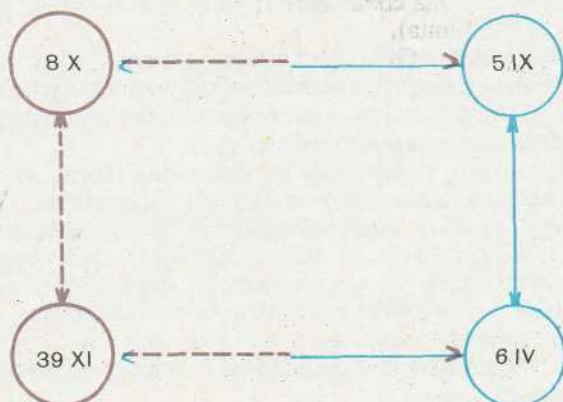
II группа состоит из трех ножных иньских меридианов (XII, IV, VIII), которые применяются при лечении заболеваний брюшной стенки, внутренних органов брюшной полости и особенно заболеваний нижней части живота и тазовых органов. Если мы рассмотрим ход этих меридианов, то увидим, что все они «соприкасаются» между собой в точке 6IV сань-инь-цзяо. Данная точка лежит на меридиане IV (селезенки—поджелудочной железы), которая проходит по середине всей указанной группы меридианов. Эта точка обладает особенностью трех иньских ножных меридианов, т. е. ее можно с одинаковым успехом применять для лечения заболеваний, связанных с меридианами XII (печени), IV (селезенки—поджелудочной железы) и VIII (почек). Данная точка и будет точкой группового ло для трех ножных иньских меридианов.

III группа состоит из трех ручных янских меридианов (II, X, VI), которые применяются при лечении заболеваний головы, лица, ушей, глаз, носа,

шеи, затылка, а также лихорадочных состояний. Для этой группы меридианов точкой группового ло служит 8X сань-ян-ло. Она расположена на меридиане X (трех частей туловища), который проходит посередине этой группы.

IV группа состоит из трех ручных иньских меридианов (I, IX, V), которые применяются при заболеваниях грудной стенки, органов грудной клетки, а также при заболеваниях нервной системы и психических расстройствах. Точкой группового ло для этой группы является 5IX цзянь-ши.

При лечении различных симптомов, в том числе и болевых, используя точки группового ло, можно добиться хороших результатов. Данные точки эффективны и при точечном массаже. Это и понятно, ибо они расположены дистально, а, как уже говорилось, дистальные точки действуют на протяжении всего меридиана. Данное положение в большей мере распространяется на точки группового ло еще и потому, что они сразу действуют на три меридиана своей группы.



Схематическое изображение использования точек группового ло.

Точки группового ло янских меридианов — синие круги, иньских — коричневые. Связи между точками группового ло изображены стрелками: сплошные синие стрелки относятся к точкам группового ло янских меридианов, прерывистые коричневые стрелки — иньских меридианов.

Рис. 58.

Существуют взаимосвязи между тремя группами основных меридианов, т. е. ручными янскими (II, X, VI — точка группового ло 8X сань-ян-ло), иньскими ручными меридианами (I, IX, V — точка группового ло 5IX цзянь-ши) и янскими ножными меридианами (III, XI, VII — точка группового ло 39XI сюань-чжун). Нет связей между янскими ручными (II, X, VI) и иньскими ножными меридианами (VIII, IV, XII — точка группового ло 6IV сань-инь-цзяо) (рис. 58).

Считается, что воздействуя на точки группового ло можно «отрегулировать утраченное равновесие» между группами меридианов. На основании вышеописанных связей можно, например, при болях верхней конечности янского синдрома воздействовать на точку 8X сань-ян-ло слабым раздражением либо воздействовать на точки 5IX цзянь-ши или 39XI сюань-чжун, но уже сильным раздражением. Воздействие на точки группового ло оправдано в том случае, если локализация боли соответствует прохождению всех трех или по крайней мере двух меридианов данной группы. Например, при болях в

области задней поверхности плеча, где проходят меридианы II и VI (толстой и тонкой кишки), входящие в группу ручных янских меридианов следует воздействовать на их точку группового ло 8X сань-ян-ло. В случаях, когда боль локализуется по ходу одного меридиана или нескольких меридианов, но не связанных между собой точкой группового ло необходимо оказывать воздействие на каждый меридиан по отдельности.

Таким образом, мы исследовали третий вид связи, который осуществляется за счет ло-пунктов.

Кроме точек группового ло, в которых соприкосновение меридианов происходит на уровне конечностей, существуют еще и такие точки, где соприкосновение меридианов осуществляется на уровне туловища или головы. Данные точки действуют уже как бы местно и называются точками соединения. Нужно иметь в виду, что указанные точки можно применять в сочетании с точками группового ло, это дает хороший терапевтический эффект.

1. Точка 3XIV чжун-цзи. Она соединяет группу трех ножных иньских меридианов на уровне живота.

2. Точка 2III сы-бай. Она соединяет группу трех ножных янских меридианов на уровне головы (лица).

3. Точка 8III тоу-вэй. Она соединяет группу трех ручных янских меридианов на уровне головы как между собой, так и с меридианом желудка.

4. Точка 22XI юань-е. Она соединяет группу трех иньских ручных меридианов на уровне боковой поверхности груди.

Данные точки можно применять и отдельно. Полагают, что на точки соединения нужно воздействовать методом тонизации, поскольку, как показала практика, данный вид раздражения более эффективен и ведет к тонизации «слабых» меридианов, а также снимает избыточность с «напряженных» меридианов. В то же время лучший эффект дает применение этих точек в комбинации с соответствующими групповыми ло.

Переходим к разбору четвертого вида связи, который возникает среди «чудесных» меридианов. Нужно подчеркнуть, что это наиболее сложный вид связи.

Понятие «„чудесные“ меридианы» было сформулировано в главе V. Там же мы дали полное топографическое описание, а также показания для каждого из них и разделили их на две группы. Рассмотрим указанные группы.

Группы «чудесных» меридианов

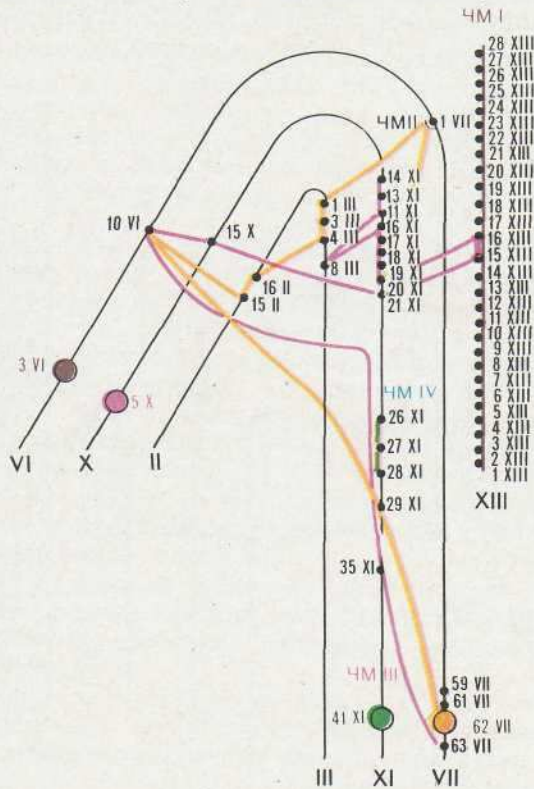
Таблица 19

| Пары | Названия «чудесных» меридианов | Командные точки (точки-ключи) | Связывающие точки |
|-----------|---|-------------------------------|-------------------|
| | <i>Первая группа</i> | | |
| Первая | ЧМI — контролирующий (ду-май) | 3VI хоу-си | 62VII шэнь-май |
| Вторая | ЧМII — наружный пяточный (ян-цзяо-май) | 62VII шэнь-май | 3VI хоу-си |
| | ЧМIII — наружный поддерживающий (ян-вэй-май) | 5X вай-гуань | 41XI цзу-линьци |
| | ЧМIV — опоясывающий (дай-май) | 41XI цзу-линьци | 5X вай-гуань |
| | <i>Вторая группа</i> | | |
| Третья | ЧМV — зачатия (жэнь-май) | 7I ле-цзюе | 6VIII чжао-хай |
| | ЧМVI — внутренний пяточный (инь-цзяо-май) | 6VIII чжао-хай | 7I ле-цзюе |
| Четвертая | ЧМVII — внутренний поддерживающий (инь-вэй-май) | 6IX нэй-гуань | 4IV гунь-сунь |
| | ЧМVIII — поднимающийся (чжун-май) | 4IV гунь-сунь | 6IX нэй-гуань |

Первая группа — «чудесные» меридианы (табл. 19), относящиеся к «болезням ян», в том числе к «наружным» заболеваниям, связанным с головой, мышцами, суставами, конечностями и т. д.

Вторая группа — «чудесные» меридианы, относящиеся к «болезням инь» (см. табл. 19), в том числе к «внутренним» заболеваниям, т. е. болезням чжан и фу.

Переходим к разбору связей, которые существуют между «чудесными» меридианами. Вначале коротко остановимся на связях, возникающих между четырьмя «чудесными» меридианами, относящимися к первой группе. Для того чтобы четко представить характер этих связей, воспроизведем схему трех янских объединений, а именно: «большой ян» (VI → VII), «средний ян» (X → XI) и «малый ян» II → III) с нанесением на них двух пар «чудесных» ме-



Схематическое изображение IV вида связи (взаимосвязь среди «чудесных» меридианов II группы).

Рис. 59.

ридианов (ЧМ I — ЧМ IV, рис. 59). Таким образом, мы можем наглядно увидеть, что командная и связывающая точки первой пары «чудесных» меридианов, относящихся к первой группе, соответствуют точкам объединения «большой ян», а указанные точки второй пары соответствуют точкам объединения «средний ян». Это подтверждает закономерность связи, которая существует между командной и связывающей точками этих пар «чудесных меридианов».

Рассмотрим отдельные «чудесные» меридианы. ЧМ I — контролирующий имеет собственные активные точки. ЧМ IV — опоясывающий связывается из определенных точек акупунктуры только одного меридиана XI

(желчного пузыря), ЧМII — наружный пяточный и ЧМIII — наружный поддерживающий связываются из точек воздействия нескольких янских меридианов. Они начинаются с разных точек меридиана VII (мочевового пузыря) и заканчиваются на меридиане XI (желчного пузыря). При этом последняя точка ЧМII — наружного пяточного — 20XI фэн-чи связана с ЧМIII — наружным поддерживающим, т. е. данная точка является общей для обоих «чудесных» меридианов. Кроме того, общей для этих меридианов является и точка 10VI нао-шу. Указанные «чудесные» меридианы имеют и общие основные меридианы VII, XI, VI, III, а с другими янскими меридианами II и X связаны за счет общих точек.

Итак, мы видим, что существует широкое разветвление коллатералей и связей как между янскими меридианами, так и между «чудесными» меридианами, относящимися к первой группе. И, наконец, отметим, что «чудесные» меридианы, относящиеся к первой группе, объединяются с

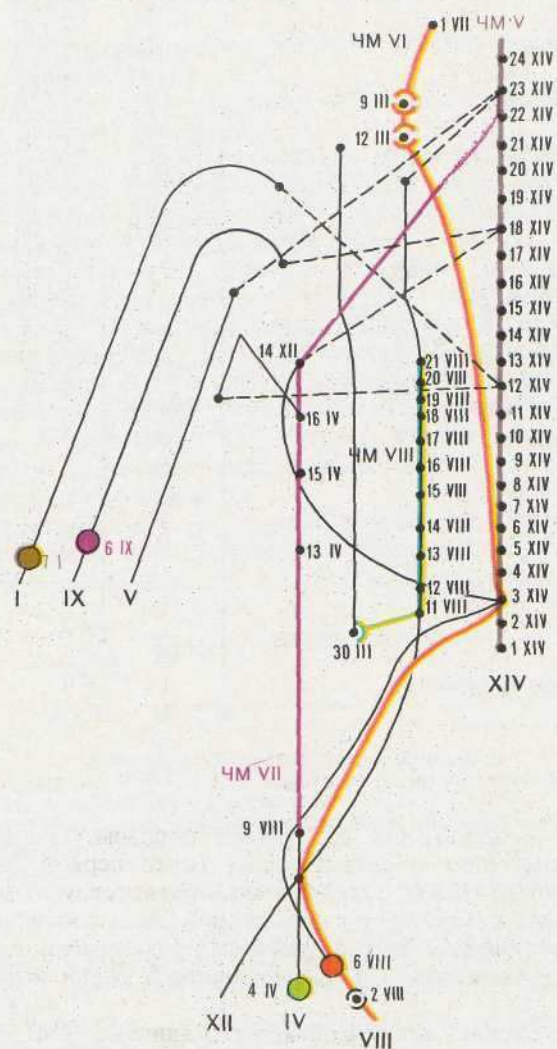


Рис. 60.

Схематическое изображение IV вида связи («взаимосвязь среди «чудесных» меридианов II группы»).

«чудесными» меридианами, относящимися ко второй группе, через точку 1VII цин-мин.

Разберем взаимосвязи, которые возникают между «чудесными» меридианами, относящимися ко второй группе. Как и в предыдущем случае, воспроизведем схему трех иньских объединений, а именно: «большая инь» (IV → I), «средняя инь» (VIII → V) и «малая инь» (XII → IX). Здесь же представим «чудесные» меридианы второй группы, соединенные в две пары совместно с их командными точками (рис. 60). Из рисунка видно, что мы не получаем соответствия командной и связывающей точек точкам объединения, как это было в случае первой группы. Указанное различие объясняется особенностями взаимосвязи среди этих групп меридианов. Так, внутри янских меридианов постоянная взаимосвязь соответствует почасовой взаимосвязи между меридианами. Напротив, постоянная взаимосвязь среди (внутри) иньских меридианов в отличие от янских не соответствует почасовой взаимосвязи. Таким образом, если взять за основу постоянную взаимосвязь среди иньских меридианов и вспомнить связи чжан со своими иньскими меридианами в свете учения у-син, то можно увидеть, что командная точка 7I лещое закономерно связывается с точкой 6VIII чжао-хай и наоборот. То же самое можно сказать и в отношении меридианов IX (перикарда) и IV (селезенки — поджелудочной железы); точка 6IX нэй-гуань связывается с 4 IV гунь-сунь.

Рассмотрим отдельно «чудесные» меридианы: ЧМV — зачатия имеет собственные активные точки; ЧМVIII — поднимающийся связывается из определенных точек меридиана VIII (почек). Итак, их отличительной чертой является то, что они, так же как и «чудесные» меридианы группы (ЧMI — контролирующий, ЧMIV — опоясывающий) «принадлежат» только к одним меридианам. Напротив, «чудесные» меридианы ЧMVI — внутренний пяточный и ЧMVII — внутренний поддерживающий связываются соответственно из точек воздействия иньских меридианов. Они начинаются с различных точек меридиана VIII (почек), но заканчиваются на разных меридианах. Так, ЧMVII — внутренний поддерживающий заканчивается на ЧМV — зачатия и для сравнения вспомним, что и ЧMIII — наружный поддерживающий заимствует точки ЧMI — контролирующего для своей цепи, а ЧMVI — внутренний пяточный заканчивается на меридиане VII (мочевом пузыре) в точке 1VII цин-мин. Эта точка примечательна тем, что в ней непосредственно происходит соединение «чудесных» меридианов первой и второй групп.

Следует отметить, что «чудесные» меридианы второй группы в отличие от «чудесных» меридианов первой группы не имеют в своей цепи точек акупунктуры, расположенных на ручных иньских меридианах (хотя на них и имеются две командные точки). Это объясняется тем, что меридианы, входящие в иньские объединения, соединяются между собой внутренними ходами и их ответвлениями на уровне живота, груди и шеи с проецированием на точки акупунктуры меридиана XIV (переднесрединного). Меридианы же, входящие в янские объединения, соединяются наружными ходами или их ответвлениями на уровне головы.

Таким образом, среди «чудесных» меридианов второй группы, как и среди первой, мы наблюдаем множество связей и коллатералей, которые необходимо учитывать при лечении.

Учение о «чудесных» меридианах было создано древними медиками эмпирическим путем. Оно же является результатом традиционного восточного образа мышления. Так, восточная медицина считает, что «чудесные» меридианы представляют собой дополнительные «сосуды» (меридианы), в

которые изливаются «избыточность» от основных меридианов. Проявление избыточности возникает тогда, когда нарушается равновесие в какой-либо зоне. Например, пневмония ведет к избыточности в меридиане I (легких). Однако в начале заболевания сохраняется равновесие вследствие того, что открывается «клапан» и «избыточность уходит» по одному из «чудесных» меридианов. При расстройстве или нарушении равновесия в меридианах этот «клапан» не открывается и «предохранительное отверстие» в соответствующий «чудесный» меридиан остается закрытым. Поэтому в соответствии с древневосточными концепциями в данном случае необходимо произвести воздействие на соответствующую точку акупунктуры, чтобы «открыть обходной путь» и восстановить «равновесие». Эта точка называется «ключом чудесного сосуда» (командная точка). И если мы проанализируем, какие точки относятся к ключам, то увидим, что половина из них — ло-пункты своих меридианов (7I ле-цюе, 6IX нэй-гуань, 4IV гунь-сунь, 5X вай-гуань). Две точки-ключи 62VII шэнь-май и 6VIII чжао-хай примечательны тем, что от них начинаются «чудесные» меридианы. Напомним, что за счет этих меридианов происходит объединение всех «чудесных» меридианов в единое целое. Точка-ключ 41XI цзу-линь-ци примечательна тем, что имеет дополнительное ответвление для связи с точкой 1XII да-дунь, хотя она и не служит ло-пунктом меридиана XI (желчного пузыря). И последняя точка-ключ — 3VI хоу-си является для своего основного меридиана тонизирующей точкой.

Как уже отмечалось, «чудесные» меридианы объединены попарно и в каждой группе имеются строго определенные две пары. Мы также показали, что данные сочетания пар, состоящие из командных и связующих точек, возникли из особенностей взаимосвязей между меридианами.

При обобщении показаний «чудесных» меридианов выявляется, что в паре находятся меридианы со сходными показаниями. Каждый меридиан имеет командную точку (точку-ключ) и связывающую точку, которая является в то же время командной точкой своего «чудесного» меридиана. Причем сочетание этих точек таково, что если командная точка расположена на предплечье, т. е. ниже локтевого сустава, то связывающая точка расположена на голени, т. е. ниже коленного сустава, и наоборот. Иначе говоря, одна точка расположена выше, а другая ниже диафрагмы.

Четвертый вид связи осуществляется за счет «чудесных» меридианов, соединяющих между собой по отдельности янские и иньские объединения в одну систему. Этот вид связи является наиболее сложным и в то же время на-

Таблица 20

Точки соединения меридианов

| Точка соединения | Группа меридианов | Точка соединения | Группа меридианов |
|------------------|-------------------------------|------------------|-------------------|
| 12XIII шэнь-чжу | XIII, VII | 22X хэ-ляо | VI, X, XI |
| 14XIII да-чжуй | XIII, VI, VII, X, XI, II, III | 17X и-фэн | X, XI |
| 15XIII я-мэнь | XIII, VIII | 21XI цзянь-цзин | XI, X |
| 19XIII хоу-дин | XIII, VI, VII, X, XI, II, III | 24XI жи-юе | IV, XII, VII, XI |
| 4XIV гуань-юань | VIII, XII, IV, XIV | 14XII ци-мэнь | XII, IV, XI |
| 7XIV инь-цзяо | V, XIV, XI | 3XI шан-гуань | X, XI, II, III |
| 12XIV чжун-вань | I, XIV, X, III, IV | 11 чжун-фу | I, IV |
| 13XIV шан-вань | XIV, II, III | 20II ин-сян | II, III, XIV |
| 17XIV тань-чжун | XII, IV, XIV, VI, IX, VIII | 1VII цин-мин | III, IV, VII |
| 1IX тянь-чи | IX, XII, X, XI | 13XII чжан-мэнь | XI, XII |
| 11VII да-чжу | I, IV, VII, XI | | |

ибо более универсальным, ибо за счет него меридианы связываются на всех уровнях тела человека. Кроме того, данная связь может объединить большое количество меридианов и включить в себя другие связи или их элементы. Поэтому указанной связью с успехом пользуются при хронических заболеваниях, т. е. когда нарушено равновесие в нескольких меридианах и отсутствует эффект от лечения меридианами отдельных чжан и фу.

Остановимся на ряде важных точек воздействия, имеющих определенное значение в практической акупунктуре. Вначале проанализируем точки соединения, представленные в табл. 20.

Как видно из табл. 20, все указанные точки являются точками соединения меридианов в группы. Они в отличие от групповых ло расположены на уровне головы и туловища, поэтому обладают значительно большим местным действием. На эти точки нужно воздействовать слабым раздражением, что ведет к восстановлению равновесия между меридианами. Эти точки соединения имеют также и то практическое значение, что с их помощью можно воздействовать на несколько меридианов одновременно, т. е. их использование закономерно ведет к уменьшению количества точек, необходимых для сеанса рефлексотерапии. Кроме того, они приобретают большое значение и при работе с «чудесными» меридианами, ибо после выбора нужного «чудесного» меридиана и воздействия на точки, составляющие его, рекомендуется использовать и определенную точку соединения. Критерием выбора точки соединения при этом является знание как ее

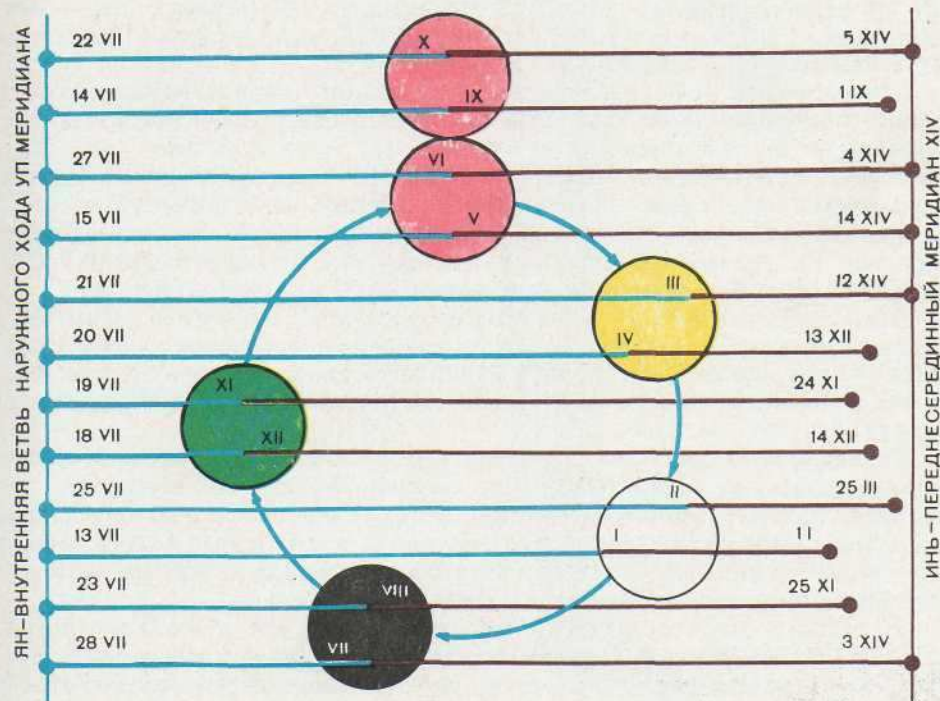


Рис. 61. Схематическое изображение взаимосвязей сочувственных точек и точек-глашатаев. В цветных кругах, обозначающих пять элементов, представлены янские и иньские меридианы. В зависимости от места расположения римских цифр можно определить меридианы: янские проходят по синим линиям, иньские — по коричневым. Слева обозначены сочувственные точки, справа — точки-глашатаи соответствующих меридианов.

локализации, так и того, какие именно меридианы она объединяет. Например, у больного боли в плечезатылочной области, а также боли в области поясницы и ноге. В данном случае подходит ЧМШ — наружный поддерживающий, и нужно воздействовать на точки акупунктуры, составляющие его. Кроме того, следует воздействовать на точку 14ХШ да-чжуй, которая, во-первых, локализована в шейно-затылочной области и, во-вторых, объединяет все меридианы, входящие в ЧМШ — наружный поддерживающий.

Теперь проанализируем сочувственные точки и точки-глашатаи, которые в предыдущих главах мы вывели среди стандартных точек для каждого меридиана.

Древнекитайское название сочувственных точек шусюе (транспортные точки). Считалось, что эти точки являются «истоками функций» соответствующих янских и иньских органов, а также «управляемых» ими меридианов. Точкам-глашатаям — мусюе (вербующие точки) приписывалось сосредоточение функций соответствующего меридиана.

Сочувственные точки расположены на янской стороне тела, т. е. на спине. Они являются точками внутренней ветви наружного хода меридиана VII (мочевого пузыря). Практика показала, что данные точки действуют как непосредственно на функции различных органов, так и на меридианы, «управляемые» этими органами.

Точки-глашатаи, напротив, сосредоточены на иньской стороне тела, т. е. на животе и грудной стенке. Пять из них расположены на меридиане XIV (переднесрединном), две — на меридиане XII (печени), две — на меридиане XI (желчного пузыря) и по одной точке на меридианах III (желудка), I (легких) и IX (перикарда).

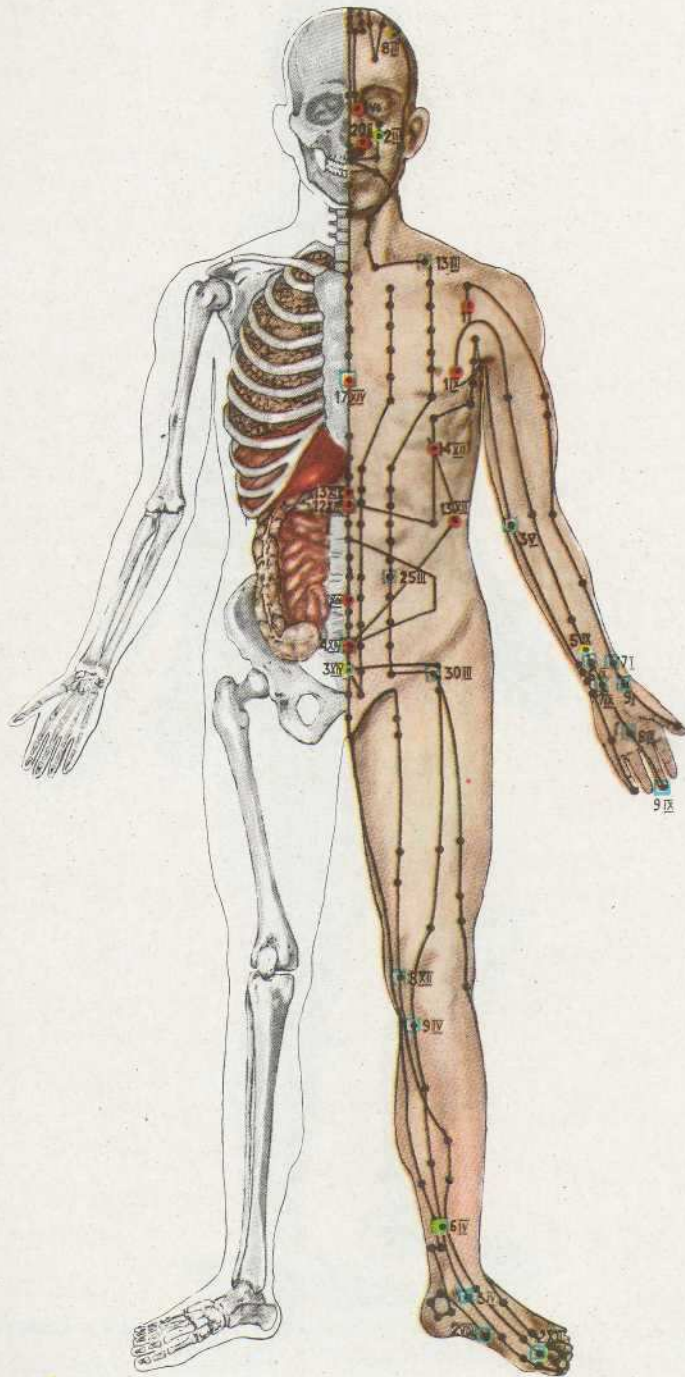
Сочувственные точки и точки-глашатаи каждого меридиана находятся в единой взаимосвязанной цепи. Только сочувственные точки представляют дорсальную, а точки-глашатаи — вентральную ветви этой цепи (рис. 61).

Следует отметить, что указанные точки получили широкое применение в практической работе еще с древних времен. Однако, как показывает рис. 61, их нужно применять сочетанно. Например, при недержании мочи используют меридиан VII (мочевого пузыря), воздействуя на его точку-глашатай 3 XIV чжун-цзи в сочетании с сочувственной точкой 28 VII пан-гуан-шу и т. д.

Дадим характеристику специфическим точкам. Специфическими называются такие точки, которые оказывают наиболее выраженный эффект на тот или иной орган, либо мышцы, кости, артерии и т. д. (рис. 62, 63, 64). Применение этих точек в комплексе с другими дает в нашей практике хорошие результаты (табл. 21).

Традиционная китайская медицина выделяет точки, которые с достаточным эффектом используются при лечении болей в тех областях, где проходят соответствующие меридианы, а также в органах, с которыми эти меридианы связаны. Выделяют 16 точек для лечения острых болей, причем эти точки расположены на четырех «чудесных» и на всех основных меридианах. Ниже приводим таблицу этих точек (табл. 22).

И, наконец, рассмотрим точки, называемые «о к н о в н е б о» (Nguen van Nghi, 1974). Эти точки расположены в тех частях туловища, где кровеносные сосуды (артерии) сближаются с естественными возвышениями тела и как бы образуют «пары». Указанные точки находятся именно на уровне этих «пар». Ярким примером такой «пары», состоящей из артерий и возвышения, является щитовидный хрящ и близко расположенная к нему общая сонная артерия. Точка 9Ш жэнь-ин расположена там, где общая сонная артерия делится на внутреннюю и наружную (кнаружи от верхнего



Проекция точек группового ло, специфических точек и точек соединений на передней поверхности тела человека.

Рис. 62.

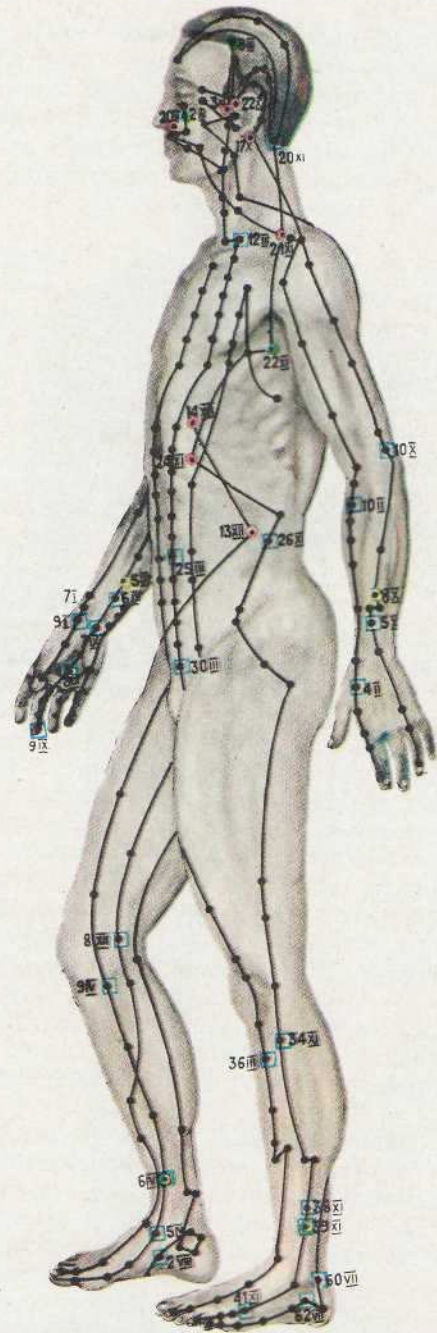
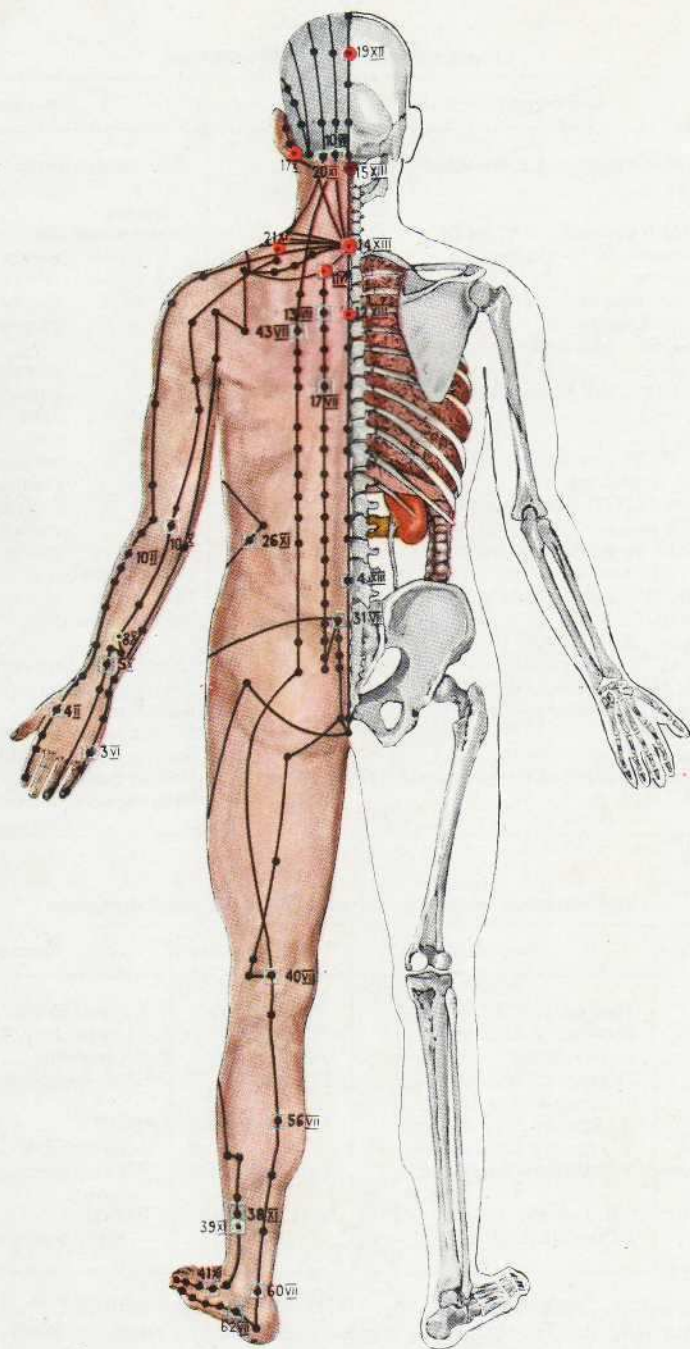


Рис. 63. Проекция точек группового ло, специфических точек и точек соединений на передней поверхности тела человека.

края щитовидного хряща на 1,5 цуня, кпереди от переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы). Nguyen Van Nghi (1974) этим точкам дал название Fenetre du Ciel, разделив их на две группы: «большое окно», «малое окно». Каждая из них включает в себя пять точек. Группа точек



Проекция точек группового ло, специфических точек и точек соединений на задней поверхности тела человека.

Рис. 64.

«большое окно»: 9 III жэнь-ин, 15 X тянь-ляо, 18 II фу-ту, 10 VII тянь-чжу, 31 тянь-фу. Группа точек «малое окно»: 15 VI тянь-чуан, 17 VI тянь-жун, 11 X тянь-чи, 16 XIII фэн-фу, 22 XIV тянь-ту.

Укажем симптомы, при которых применяется группа точек «большое

Таблица 21

Специфические точки акупунктуры

| Специфические БАТ | Показания |
|--|---|
| 9IX чжун-чун, 9I тай-юань, 6IX нэй-гуань 60VII кунь-лунь | Заболевания артерий » периферических нервов |
| 5IV шан-цю, 31VII шан-ляо, 38XI ян-фу 34 XI ян-лин-цюань, 56VII чэн-цзинь 9IV инь-лин-цюань | Заболевания вен » мышц |
| 11VII да-чжу, 5IV шан-цю 5X вай-гуань, 38XI ян-фу 40VII вэй-чжун, 8XII цюй-цюань, 10II шоу-сань-ли | » костей » суставов » кожи |
| 4II хэ-гу, 3VI хоу-си, 10X тянь-цзин 7I ле-цюе, 4II хэ-гу 2XII син-цзянь | » ушей » носа » глаз |
| 13VII фэй-шу, 17XIV тянь-чжун 30III ци-чун, 25III тянь-шу 36III цзу-сань-ли, 12XIV чжун-вань 17VII гэ-шу, 7IX да-лин | » легких » кишечника » желудка » сердца |
| 17VII гэ-шу, 38XI ян-фу, 43VII гао-хуан 20XI фэн-чи, 2VIII жань-гу 10VII тянь-чжу, 12XIV чжун-вань 39XI сюань-чжун | » крови Симпатикотония Ваготония Заболевания спинного мозга |
| 6IV сань-инь-цзяо, 30III ци-чун, 26XI-дай-май, 4XIV гуань-юань 12III цюэ-пэнь, 30III ци-чун 40VII вэй-чжун, 4XIII мин-мэнь 3VI хоу-си, 4II хэ-гу 62VII шэнь-май, 41XI цзу-линь-ци 36III цзу-сань-ли, 4II хэ-гу, 4XIV гуань-юань, 14XIII да-чжуй 3V шао-хай, 8IX лао-гун | Половые расстройства Расстройство питания Боли в пояснице Боли в верхней конечности Боли в нижней конечности Общая слабость Психическая депрессия |

Таблица 22

Эффективные точки при лечении болей по ходу меридиана

| Точка воздействия | Меридиан | Точка воздействия | Меридиан |
|-------------------|--|-------------------|---------------------------------|
| 6I кун-цзуй | I (легких) | 7X хуэй-цзун | X (трех частей туловища) |
| 7II вэнь-лю | II (толстой кишки) | 36XI вай-цю | XI (желчного пузыря) |
| 34III лян-цю | III (желудка) | 9XII инь-бао | XII (печени) |
| 8IV ди-цзи | IV (селезенки — поджелу- дочной железы) | 59VII фу-ян | ЧМII — наружный пяточный |
| 6V инь-си | V (сердца) | 35XI ян-цзяо | ЧМIII » поддер- живающий |
| 6VI ян-лао | VI (тонкой кишки) | 8VIII цзяо-синь | ЧМVI — внутренний пяточ- ный |
| 63VII цзинь-мэнь | VII (мочевого пузыря) | 9VIII чжу-бинь | ЧМVII » под- держивающий |
| 5VIII шуй-цюань | VIII (почек) | | |
| 4IX си-мэнь | IX (перикарда) | | |

окно»: сильная головная боль — 9III жэнь-ин, афония — 18II фу-ту, контрактура или спазм мышц, а также головокружение — 10VII тянь-чжу, глухота и потеря остроты зрения — 15X тянь-ляо; и чувство жажды — 3I тянь-фу.

Заканчивая главу о взаимосвязях между меридианами, хочется подчеркнуть, что наша практика показывает; знание каждого вида связей необходимо для правильного и обоснованного выбора сочетания точек акупунктуры.

Глава

VII

Точки воздействия

вне меридианов

К точкам акупунктуры вне меридианов относятся внемеридианные (ВМ), «новые» (Н) и аурикулярные точки (АТ). В восточной литературе их называют внелинейными (внесетевыми) точками.

§ 1. Внемеридианные точки

Во французской литературе эти точки обозначаются Points Curieux.— Р. С. («любопытные точки»), в немецкой Punkte außerhalb der Meridiane — РАМ (точки вне меридианов). Мы называем их внемеридианными.

Если исходить из древневосточных концепций, то эти точки почти не влияют на почасовую взаимосвязь между меридианами. Локализуются они часто рядом с меридианами и меридианными точками (рис. 65, 66, 67). Следует отметить и тот факт, что при правильном выборе их и укалывании появляются почти те же предусмотренные ощущения, что и при укалывании меридианных точек, расположенных рядом. Во всех литературных источниках указывается, что терапевтический эффект при воздействии на эти точки особенно выражен при местном и поверхностном лечении. Местным можно назвать действие тех точек, которые расположены в области головы, груди, живота и спины, поскольку показанием для выбора этих точек в основном является заболевание тех органов, в зоне которых они расположены. В этом случае они подобны точкам меридианным, расположенным также в области головы, груди, живота и спины. Поверхностным можно назвать действие тех точек, которые расположены на конечностях, так как показания для их применения отражают в основном заболевания нервно-мышечного аппарата, суставов, а также органов чувств, расположенных поверхностно, а если и включены заболевания внутренних органов, то только в случае болей, например, гастралгии и т. д.

Можно полагать, что показания к применению этих точек выведены эмпирически, т. е. так же, как и показания для меридианных точек. Их классифицируют по области: 1) голова и шея (ВМ1—ВМ31); 2) передняя поверхность туловища (ВМ32—ВМ50); 3) задняя поверхность туловища (ВМ51—ВМ85); 4) рука (ВМ86—ВМ129) и 5) нога (ВМ130—ВМ171). Точки вне меридианов широко используются при иглоанальгезии. Число внемеридианных точек — 171.

Голова и шея

Эта область насчитывает 31 точку.

ВМ1 сы-шэнь-цун («область четырех богов»)

Локализация: (4 точки) на 1 цунь¹ кпереди, кзади и по обеим сторонам от точки 20ХІІІ бай-хуэй.

Показания: мигрень, обмороки, головокружение, эпилепсия.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,3—0,5 см.

¹ При описании внемеридианных и новых точек берется 1 цунь как абсолютная мера, равная 2,5 см.

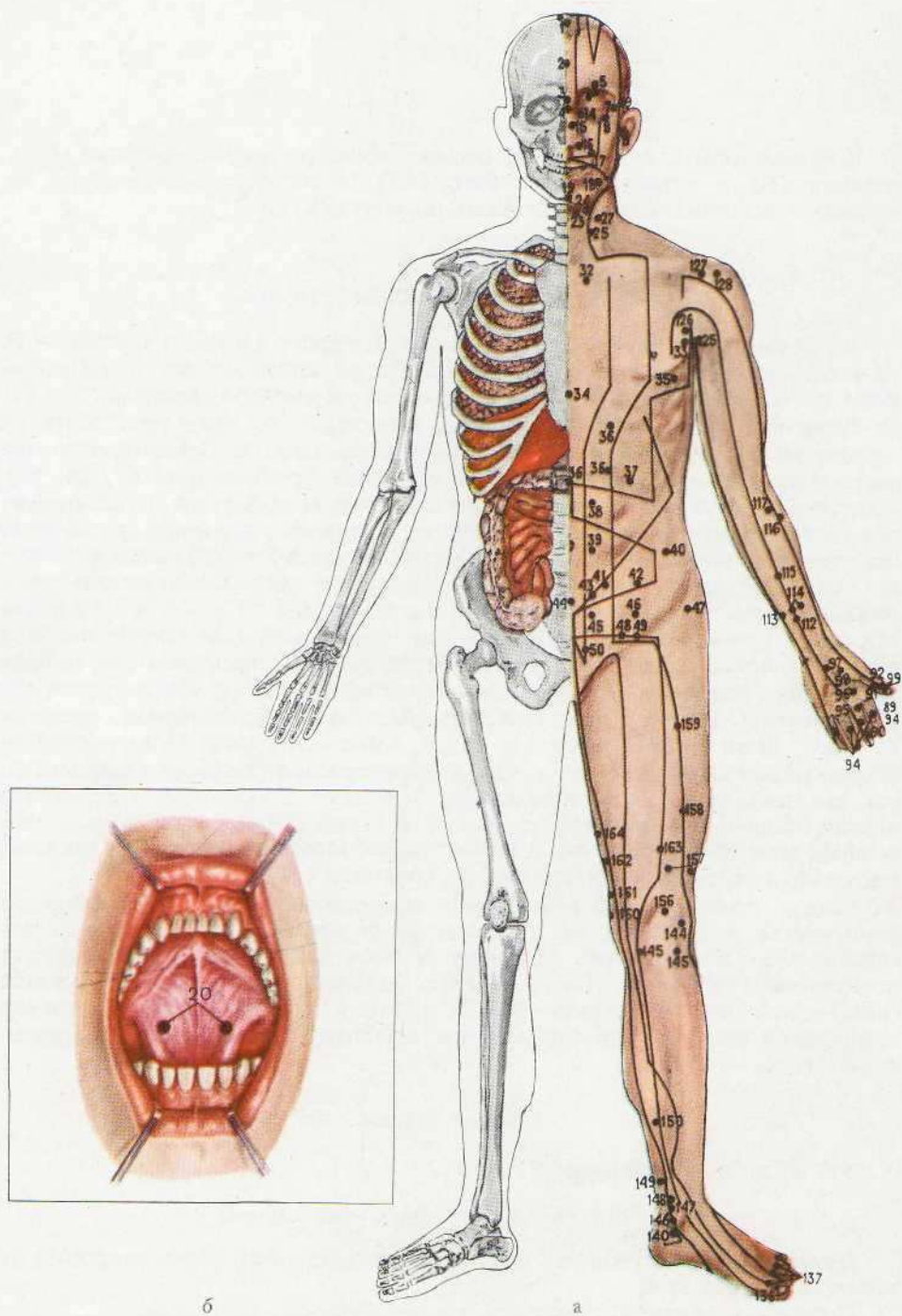
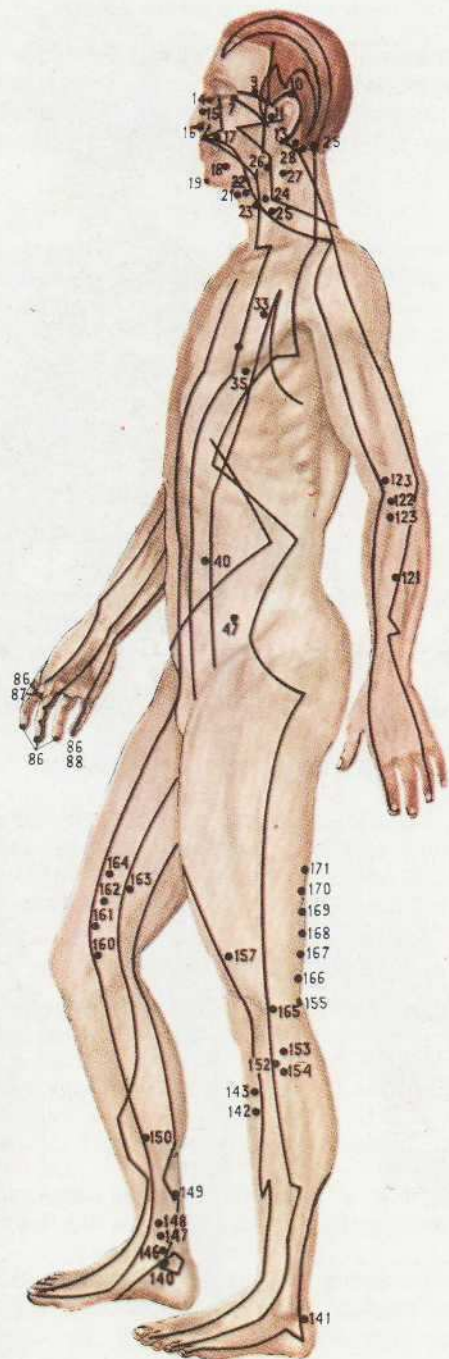


Рис. 65. а — Проекция внемеридианных точек на передней поверхности тела человека; б — локализация внемеридианной точки VM20 цинь-цин, юй-е.



Проекция внемеридианных точек на боковой поверхности тела человека.

Рис. 66.

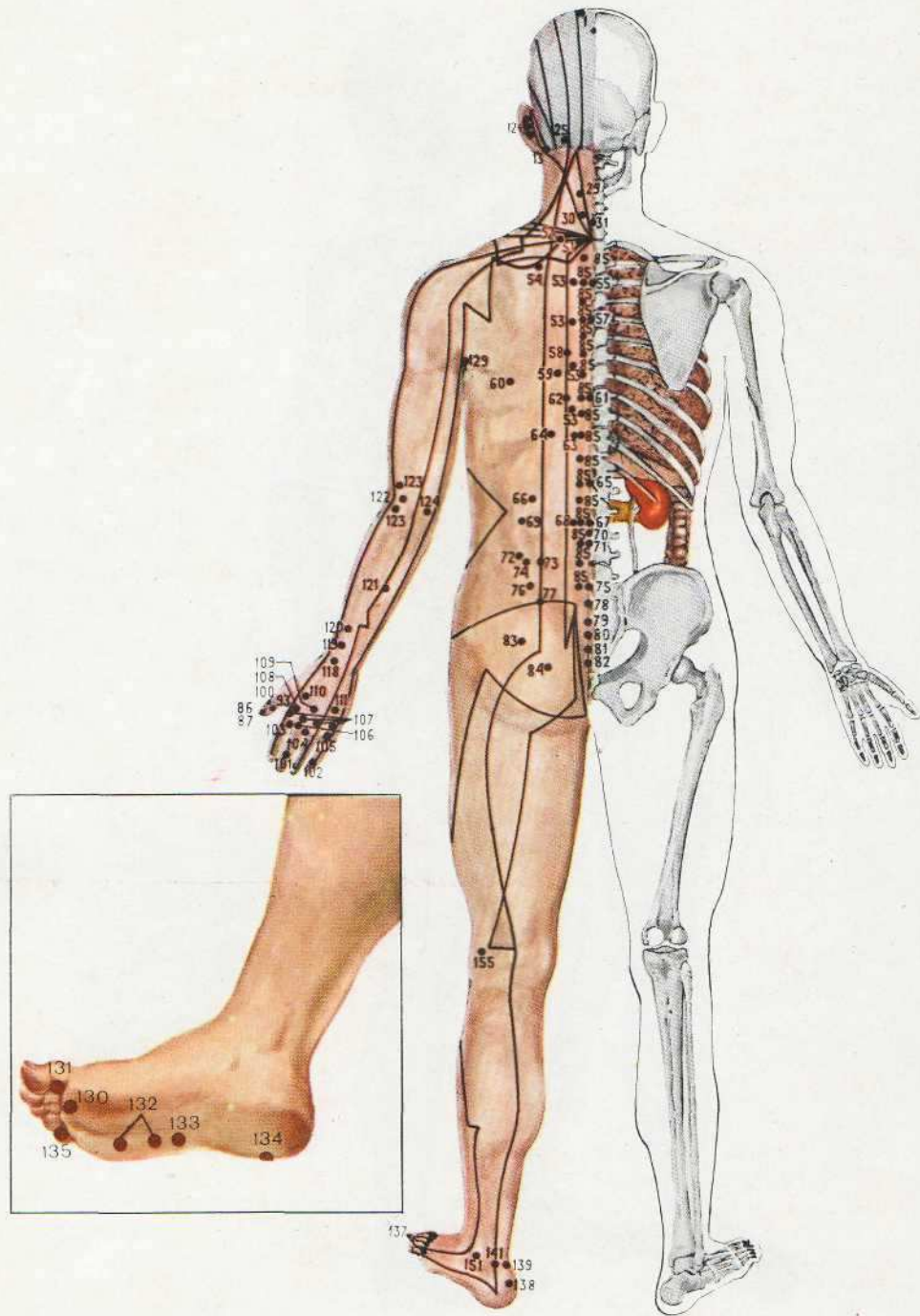


Рис. 67

а — Проекция внемеридианных точек на задней поверхности тела человека;
 б — проекция внемеридианных точек на подошвенной поверхности стопы.

ВМ2 э-чжун («середина лба»)

Локализация: на передней срединной линии выше точки ВМ3 инь-тан на расстоянии, равном расстоянию от внутреннего до наружного края орбиты.

Показания: блефарит, обмороки, головокружение, рвота.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,3—0,5 см.

ВМ3 инь-тан («линия лба»)

Локализация: на середине линии, соединяющей внутренние концы бровей.

Показания: головная боль в лобной области, обмороки, головокружение, заболевания носа и глаз, артериальная гипертония.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,3—0,5 см.

ВМ4 шан-гэнь («подножие горы»)

Локализация: на середине линии, соединяющей внутренние углы глаз.

Показания: головная боль, головокружение, снижение зрения.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,3—0,5 см.

ВМ5 тоу-гуанмин (юй-шан) («свет головы»)

Локализация: при прямом взгляде над зрачком, на верхнем крае брови, несколько выше точки ВМ6.

Показания: миопия, глаукома, блефарит, поражение глазодвигательных нервов, мигрень.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,3—0,5 см.

ВМ6 юй-яо (мэй-чжун) («спина рыбы»)

Локализация: на середине брови, под точкой ВМ5.

Показания: катаракта, конъюнктивит, блефарит, поражение глазодвигательных нервов, периферический паралич лицевого нерва.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,3—0,5 см.

ВМ7 юй-вэй («хвост рыбы»)

Локализация: на 0,1 цунь кнаружи от наружного угла глаза.

Показания: заболевания глаз, глаукома, периферический паралич лицевого нерва, мигрень.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,3—0,5 см.

ВМ8 цю-хоу («сзади глаза»)

Локализация: на нижнем крае орбиты, на $\frac{3}{4}$ расстояния от внутреннего до наружного угла глаза или при взгляде в сторону, под зрачком на краю орбиты.

Показания: острый и хронический конъюнктивит, слезотечение на ветру, ретинит, катаракта, миопия, гиперметропия, неврит зрительного нерва.

Техника: пункция косая, по направлению к углу глаза. Глубина укола 0,5—1,5 см.

ВМ9 тай-ян («солнце»)

Локализация: на уровне середины расстояния между наружным концом брови и наружным углом глаза и кзади от них на 1 цунь, в углублении.

Показания: заболевания глаз, головная боль, мигрень.
Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см. При мигрени рекомендуют вводить иглу подкожно до точки 8X1 шуай-гу.

BM10 эр-цзянь («верхушка уха»)

Локализация: в наивысшей точке ушной раковины, в конце складки, которая образуется при загибании уха кпереди.

Показания: трахома, глаукома, конъюнктивит, мигрень. По данным французских авторов, применяется при аллергии.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,1—0,2 см.

BM11 шан-лун (чжи-лун) («движущаяся точка»)

Локализация: кпереди от козелка ушной раковины, в середине линии, соединяющей точки 19VI тин-гун и 21(23)X эр-мэнь.

Показания: глухота.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

BM12 эрвей-цзинмай-синь-тяо

(«венозная точка позади уха»)

Локализация: (3 точки) на задней поверхности ушной раковины, на каждой из трех вен.

Показания: конъюнктивит, ячмень, гипертиреоз.

Техника: укалывание до появления капель крови.

BM13 и-мин («хранитель света»)

Локализация: у нижнего края сосцевидного отростка, на 1 цунь кзади от точки 17X и-фэн.

Показания: миопия, гиперметропия, катаракта, гемералопия, нарушения сна.

Техника: пункция вертикальная или косая, по направлению кпереди. Глубина укола 1—1,5 см.

BM14 шан-ин-сян («выше ин-сян»)

Локализация: на 0,5 цуня ниже внутреннего угла глаза.

Показания: аллергический, атрофический и гипертрофический риниты, озена, полипы носа, синусит, блефарит.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,3—0,5 см.

BM15 цзя-би («небесный столб»)

Локализация: на боковой стенке носа, на границе между костной и хрящевой частью.

Показания: аллергический, атрофический риниты, anosmia, фурункул носа.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,2—0,3 см.

BM16 би-лю («выделения из носа»)

Локализация: на середине между перегородкой и крылом носа.

Показания: ринит, ринорея, заложенность носа, гипосмия.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,3—0,5 см.

BM17 сань-сяо («вынужденный смех»)

Локализация: в середине носогубной складки, кнаружи и книзу от точки 20II ин-сян.

Показания: острый ринит, заложенность носа, фурункул носа, паралич или тик лицевых мышц.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,3—0,5 см.

BM18 цзя-чэн-цзян (хай-ляо, ся-ди-цан)
(«нижнечелюстное отверстие»)

Локализация: на месте пересечения вертикальной линии, проходящей через точку 4III ди-цан, и горизонтальной линии через точку 24XIV чэн-цзян.

Показания: пульпит, парадонтоз, гингивит, абсцесс губ, периферический паралич лицевого нерва.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,2—0,3 см.

BM19 ди-хэ («соединение дна рта»)

Локализация: в центре вершины подбородочного выступа.

Показания: боли зубов нижней челюсти, дерматозы лица, периферический паралич лицевого нерва.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,2—0,3 см.

BM20 цзинь-цзинь, юй-е
(«первая точка рта» точка слева называется
«золотой сок», справа — «живительная влага»)

Локализация: на двух подъязычных венах, которые находятся с обеих сторон от уздечки языка.

Показания: абсцесс языка и полости рта, изъязвления на языке, тонзиллит, афония.

Техника: укалывание до появления капель крови.

BM21 шан-лянь-цюань («верхний источник»)

Локализация: на 1 цунь выше точки 23XIV лян-цюань, над подъязычной костью. Точку находят при откинутой назад голове.

Показания: боль в области языка, стоматит.

Техника: пункция косая, по направлению к основанию языка. Глубина укола 1,5—2 см.

BM22 вай-цзин-цзинь, вай-юй-е
(«вторая точка рта» точка слева
называется «внешний золотой сок»,
справа — «внешняя живительная влага»)

Локализация: на 0,3 цуня кнаружи от точки 21BM. Точку находят при откинутой назад голове.

Показания: гиперсаливация, стоматит, афония (после инсульта), расстройства речи.

Техника: пункция косая, по направлению к основанию языка. Глубина укола 1,5—2 см.

ВМ23 хун-инь («сильный голос»)

Локализация: на 0,5 цуня кнаружи от точки 23XIV лян-цюань.
Показания: ангина, острый и хронический ларингит, немота.
Техника: вертикальная пункция. Глубина укола 0,3—0,5 см.

ВМ24 пан-лян-цюань («боковой источник»)

Локализация: в середине горизонтальной линии, соединяющей точку 23XIV лян-цюань и передний край грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Показания: отечность языка, глухонмота.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—1,5 см.

ВМ25 я-сюе («немая точка»)

Локализация: (4 точки) две находятся на передней поверхности шеи, две — на задней поверхности. Передние точки находятся между точками 9III жэнь-ин и 10III шуй-ту, на 0,2 цуня кнаружи от места пульсации сонной артерии, задние — на 0,4 цуня выше точки 20XI фэн-чи.

Показания: глухонмота.
Техника: для передних точек и для задних точек — пункция вертикальная. Глубина укола 1—1,5 см.

ВМ26 бянь-тяо (дун-фэн, бянь-тяо-ти) («миндалины»)

Локализация: под углом нижней челюсти, кпереди от общей сонной артерии.

Показания: тонзиллит.
Техника: вертикальная пункция. Глубина укола 1—1,5 см (осторожно — сонная артерия!).

ВМ27 ло-цзин («шея»)

Локализация: на границе верхней и средней трети грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Показания: кривошея, боли в затылочной области.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—1,5 см.

ВМ28 фэн-янь («скала ветров»)

Локализация: на 0,5 цуня кпереди от середины линии, соединяющей нижний край мочки уха и точку 16XIII фэн-фу. Точка находится кзади и книзу от точки ВМ13.

Показания: невроты — истерия, неврастения; мигрень.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

ВМ29 синь-ши («новый опыт»)

Локализация: на 1,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка III шейного позвонка.

Показания: напряжение мышц затылка, головная боль в затылочной области, боли в области спины и лопатки; боли в горле.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5—1 см.

ВМ30 бай-лао («стократная работа»)

Локализация: на 2 цуня выше и на 1 цунь кнаружи от точки 14ХІІІ да-чжуй.

Показания: кривошея, кашель, бронхит, бронхиальная астма, боли в затылочной области, послеродовая лихорадка.

Техника: вертикальная пункция. Глубина укола 0,5—1 см.

ВМ31 чун-гу («важная кость»)

Локализация: под острым отростком VI шейного позвонка.

Показания: грипп, малярия, ригидность и боли в области затылка и шеи, пневмония, трахеит, туберкулез легких, эпилепсия, тошнота.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

Передняя поверхность туловища

Эта область насчитывает 19 точек.

ВМ32 чи-сюе («красная точка»)

Локализация: на 1 цунь кнаружи от точки 21ХІV сюань-ци.

Показания: бронхиальная астма, кашель, плеврит, межреберная невралгия.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

ВМ33 тань-чуан («мокрота»)

Локализация: на 1,8 цуня кнаружи от точки 16ІІІ ин-чуан.

Показания: бронхиальная астма, трахеит, эмфизема легких, хронический бронхит.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

ВМ34 лун-хань («челюсть дракона»)

Локализация: на 1,5 цуня выше точки 15ХІV цзю-вэй.

Показания: гастралгия, боли в грудной клетке.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,3—0,5 см.

ВМ35 цзо-и, юй («левое благополучие,
правое благополучие»)

Локализация: на 1 цунь кнаружи от точки 18ІІІ жу-гэнь.

Показания: мастит, плеврит, межреберная невралгия.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

ВМ36 мэй-хуа («цветок сливы»)

Локализация: (5 точек) одна точка — 12ХІV чжун-вань, а 4 точки находятся на 0,25 цуня выше и ниже 19VІІІ инь-ду.

Показания: гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастралгия, диспепсия, боли в кишечнике, анорексия.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

BM52 бай-чжун-фэн («сто ветров»)

Локализация: на 2,3 цуня кнаружи от точки 14XIII да-чжуй.
Показания: метеоризм, крапивница, апоплексия.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5—1 см.

BM53 ба-хуа (13₁₋₃ лю-хуа) («восемь цветков»)

Локализация: (8 точек) местоположение зависит от ширины грудной клетки. Берут нить, равную по длине расстоянию между сосками, отрезают от нее $\frac{1}{4}$ часть; из оставшихся $\frac{3}{4}$ делают равносторонний треугольник. Если вершину треугольника наложить на точку 14XIII да-чжуй, то два других угла треугольника указывают на искомые две точки. Затем вершину треугольника устанавливают в середине между найденными точками и два нижних угла треугольника определяют последующие две точки. Подобным образом находят третью и четвертую пары точек.

Показания: бронхиальная астма, бронхит, туберкулез легких, астения, потливость, боли в суставах.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

BM54 цзюй-цзюе («точка большой чувствительности»)

Локализация: на верхнем крае лопатки с внутренней стороны, несколько ниже внутреннего угла. Больному рекомендуется обхватить рукой противоположное плечо, при этом кончик III пальца укажет на искомую точку.

Показания: боли в лопатке, истерия.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

BM55 эр-чжуй-ся (у-мин-сюе, синь-шу)
(«без названия»)

Локализация: в углублении под остистым отростком II грудного позвонка.

Показания: психические заболевания.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

BM56 цу-че («сбоку от столба»)

Локализация: на 0,5 цуня кнаружи от нижнего конца остистого отростка III грудного позвонка (совпадает с третьей точкой из BM85).

Показания: пневмония, хронический трахеит, бронхит, боли в грудной клетке, боли в области спины, поясницы, живота.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

BM57 цзюй-цзюе-шу (синь-шу)
(«громадные ворота башни — сочувственная точка»)

Локализация: в углублении под остистым отростком IV грудного позвонка.

Показания: бронхиальная астма, трахеит, бронхит, заболевания сердца, неврастения, межреберная невралгия.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

BM58 лян-янь («размер глаза»)

Локализация: на 1,5 цуня кнаружи от остистого отростка VI грудного позвонка. Находится в середине линии, соединяющей точки 15УП синь-шу и 16VII ду-шу.

Показания: острый конъюнктивит, язвы роговицы, ячмень.

Техника: цзю на больной стороне 10—20 мин.

BM59 ци-чуань («астма»)

Локализация: на 2 цуня кнаружи от остистого отростка VII грудного позвонка.

Показания: бронхиальная астма, плеврит, бронхит, трахеит, сердцебиение.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

BM60 инь-коу («серебряный рот»)

Локализация: в нижнем углу лопатки.

Показания: кровохарканье, пневмония, межреберная невралгия.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

BM61 ба-чжуй-ся («под восьмым позвонком»)

Локализация: под остистым отростком VIII грудного позвонка.

Показания: малярия, озноб и жар, сахарный диабет, бронхиальная астма.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

BM62 и-шу (вэй-гуань-ся-шу, ба-шу)

(«сочувственная точка для поджелудочной железы»)

Локализация: на 1,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка VIII грудного позвонка.

Показания: сахарный диабет, межреберная невралгия, плеврит, трахеит, бронхит, тошнота, рвота, боли в животе.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

BM63 шу-бянь («сбоку от центра»)

Локализация: на 1 цунь кнаружи от нижнего края остистого отростка X грудного позвонка.

Показания: желтуха, заболевания желчного пузыря, плеврит.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

BM64 чжо-юй («бассейн с мутной водой»)

Локализация: на 2,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка X грудного позвонка.

Показания: заболевания печени и желчного пузыря, анорексия, истерия.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

ВМ65 цзе-гу (цзе-цзи) («костное соединение»)

Локализация: в углублении под остистым отростком XII грудного позвонка.

Показания: выпадение прямой кишки, гастралгия, боли в кишечнике, диспепсия, энтероколит, эпилепсия. Применяется в педиатрии.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

ВМ66 пи-гэнь («опухоль селезенки»)

Локализация: на 3,5 цуня кнаружи от остистого отростка 1 поясничного позвонка.

Показания: гепатоспленомегалия, гастралгия, боли в области поясницы, нефрит.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—1,5 см.

ВМ67 сюе-чоу («горе с кровью»)

Локализация: над остистым отростком II поясничного позвонка, между точками 4XIII мин-мэнь и 5XIII сюань-шу.

Показания: мелена, носовое кровотечение, кровохарканье. Применяют при заболеваниях, которые протекают со склонностью к кровотечениям.

Техника: цзю 15—20 мин.

ВМ68 чан-фэн («кишечные газы»)

Локализация: на 1 цунь кнаружи от нижнего края остистого отростка II поясничного позвонка.

Показания: геморрой, гастралгия, ночной энурез, сперматорея, детская полидипсия, истерия.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—1,5 см.

ВМ69 сюе-фу (цзи-цзюй-пи-куай)

(«скопление узлов селезенки»)

Локализация: на 4 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка II поясничного позвонка.

Показания: гепатоспленомегалия, энтероколит, гастралгия, боли в кишечнике, диспепсия, воспаление яичника.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—1,5 см.

ВМ70 чжу-чжан («бамбуковый стебель»)

Локализация: над остистым отростком III поясничного позвонка.

Показания: воспаление в области пупка у детей, мелена, энтероколит, выпадение прямой кишки, геморрой, боли в поясничной области, анорексия.

Техника: цзю 20—30 мин.

ВМ71 ся-цзи-шу

(«сочувственная точка для нижней части»)

Локализация: в углублении под остистым отростком III поясничного позвонка.

Показания: заболевания тазовых органов, боли в поясничной области, цистит, геморрой.

Техника: пункция косая, глубина укола 0,5—1 см.

ВМ37 ши-цан («продуктовая лавка»)

Локализация: на 3 цуня кнаружи от точки 12XIV чжун-вань.
Показания: гастралгия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, боли в кишечнике, диспепсия, геморрагии, анорексия.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

ВМ38 ши-гуань («преграда для пищи»)

Локализация: на 1 цунь кнаружи от точки 11XIV цзянь-ли.
Показания: гастрит, гастралгия, язвенная болезнь желудка, боли в кишечнике, диспепсия, энтерит, частая отрыжка, нефрит.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

ВМ39 ци-сы-бянь (сань-цзяо-цзю) («приют души»)

Локализация: на 1 цунь кнаружи от точки 8XIV шэнь-цзюе.
Показания: дизентерия, энтерит, боли в кишечнике, гастралгия, диспепсия.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

ВМ40 хэн-вэнь («поперечная складка»)

Локализация: на 0,5 цуня кнутри от точки 15IV да-хэн.
Показания: общая слабость, усиленное потоотделение.
Техника: цзю 3—5 мин.

ВМ41 ци-чжун («центр энергии»)

Локализация: на 1,5 цуня кнаружи от точки 6XIV ци-хай.
Показания: боли и урчание в животе, метеоризм, анемия.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

ВМ42 цзин-чжун («центр меридиана»)

Локализация: на 3 цуня кнаружи от точки 6XIV ци-хай.
Показания: запор, энтерит, затруднение мочеиспускания, дисменорея, перитонит.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

ВМ43 вай-сы-мань («кнаружи от точки сы-мань»)

Локализация: на 1 цунь кнаружи от точки 14VIII сы-мань.
Показания: дисменорея.
Техника: цзю 5—10 мин.

ВМ44 цзюе-инь («бесплодие»)

Локализация: на 0,3 цуня ниже точки 5XIV ши-мэнь.
Показания: бесплодие, понос у детей.
Техника: цзю 5—10 мин.

BM45 и-цзин («сперматорея»)

Локализация: на 1 цунь кнаружи от точки 4XIV гуань-юань.

Показания: сперматорея, преждевременная эякуляция, импотенция, экзема мошонки.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

BM46 ци-мэнь («ворота энергии»)

Локализация: на 3 цуня кнаружи от точки 4XIV гуань-юань.

Показания: геморрагия, эпилепсия, бесплодие, орхит, цистит.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

BM47 вэй-бао («охрана матки»)

Локализация: на 6 цуней кнаружи от точки 4XIV гуань-юань, в углублении.

Показания: опущение матки.

Техника: пункция косая по направлению к паховой складке. Глубина укола 2—3 см.

BM48 чан-и («кишечные отбросы»)

Локализация: на 2,5 цуня кнаружи от точки 3XIV чжун-цзи.

Показания: запор, орхит, боли в половом члене, дисменорея, бели, аднексит.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

BM49 цзы-гун («матка»)

Локализация: на 3 цуня кнаружи от точки 3XIV чжун-цзи.

Показания: опущение матки, дисменорея, эндометрит, бесплодие.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

BM50 тин-тоу («вершина павильона»)

Локализация: на 0,5 цуня ниже точки 12VIII да-хэ.

Показания: опущение матки.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

Задняя поверхность туловища

Эта область насчитывает 35 точек.

BM51 чуань-си («успокаивающая кашель»)

Локализация: на 1 цунь кнаружи от точки 14XIII да-чжуй.

Показания: одышка, кашель, крапивница.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

BM72 хоу-ци-мэнь
(«ворота для позднего времени»)

Локализация: на задневерхней части гребня подвздошной кости. Для нахождения точки отыскивают середину линии, соединяющей нижний конец копчика и большой вертел бедренной кости и проводят через нее перпендикуляр. В месте пересечения перпендикуляра с гребнем подвздошной кости находится искомая точка.

Показания: боли в области поясницы и бедра; применяется также для облегчения родов.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2—3 см.

BM73 яо-и («для здоровья поясницы»)

Локализация: на 3 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка IV поясничного позвонка.

Показания: люмбалгия, метроррагия.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

BM74 яо-янь («глаз поясницы»)

Локализация: на 3,8 цуня кнаружи от остистого отростка IV поясничного позвонка.

Показания: люмбалгия, орхит, гинекологические заболевания.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

BM75 ши-ци-чжуй-ся («под семнадцатым позвонком»)

Локализация: в углублении под остистым отростком V поясничного позвонка.

Показания: люмбалгия, ишиас, паралич нижних конечностей, гинекологические заболевания.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

BM76 чжун-кун («впадина»)

Локализация: на 3,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка V поясничного позвонка.

Показания: люмбалгия.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

BM77 яо-чэнь («основание поясницы»)

Локализация: на 3 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка I крестцового позвонка.

Показания: боли в суставах ног.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 3 см.

BM78 цзю-ци («ветвь для голубя»)

Локализация: в углублении под остистым отростком I крестцового позвонка.

Показания: метроррагия.

Техника: цзю 20—30 мин.

BM79 яо-ци («чудо крестца»)

Локализация: в углублении под остистым отростком II крестцового позвонка.

Показания: эпилепсия.

Техника: пункция косая, по направлению кверху. Глубина укола 1—2 см.

BM80 ся-чжуй («нижний позвонок»)

Локализация: в углублении под остистым отростком III крестцового позвонка.

Показания: геморрой, поллакиурия, дисменорея, энтероколит, гонорея.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

BM81 юй-тянь («поле нефрита»)

Локализация: под остистым отростком IV крестцового позвонка.

Показания: люмбалгия, боли в крестцовой области; применяется также для облегчения родов.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

BM82 пинь-сюе-лин («превосходно для анемии»)

Локализация: над остистым отростком V крестцового позвонка, несколько ниже точки BM81.

Показания: анемия, боли в крестцовой области.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см или цзю 10—20 мин.

BM83 тунь-чжун («середина ягодицы»)

Локализация: на вершине равностороннего треугольника, основание которого образовано линией, соединяющей большой вертел бедренной кости с бугром седалищной кости.

Показания: ишиас, паралич нижних конечностей, болезнь Литтля, зябкость стоп, крапивница.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2—3 см.

BM84 хуань-чжун («центр круга»)

Локализация: на середине линии, соединяющей точку 2XIII яо-шу с точкой 30XI хуань-тяо.

Показания: ишиас, люмбалгия, боли в ногах.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2—3 см.

BM85 хуато-цзя-цзи (цзя-цзи, хуа-цзи)
(«паравертебральные точки по Ниа Тио»)

Локализация: 17 точек с каждой стороны (всего 34 точки). Находятся на 0,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка каждого грудного и поясничного позвонка.

Показания: туберкулез легких, бронхиальная астма, заболевания печени, желчных путей, желудочно-кишечного тракта, мочеполовых органов, невралгия, люмбалгия, паралич конечностей.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см или цзю. Можно вводить иглу горизонтально для одновременного воздействия на несколько точек. Применяют также многоигльчатое раздражение.

Рука

Эта область насчитывает 44 точки.

BM86 ши-сюань («десять признаков»)

Локализация: 10 точек. Находятся на кончике каждого пальца руки, на 0,3 см отступя от ногтя.

Показания: оказание неотложной помощи, кома, солнечный удар, судороги у детей, истерия, эпилепсия.

Техника: укальвание до появления капель крови.

BM87 му-чи-ян («кончик большого пальца»)

Локализация: на кончике I пальца руки, на 0,3 см отступя от ногтя (совпадает с точкой I пальца BM86).

Показания: отеки при заболеваниях почек.

Техника: поверхностное укальвание. Глубина 0,1—0,2 см.

BM88 сяо-чи-ян («кончик мизинца»)

Локализация: на кончике V пальца, на 0,3 см отступя от ногтя (совпадает с точкой V пальца BM86).

Показания: желтуха, коклюш.

Техника: поверхностное укальвание. Глубина 0,1—0,2 см.

BM89 фэн-гуань («ворота для ветра»)

Локализация: на ладонной поверхности II пальца, в середине поперечной межфаланговой складки между проксимальной и средней фалангами (совпадает с точкой II пальца BM94).

Показания: судороги у детей.

Техника: укальвание до появления капель крови.

BM90 цзю-дянь-фэн («мокса при эпилепсии»)

Локализация: на ладонной поверхности III пальца, в середине поперечной межфаланговой складки между дистальной и средней фалангами.

Показания: эпилепсия, витилиго.

Техника: цзю (мокса) 10—15 мин.

BM91 му-чжи-цзе-хэн-вэнь («поперечная складка сустава большого пальца»)

Локализация: на ладонной поверхности I пальца, в середине поперечной межфаланговой складки.

Показания: крыловидная плева, помутнение роговицы.

Техника: цзю 5—10 мин.

ВМ92 фэн-янь («глаза феникса»)

Локализация: на ладонной поверхности I пальца, у наружного края поперечной межфаланговой складки.

Показания: гемералопия, контрактура пальцев рук.

Техника: поверхностное укалывание. Глубина укола 0,1—0,2 см.

ВМ93 мин-янь («светлые глаза»)

Локализация: на ладонной поверхности I пальца, у внутреннего края поперечной межфаланговой складки.

Показания: гемералопия, конъюнктивит, тонзиллит, заболевания желудочно-кишечного тракта у детей.

Техника: поверхностное укалывание. Глубина укола 0,1—0,2 см.

ВМ94 сы-фэн («четыре шва»)

Локализация: (8 точек) на ладонной поверхности II—III—IV—V пальцев, в середине поперечной межфаланговой складки, между проксимальной и средней фалангами (точка II пальца совпадает с точкой ВМ89).

Показания: диспепсия у детей, похудание вследствие хронической диспепсии, коклюш.

Техника: поверхностное укалывание. Глубина укола 0,1—0,2 см.

ВМ95 шоу-чжун-пин («плоскость середины кисти»)

Локализация: на ладонной поверхности III пальца в середине пястно-фалангового сустава.

Показания: стоматит.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,2—0,3 см.

ВМ96 пан-лао-гун («сбоку от дворца труда»)

Локализация: на ладони на 0,5 цуня кнаружи от точки 81X лао-гун.

Показания: тонзиллит.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3—0,5 см.

ВМ97 нэй-ян-чи («внутренний ян-чи»)

Локализация: на ладони, на 1 цунь ниже середины лучезапястной складки, приблизительно напротив и на 1 цунь ниже точки 4X ян-чи.

Показания: трещины на языке, заболевания полости рта, ангина, боли в гортани и глотке, судороги у детей.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3—0,5 см.

ВМ98 бань-мэнь («ворота»)

Локализация: на ладони, на 1 цунь кнутри от точки 101 юй-цзи.

Показания: тонзиллит, ларингит, зубная боль.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5—1 см.

BM99 сань-шан («три торговца»)

Локализация: (3 точки) 1-я точка лао-шан находится на внутреннем крае I пальца руки, на 0,3 см отступя от угла ногтя; 2-я точка — чжун-шан находится на середине тыльной поверхности концевой фаланги I пальца на 0,3 см отступя от ногтя; 3-я точка совпадает с точкой III шао-шан.

Показания: грипп, боли в глотке и гортани, заболевания полости рта, паротит.

Техника: укалывание до появления капель крови.

BM100 да-гу-кун («полость большой кости»)

Локализация: на тыльной поверхности I пальца руки, в середине складки межфалангового сустава.

Показания: заболевания глаз.

Техника: цзю 5—7 мин.

BM101 чжун-куй («средний великан»)

Локализация: на тыльной поверхности III пальца, в середине складки дистального межфалангового сустава.

Показания: зубная боль, анорексия, гастралгия, отрыжка, витилиго.

Техника: цзю 5—7 мин.

BM102 сяо-гу-кун («полость малой кости»)

Локализация: на тыльной поверхности V пальца, в середине складки дистального межфалангового сустава.

Показания: заболевания глаз, глухота, боли в суставах пальцев рук.

Техника: цзю 5—7 мин.

BM103 и-шань-мэнь («первая створка ворот»)

Локализация: на тыльной поверхности кисти, в середине между основанием II и III пальцев.

Показания: заболевания глаз, экзема с сильным зудом, лихорадка.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,3—0,5 см.

BM104 эр-шань-мэнь («вторая створка ворот»)

Локализация: на тыльной поверхности кисти в середине между основанием III и IV пальцев.

Показания: те же, что для BM103.

Техника: см. BM103.

BM105 сяо-чжи-цзе («сустав мизинца»)

Локализация: на тыльной поверхности кисти, на головке V пястной кости.

Показания: хронические заболевания желудка.

Техника: цзю 5—7 мин.

ВМ106 цюань-цзянь («вершина кулака»)

Локализация: на тыльной поверхности кисти, на головке III пястной кости.

Показания: заболевания глаз.

Техника: цзю 5—10 мин.

ВМ107 ба-се («восемь демонов»)

Локализация: (8 точек: 4 — на правой кисти, 4 — на левой) на тыльной поверхности кисти между головками пястных костей.

Показания: артриты пальцев, отечность тыльной поверхности кисти, онемение и боли в пальцах рук, головная боль, зубная боль, укусы змей.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см или укалывание до появления капель крови.

ВМ108 ло-чжэнь (сян-цянь) («прострел»)

Локализация: на тыльной поверхности кисти между II и III пястными костями, на 0,5 цуня выше пястно-фалангового сустава.

Показания: боли в затылочной области, в лопатке, плече и руке, боли в гортани и глотке, гастралгия.

Техника: пункция вертикальная или косая. Глубина укола 0,5—1 см.

ВМ109 вай-лао-гун («внешний дворец труда»)

Локализация: на тыльной поверхности кисти в промежутке между III и IV пястными костями, в середине вертикальной линии, соединяющей головку III пястной кости и складку запястья. Расположена напротив точки 81X лао-гун.

Показания: парестезии, парез руки, отечность тыльной поверхности кисти, гастроэнтерит.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3—0,5 см.

ВМ110 вэй-лин («величественная душа»)

Локализация: на тыльной поверхности кисти в проксимальном углу между II и III пястными костями.

Показания: судороги у детей, головная боль, головокружение, шум в ушах, мелькание в глазах, отечность тыльной поверхности кисти.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3—0,5 см.

ВМ111 цзин-лин («звучащая душа»)

Локализация: на тыльной поверхности кисти в проксимальном углу между IV и V пястными костями, в углублении.

Показания: те же, что для ВМ110.

Техника: см. ВМ110.

BM112 шоу-цзин-мэнь («золотые ворота руки»)

Локализация: на внутренней поверхности предплечья на 3,5 цуня выше середины лучезапястной складки. Точка находится на 1,5 цуня выше точки 61X нэй-гуань.

Показания: аднексит.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5—1 см.

BM113 дин-шу («соответственная точка для карбункулов»)

Локализация: на внутренней поверхности предплечья, на 4 цуня выше точки 7V шэнь-мэнь.

Показания: карбункулы.

Техника: цзю 5—15 мин.

BM114 эр-бай («два белых»)

Локализация: (2 точки) на внутренней поверхности предплечья, на 4 цуня выше середины лучезапястной складки; 1-я точка расположена между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя кисти; 2-я точка находится снаружи от сухожилия лучевого сгибателя кисти.

Показания: геморрой, выпадение прямой кишки, невралгия нервов предплечья.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5—1 см.

BM115 би-чжун (чжи-тань) («середина предплечья»)

Локализация: на внутренней поверхности предплечья между лучевой и локтевой костями; в середине линии, соединяющей центр лучезапястной складки со складкой локтевого сгиба.

Показания; паралич и контрактура верхних конечностей, невралгия нервов предплечья, истерия.

Техника: пункция вертикальная. Рекомендуется проникающая пункция до наружной поверхности предплечья.

BM116 цзэ-ся («ниже пруда»)

Локализация: на внутренней поверхности предплечья, на 2 цуня ниже точки 51 чи-цзэ.

Показания: зубная боль, боли в предплечье, фурункулез верхних конечностей, геморрой.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—1,5 см.

BM117 цзэ-цянь («перед прудом»)

Локализация: на внутренней поверхности предплечья, на 1 цунь ниже точки 51 чи-цзэ и на 0,5 цуня внутри от меридиана легких. Точка расположена на линии, проходящей через III палец руки.

Показания: парез верхних конечностей, боли в предплечье, зоб.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—1,5 см.

ВМ118 чжун-цюань («средний источник»)

Локализация: на тыльной поверхности запястья между точками 5П ян-си и 4Х ян-чи, в углублении.

Показания: боли в грудной клетке, чувство удушья, гастралгия, артрит лучезапястного сустава, истерия, крыловидная плева.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3—0,5 см.

ВМ119 цунь-пин («на высоте дюйма»)

Локализация: на 1 цунь выше середины складки тыльной поверхности лучезапястного сустава и на 0,4 цуня кнаружи. Точка находится на 1 цунь выше точки ВМ118.

Показания: шок, сердечная недостаточность.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5—1 см.

ВМ120 ся-вэнь-лю («под теплым течением»)

Локализация: на тыльной поверхности предплечья, на 2 цуня выше точки 5П ян-си. Точка расположена на меридиане П (толстой кишки).

Показания: боль зубов нижней челюсти.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,2—0,3 см.

ВМ121 чи-жао («локтевая кость и лучевая кость»)

Локализация: на тыльной поверхности предплечья между локтевой и лучевой костями, на 6 цуней выше середины складки лучезапястного сустава.

Показания: невротическое состояние.

Техника: пункция вертикальная. Рекомендуются проникающая пункция до внутренней поверхности предплечья.

ВМ122 цюй-ян-вэй («лечение бессилия»)

Локализация: в углублении, несколько кнаружи от наружного края складки локтевого сгиба. Точку отыскивают при согнутой в локтевом суставе руке.

Показания: психические заболевания.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—2 см.

ВМ123 сань-чи («три пруда»)

Локализация: (3 точки) одна точка — 11П цюй-чи и 2 точки расположены на 1 цунь выше и ниже этой точки.

Показания: боли в руке и в локтевом суставе, паралич верхних конечностей, хронический синусит, ринит.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5—1,5 см.

ВМ124 чжоу-шу («сочувственная точка для локтя»)

Локализация: на задней поверхности локтя, между отростком локтевой кости и наружным надмышечком плечевой кости. Точка отыскивается при согнутой в локтевом суставе руке.

Показания: боли в локтевом суставе.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,2—0,3 см.

BM125 е-лин («чудесная подмышечная впадина»)

Локализация: кпереди от подмышечной ямки, на 0,5 цуня выше переднего края подмышечной складки. Точка отыскивается при опущенных руках.

Показания: невротическое состояние, боли в плече и лопатке.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2—3 см.

BM126 тянь-лин («небесное чудо»)

Локализация: кпереди от подмышечной ямки, на 0,5 цуня кпереди от вертикальной линии, проходящей через передний край подмышечной складки и на 1 цунь выше уровня подмышечной складки. Точка отыскивается при опущенных руках.

Показания: невротическое состояние, боли в плече и лопатке.

Техника: пункция косая, по направлению кнаружи. Глубина укола 2—3 см.

BM127 цзянь-шу («сочувственная точка для плеча»)

Локализация: на передней поверхности плечевого сустава, в середине линии, соединяющей точки 2I юнь-мэнь и 15II цзянь-юй.

Показания: периартрит плечевого сустава, боли в плече и лопатке.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—1,5 см.

BM128 юй-цянь («перед плечом»)

Локализация: на середине расстояния между точками BM127 цзянь-шу и 15II цзянь-юй, в углублении.

Показания: боли в плече и лопатке, ограничение движений руки кверху.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3—1 см.

BM129 хоу-е («позади подмышечной складки»)

Локализация: на заднем крае подмышечной складки.

Показания: ограничение движений руки кверху, шейный лимфаденит, тонзиллит.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5—1 см.

Нога

Эта область насчитывает 42 точки.

BM130 ли-нэй-тин («под нэй-тин»)

Локализация: на подошве, в углублении между II и III плюсневой костью, приблизительно на 1 цунь отступя от плюснефаланговой складки.

Показания: боли в пальцах стопы, судороги у детей при гипокальциемии, эпилепсия.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3—0,5 см.

ВМ131 му-чжи-ли-хэн-вэнь

(«поперечная складка под большим пальцем стопы»)

Локализация: на подошве, в середине плюснефаланговой складки I пальца стопы.

Показания: орхит.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,2—0,3 см.

ВМ132 цянь-хоу-инь-чжу

(«передняя и задняя скрытые жемчужины»)

Локализация: (2 точки) на подошве, на 0,5 цуня кпереди и кзади от точки 1VIII юн-цюань.

Показания: дерматозы стопы, контрактуры нижних конечностей, боли в подошве, сердцебиение, артериальная гипертония, гипокальциемия у детей.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3—0,5 см.

ВМ133 цзу-синь («середина подошвы»)

Локализация: на подошве, на 1 цунь кзади от точки 1VIII юн-цюань.

Показания: метроррагия, головная боль, судороги икроножных мышц, сокращения матки при беременности двойней.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5—1 см.

ВМ134 ши-мянь («Бессонница»)

Локализация: на подошве, в центре пятки.

Показания: нарушение сна, боли в пятке.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,1—0,3 см.

ВМ135 сяо-чи-ян («кончик мизинца стопы»)

Локализация: на кончике V пальца стопы, на 0,3 см отступя от ногтя.

Показания: головная боль, головокружение, трудные роды.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,1—0,2 см.

ВМ136 му-чжи-хэнли-сань-мао

(«три волоса большого пальца стопы»)

Локализация: на тыльной поверхности I пальца стопы, несколько ниже середины основания ногтя, на 0,3—0,5 см отступя от линии межфалангового сустава.

Показания: носовое кровотечение, гастралгия, орхит.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,2—0,3 см.

BM137 ба-фэн («восемь ветров»)

Локализация: (8 точек, по 4 точки на каждой стопе); на тыльной поверхности стопы между соседними головками плюсневых костей. К указанным точкам относятся точки 44III нэй-тин, 43XI ся-си, 2XII син-цзянь.

Показания: головная боль, зубная боль, малярия, дисменорея, отечность тыльной поверхности стопы, артриты суставов пальцев ног, бронхиальная астма, укусы змеи.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см или укалывание до появления капель крови.

BM138 нюй-си («женское колено»)

Локализация: на задней поверхности пятки в середине пяточной кости, в месте прикрепления ахиллова сухожилия.

Показания: гингивит, пиорея.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,2—0,3 см.

BM139 цюань-шэн-цзу («начало ноги»)

Локализация: на задней поверхности пятки у середины верхнего края пяточной кости, на ахилловом сухожилии.

Показания: люмбалгия, тошнота, изжога, трудные роды.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,2—0,3 см.

BM140 тай-инь-цяо («возбудитель большого инь»)

Локализация: в углублении под внутренней лодыжкой, на 0,3 цуня выше точки 6VIII чжао-хай.

Показания: дисменорея, метроррагия, бели, опущение матки, бесплодие, заболевание тазовых органов, боли в глазах, зубная боль, болезнь бери-бери.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3—0,5 см.

BM141 ся-кунь-лунь (нэй-кунь-лунь)
(«под горой»)

Локализация: на наружной поверхности стопы, на 1 цунь ниже точки 60VII кунь-лунь.

Показания: люмбалгия, боли в ноге, гемиплегия.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3—0,5 см.

BM142 лань-вэй-сюе («аппендикс»)

Локализация: на 2 цуня ниже точки 36III цзу-сань-ли.

Показания: острый и хронический аппендицит, слабость в ногах, гемипарез.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2—3 см.

ВМ143 цзу-чжун-пин («средняя часть ноги»)

Локализация: на 1 цунь ниже точки 36III цзу-сань-ли.
Показания: невротическое состояние.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 3—4 см.

ВМ144 си-ся («под коленом»)

Локализация: под верхушкой надколенной чашечки, на связке надколенника.

Показания: боли в области большеберцовой кости, судороги икроножных мышц.

Техника: цзю 5—10 мин.

ВМ145 си-янь («глаз колена»)

Локализация: (2 точки) в углублении с обеих сторон от верхушки надколенной чашечки. Точка, расположенная снаружи, совпадает с локализацией 35III ду-би.

Показания: артроз и артрит коленного сустава.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,7—1 см (или горизонтально — от одной точки до другой).

ВМ146 нэй-хуай-цзянь

(«вершина внутренней лодыжки»)

Локализация: на наиболее выступающей части медиальной лодыжки.

Показания: зубная боль, тонзиллит, судороги в области внутренней поверхности ног.

Техника: цзю 1—3 мин.

ВМ147 чжи-чжуань-цзинь

(«лечение растяжения сухожилия»)

Локализация: на середине верхнего края медиальной лодыжки.

Показания: судороги икроножных мышц, контрактуры, боли в крестцовой области.

Техника: цзю 5—7 мин.

ВМ148 шао-ян-вэй («сохранение малого ян»)

Локализация: на 0,75 цуня выше верхнего края медиальной лодыжки.

Показания: экзема голени, парез нижних конечностей.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

ВМ149 чэн-мин («подчиняться приказу»)

Локализация: на 3 цуня выше точки 3VIII тай-си.

Показания: отеки на ногах, эпилепсия, психические заболевания.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

BM150 цзяо-и («хорошие манеры»)

Локализация: на 5 цуней выше точки BM146.

Показания: дисменорея, бели, боли в области тазовых органов, анурия.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

BM151 вай-хуай-цзянь

(«вершина наружной лодыжки»)

Локализация: на наиболее выступающей части латеральной лодыжки.

Показания: зубная боль, тонзиллит, контрактура пальцев стоп, болезнь бери-бери, гонорея.

Техника: укалывание до появления капель крови.

BM152 дань-нан-сюе (дань-нан-дянь)

(«точка желчного пузыря»)

Локализация: приблизительно на 0,6 цуня ниже точки 34XI ян-лин-цюань.

Показания: острый и хронический холецистит, желчнокаменная болезнь, аскаридоз желчных путей.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2—3 см.

BM153 лин-хоу («позади бугра»)

Локализация: в углублении, книзу и кзади от головки малоберцовой кости, напротив точки 34XI ян-лин-цюань.

Показания: паралич нижних конечностей, артрит коленного сустава.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2—3 см.

BM154 лин-хоу-ся («ниже и позади бугра»)

Локализация: на 0,5 цуня ниже точки BM153.

Показания: ишиас, артрит коленного сустава.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2—3 см.

BM155 си-вай («за коленом»)

Локализация: у наружного края подколенной складки, несколько кнаружи от точки 39(53) VII вэй-ян.

Показания: боли в коленном суставе, трофические язвы голени.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—1,5 см.

BM156 хэ-дин («вершина венца»)

Локализация: в середине верхнего края надколенной чашечки, в углублении. Точку отыскивают при согнутой в коленном суставе ноге.

Показания: боли в коленном суставе, паралич нижних конечностей, слабость в ногах, экзема.

Техника: пункция вертикальная или косая. Глубина укола 0,5—1 см.

BM157 куань-гу («бедренная кость»)

Локализация: (2 точки) на 1,5 цуня справа и слева от точки 34III лян-цю.
Показания: артрит коленного сустава, боли в ноге.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

BM158 шэнь-си («почечная система»)

Локализация: на 1 цунь ниже точки 32III фу-ту.
Показания: сахарный диабет.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

BM159 гуань-ту («преграда для трусов»)

Локализация: на передней поверхности бедра, на середине линии, соединяющей точки 32III фу-ту и 31III би-гуань.
Показания: боли в бедре, гастралгия, энтероколит.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

BM160 ляо-ляо («чаша»)

Локализация: на внутренней поверхности колена, в наиболее выступающей части внутреннего надмыщелка бедренной кости.
Показания: дисменорея, менометроррагия, экзема на внутренней поверхности ноги.
Техника: пункция косая. Глубина укола 1—1,5 см.

BM161 да-лунь («большое колесо»)

Локализация: на внутренней поверхности бедра, на 1 цунь выше точки BM160.
Показания: артрит коленного сустава.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2—3 см.

BM162 цзу-мин («благополучие ног»)

Локализация: на внутренней поверхности бедра, приблизительно на 1,2 цуня выше точки BM161.
Показания: артрит коленного сустава.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2—3 см.

BM163 бай-чун-во («гнездо тысячи червей»)

Локализация: на 1 цунь выше точки 10IV сюе-хай.
Показания: крапивница, экзема.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2—3 см.

BM164 цзу-ло («нога в корзине»)

Локализация: на внутренней поверхности бедра, на 3 цуня выше точки BM161.
Показания: родовые боли, дисменорея, артрит коленного сустава, контрактура нижних конечностей.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2—3 см.

BM165 чэн-гу («выросшая кость»)

Локализация: на наружной поверхности колена, в наиболее выступающей части наружного надмыщелка бедренной кости.

Показания: люмбагия, боли в крестцовой области, артрит коленного сустава.

Техника: укалывание до появления капель крови.

BM166 инь-вэй 1 («равновесие инь 1»)

Локализация: на 1 цунь выше наружного края подколенной складки.

Показания: истерические параличи, психические заболевания.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 3—4 см.

BM167 инь-вэй 2 («равновесие инь 2»)

Локализация: на 2 цуня выше наружного края подколенной складки.

Показания: те же, что и для BM166.

Техника: см. BM166.

BM168 инь-вэй 3 («равновесие инь 3»)

Локализация: на 3 цуня выше наружного края подколенной складки.

Показания: те же, что и для BM166.

Техника: см. BM166.

BM169 сы-лянь («четыре соединения»)

Локализация: на 4 цуня выше наружного края подколенной складки.

Показания: психические заболевания.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 3—4 см.

BM170 у-лин («пять чудес»)

Локализация: на 5 цуней выше наружного края подколенной складки.

Показания: психические заболевания.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 3—4 см.

BM171 лин-бао («сокровище души»)

Локализация: на 6 цуней выше наружного края подколенной складки.

Показания: психические заболевания.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 3—4 см.

§ 2. «Новые» точки

«Новые» точки во французской литературе описываются под названием Points nouveaux (PN), а в немецкой — Neuen Punkte (Neu-P). Количество «новых» точек — 110 (рис. 68, 69, 70). По местоположению они подразделя-

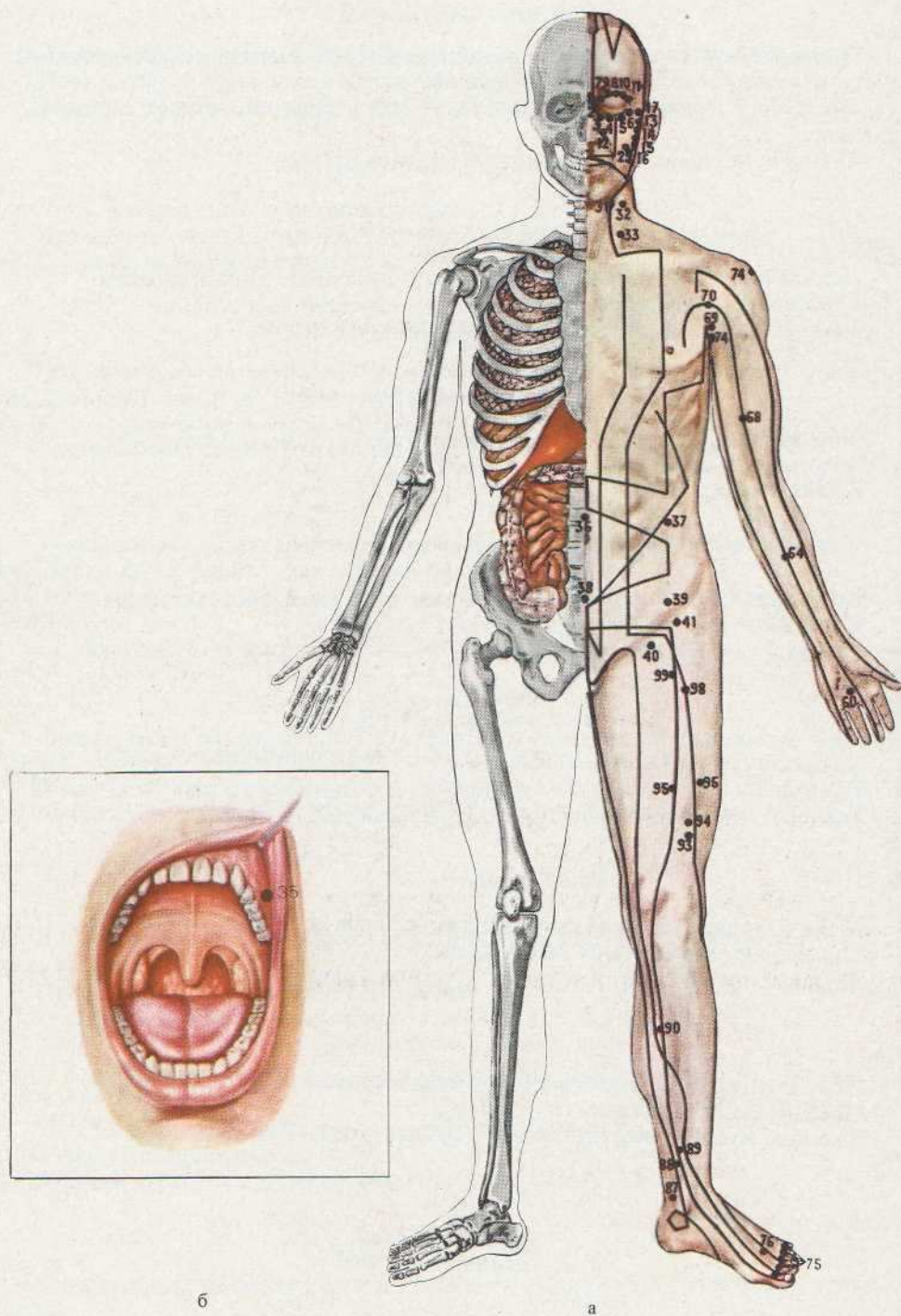
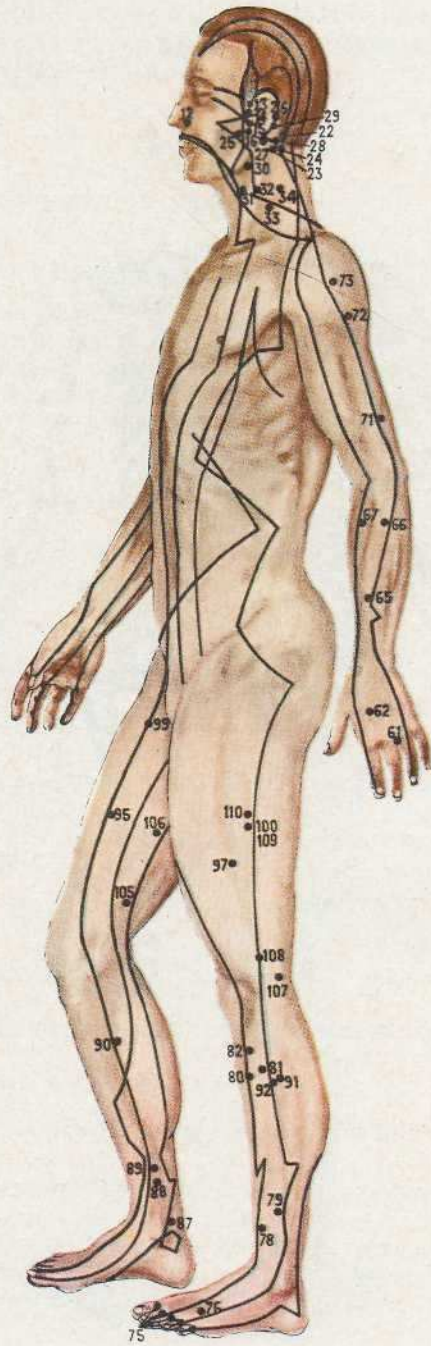


Рис. 68.

а — Проекция «новых» точек на передней поверхности тела человека;
 б — локализация «новой» точки N35 цзя-нэй (цзя-ли).



Проекция «новых» точек на боковой поверхности тела человека.

Рис. 69.

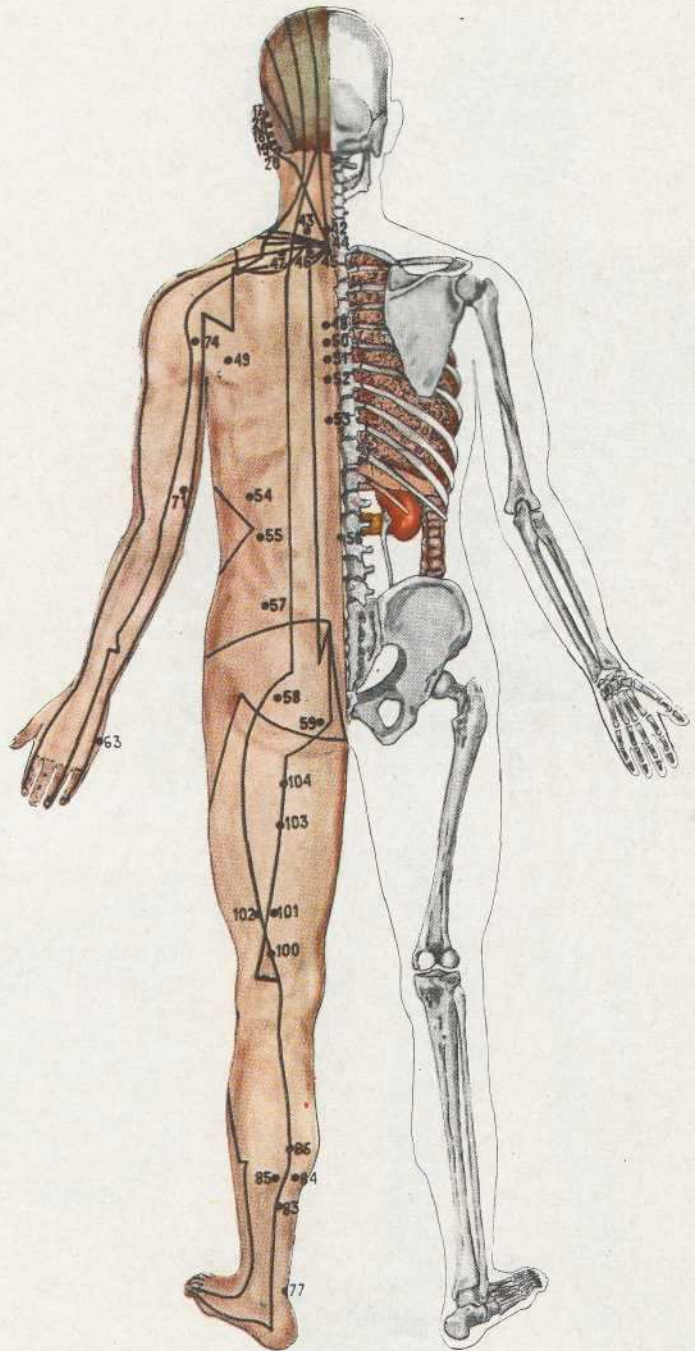


Рис. 70.

Проекция «новых» точек на задней поверхности тела человека.

ются на пять областей: 1) голова и шея (Н1—Н35); 2) передняя поверхность туловища (Н36—Н41); 3) задняя поверхность туловища (Н42—Н59); 4) рука (Н60—Н74); 5) нога (Н75—Н110).

Голова и шея

Эта область насчитывает 35 точек.

Н1 шан-цин-мин (ней-мин) («верхний цин-мин»)

Локализация: на 0,5 см выше точки I VII цин-мин.

Показания: слезотечение на ветру, помутнение роговицы, снижение остроты зрения, аномалия рефракции.

Техника: укалывание вдоль стенки орбиты, по направлению к ее верхнему краю. Глубина укола до 1—1,5 см.

Н2 ся-цин-мин (цин-ся) («нижний цин-мин»)

Локализация: на 0,5 см ниже точки I VII цин-мин.

Показания: те же, что и для Н1.

Техника: см. Н1.

Н3 цзянь-мин (ши-лин, цзянь-ян)

(«лучшая видимость», «сияние бархатных глаз»)

Локализация: на 0,5 см ниже точки Н2, на нижнем крае орбиты.

Показания: катаракта, атрофия зрительного нерва, ретинит, гемералопия, косоглазие, дакриоцистит.

Техника: укалывание вдоль стенки орбиты, по направлению к верхнему краю. Глубина укола 1—1,5 см.

Н4 цзянь-мин 1 («лучшая видимость 1»)

Локализация: на середине расстояния между точками Н3 и I III чэн-ци на нижнем крае орбиты.

Показания: крыловидная плева, язва роговицы, паннус (при трахоме, экземе).

Техника: та же, что и для Н3.

Н5 цзянь-мин 2 («лучшая видимость 2»)

Локализация: на середине расстояния между точками ВМ8 и I III чэн-ци, на нижнем крае орбиты.

Показания: помутнение роговицы, атрофия зрительного нерва, хориоидит, ретинит, язвы роговицы, гемералопия, дакриоцистит.

Техника: та же, что и для Н3.

Н6 цзянь-мин 3 («лучшая видимость 3»)

Локализация: на 0,8 см выше и снаружи от точки ВМ8 и на 0,5 см ниже точки ВМ7, у внутренней стороны наружного края орбиты.

Показания: косоглазие.

Техника: укалывание вдоль стенки глазницы, по направлению к уху.
Глубина укола 1—1,5 см.

Н7 цзянь-мин 4 («случшая видимость 4»)

Локализация: на 0,8 см выше точки Н1, в углублении у верхневнутреннего края орбиты.

Показания: миопия, глаукома, катаракта, ирит.

Техника: укалывание вдоль стенки орбиты, по направлению к ее верхнему краю (больной смотрит вниз). Глубина укола 0,8 см.

Н8 шан-мин (шан-чэн-ци, юй-ся) («высший свет»)

Локализация: ниже середины брови, по верхнему краю орбиты (под точкой ВМ6).

Показания: аномалия рефракции, снижение зрения.

Техника: укалывание вдоль верхнего края глазницы, по направлению к углу глаза. Глубина укола 1—1,5 см.

Н9 цзэн-мин 1 («дополнительный свет-1»)

Локализация: на 0,5 см внутри от точки Н8.

Показания: крыловидная плева, миопия, помутнение роговицы, паннус, лейкома роговицы, снижение зрения:

Техника: см. Н8.

Н10 цзэн-мин 2 («дополнительный свет-2»)

Локализация: на 0,5 см снаружи от точки Н8.

Показания: те же, что и для Н8.

Техника: см. Н8.

Н11 вай-мин (вай-цин-мин) («внешний свет»)

Локализация: на 0,8 см выше наружного угла глаза.

Показания: аномалия рефракции, снижение остроты зрения.

Техника: см. Н8.

Н12 би-тун (би-чуан) («очищенный нос»)

Локализация: на верхнем конце носогубной складки, в углублении, у нижнего края носовой кости.

Показания: заболевания носа, ринит, фурункул носа, заложенность носа.

Техника: пункция косая по направлению к верхневнутреннему отделу носа. Глубина укола 0,3—0,6 см. Рекомендуют также укалывание одной иглой от точки 2011 ин-сян до Н12 или введение в указанные точки двух игл, направленных под углом друг к другу.

Н13 тин-сюе (лун-сюе) («точка слуха»)

Локализация: на середине расстояния между точками 19VI тин-гун и 2XI тин-хуэй.

Показания: глухонмота.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—2 см при слегка открытом рте.

Н14 тин-лин («превосходный слух»)

Локализация: на середине расстояния между точками Н13 и 2Х1 тин-хуэй.

Показания: шум в ушах, глухонмота.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см, при слегка открытом рте.

Н15 тин-цзун (чжи-лун-синь-ба-хао)
(«чуткий слух»)

Локализация: на 0,5 см ниже точки 2Х1 тин-хуэй.

Показания: глухонмота.

Техника: пункция вертикальная, глубина укола 1,5—2 см.

Н16 тин-минь (чжи-лун 4) («отчетливый слух»)

Локализация: в нижней части борозды, проходящей между мочкой уха и восходящей ветвью нижней челюсти.

Показания: глухонмота.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см.

Н17 шан-эр-гень («верхнее основание уха»)

Локализация: в бороздке между завитком ушной раковины и височной костью.

Показания: гемиплегия, боковой амиотрофический склероз, артериальная гипертония.

Техника: пункция косая, по направлению сверху вниз. Глубина укола 0,5 см.

Н18 хоу-тин-гун (чжи-лун)
(«позади дворца слуха»)

Локализация: при отогнутой кпереди ушной раковине точка находится несколько ниже выступающей при этом хрящевой складки, в углублении на уровне точки 19VI тин-гун.

Показания: глухонмота.

Техника: пункция косая, по направлению кпереди и книзу. Глубина укола 0,5—1 см.

Н19 хоу-тин-сюе (чжи-лун-синь-хао)
(«позади точки слуха»)

Локализация: на середине расстояния между точками Н18 и Н20, на уровне точки Н13.

Показания: глухота.

Техника: пункция косая, по направлению кпереди и книзу. Глубина укола 0,5—1 см.

Н20 хоу-тин-хуэй («дальняя задняя точка слуха»,
«задний тин-хуэй»)

Локализация: в углублении позади ушной раковины, на 0,5 цуня выше точки 17Х и-фэн, на уровне точки 2Х1 тин-хуэй.

Показания: глухота, шум в ушах.

Техника: пункция косая, по направлению кпереди и книзу. Глубина укола 1,5—2 см.

Н21 хоу-цзун (чжи-лун-синь-ци-хао)
(«задняя точка слуха»)

Локализация: при отогнутой кпереди ушной раковине точка находится несколько выше складки позади уха. Расположена на середине между основанием ушной раковины и задней границей волос.

Показания: глухота.

Техника: пункция косая, по направлению к носу. Глубина укола 0,3—0,5 см.

Н22 чи-цзянь (чжи-лун-синь-сы-хао)
(«точка слуха 1», «перед прудом»)

Локализация: на 0,5 цуня кпереди от точки 20Х1 фэн-чи.

Показания: глухонемота.

Техника: пункция косая, по направлению к точке 17Х и-фэн. Глубина укола 2—2,5 см.

Н23 и-мин-ся (чжи-лун-синь-эр-хао)
(«точка слуха 2», «скрытая видимость»)

Локализация: на 0,5 цуня ниже точки ВМ13.

Показания: глухота.

Техника: пункция косая, по направлению к точке Н20. Глубина укола 2 см.

Н24 тянь-тин («точка слуха 3», «чудесный слух»)

Локализация: на 0,5 цуня ниже точки Н28.

Показания: глухота.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см.

Н25 цянь-чжэн (цянь-чжэн-сюе)
(«точка исправления», «парез мышц лица»)

Локализация: на 0,5—1 цунь кпереди от мочки уха.

Показания: периферический парез лицевого нерва, заболевания полости рта.

Техника: пункция косая, по направлению кпереди. Глубина укола 0,3—0,5 см.

Н26 янь-чи («опасный пруд»)

Локализация: точка находится позади уха в месте пересечения горизонтальной линии, проведенной через наиболее выступающую часть сосцевидного отростка, с вертикальной линией границы волос.

Показания: глаукома.

Техника: пункция вертикальная или косая, по направлению кзади. Глубина укола 2 см.

Н27 ань-мянь 1
(«успокаивающая точка 1», «спокойный сон 1»)

Локализация: на середине расстояния между точками 17Х и-фэн и ВМ13.

Показания: нарушения сна, глаукома, мигрень.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

Н28 ань-мянь 2 (чжэнь-цзин)
 («успокаивающая точка 2», «спокойный сон 2»)

Локализация: на середине расстояния между точками 20XI фэн-чи и VM13.

Показания: сердцебиение, нарушение сна, чувства тревоги, страха.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—2 см.

Н29 син-фэнь («точка бодрствования», «возбуждение»)

Локализация: на задневерхнем крае сосцевидного отростка на 0,5 цуня выше точки Н28.

Показания: сонливость.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

Н30 жун-хоу (чжи-лун-синь-ухао, чжи-тун-сюе)
 («зубная точка»)

Локализация: на 1,5 цуня ниже точки 17X и-фэн, несколько кзади от точки 17VI тянь-жун.

Показания: зубная боль.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5—1 см.

Н31 цян-ин («усиление голоса»)

Локализация: на 2 цуня кнаружи от точки 23XIV лян-цюань, кзади и кверху от точки 9III жэнь-ин.

Показания: афазия, афония.

Техника: укалывание по направлению к основанию языка. Глубина укола 1,5 см.

Н32 цзэн-ин («увеличение голоса»)

Локализация: на середине расстояния между точкой 23XIV лян-цюань и основанием сосцевидного отростка, кзади и кверху от точки 9III жэнь-ин.

Показания: афазия.

Техника: горизонтальное укалывание вдоль шеи, уклоняясь от сонной артерии! Глубина укола 1,5 см.

Н33 ся-фу-ту («точка пареза»)

Локализация: на 0,5 цуня ниже точки 18II фу-ту.

Показания: паралич верхних конечностей, тремор рук.

Техника: пункция косая, по направлению кверху. Глубина укола 0,2—0,5 см.

Н34 цзин-чжун («середина шеи»)

Локализация: на 2 цуня ниже точки Н28, на заднем крае грудинно-ключично-сосцевидной мышцы.

Показания: гемиплегия.

Техника: пункция вертикальная или косая, по направлению вверх. Глубина укола 1,5—2 см.

Н35 цзя-нэй (цзя-ли) («в щеке»)

Локализация: в полости рта, на слизистой оболочке щеки на уровне 1 коренного зуба.

Показания: глухота.

Техника: пункция косая, по направлению к уху. Глубина укола 0,5—1 см.

Передняя поверхность туловища

Эта область насчитывает 6 точек.

Н36 шуй-шан (цзи-синь) («над водой»)

Локализация: на 0,5 цуня выше точки 9XIV шуй-фэнь или на 1,5 цуня выше пупка.

Показания: гиперхлоргидрия.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

Н37 вэй-лэ («благополучие желудка»)

Локализация: на 0,2 цуня выше и на 4 цуня кнаружи от точки 9XIV шуй-фэнь.

Показания: гастралгия.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—1,5 см.

Н38 чжи-се (лин-яо) («точка поноса»)

Локализация: на 2,5 цуня ниже пупка.

Показания: дизентерия, энтероколит.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

Н39 ти-то (ти-то-сюе) («ноша»)

Локализация: на 4 цуня кнаружи от точки 4XIV гуань-юань.

Показания: опущение матки, боли в области тазовых органов (колики).

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,8—1 см.

Н40 чун-цзянь (цзянь-тань, цян-чун)
(«точка выпадения»)

Локализация: на 3 цуня кнаружи от точки 2XIV цюй-гу.

Показания: опущение матки.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—2,5 см.

Н41 шу-си («паховая точка»)

Локализация: на границе наружной и средней трети паховой складки.

Показания: парез и нарушение местного кровообращения в нижних конечностях.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2—3 см.

Задняя поверхность туловища

Эта область насчитывает 18 точек.

Н42 лю-цин-чжуй-пан («точка носа»)

Локализация: на 0,5 цуня кнаружи от остистого отростка VI шейного позвонка.

Показания: ринит, гипосмия, заболевания носа.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5—1 см.

Н43 сюе-дянь («точка артериального давления»)

Локализация: на 2 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка VI шейного позвонка.

Показания: артериальная гипертензия или гипотония.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5—1 см.

Н44 ци-цин-чжуй-пан («точка шеи»)

Локализация: на 0,5 цуня кнаружи от остистого отростка VII шейного позвонка.

Показания: острый и хронический тонзиллит, ларингит.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5—1 см.

Н45 дин-чуань (чжи-чуань) («точка астмы»)

Локализация: на 0,5 цуня кнаружи от точки 14XIII да-чжуй.

Показания: бронхиальная астма, бронхит, паралич верхних конечностей.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см.

Н46 вай-дин-чуань («наружная точка астмы»)

Локализация: на 1,5 цуня кнаружи от точки 14XIII да-чжуй.

Показания: бронхиальная астма, бронхит.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

Н47 цзе-жэ-сюе («точка туберкулеза»)

Локализация: на 3,5 цуня кнаружи от точки 14XIII да-чжуй.

Показания: туберкулез легких и других органов.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5—0,8 см.

Н48 вэй-же-сюе («теплота желудка»)

Локализация: на 0,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка IV грудного позвонка, т. е. совпадает с 4-й точкой VM85.

Показания: гингивит, гастралгия.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

H49 (по немецкой номенклатуре H50)
гань-же-сюе («точка от болей в плече»)

Локализация: середина наружного края лопатки.

Показания: боль в плече, паралич верхних конечностей.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5—0,8 см.

H50 (по немецкой номенклатуре H49)
чжун-чуан («средняя точка астмы»)

(Во французской литературе эту точку называют «специфическая точка астмы»)

Локализация: на 0,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка V грудного позвонка, т. е. совпадает с 5-й точкой VM85.

Показания: бронхиальная астма, бронхит, боли в спине и грудной клетке.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5—1 см.

H51 пи-жэ-сюе («теплота селезенки»)

Локализация: на 0,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка VI грудного позвонка, т. е. совпадает с 6-й точкой VM85.

Показания: спленомегалия, панкреатит, диспепсия.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

H52 шень-же-сюе («теплота почек»)

Локализация: на 0,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка VII грудного позвонка, т. е. совпадает с 7-й точкой VM85.

Показания: нефрит, глюкозурия, заболевания мочевыводящих путей.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

H53 цзянь-мин 5 («лучшая видимость 5»)

Локализация: на 1,5 цуня кнаружи от остистого отростка IX грудного позвонка, т. е. на 0,5 цуня выше точки 18VII гань-шу.

Показания: атрофия зрительного нерва, катаракта, ретинит.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5—0,8 см.

H54 куй-ян-сюе («точка язвы»)

Локализация: на 2 цуня кнаружи от точки 50(45) VII вэй-цан, т. е. на 5 цуней кнаружи от нижнего края остистого отростка XII грудного позвонка.

Показания: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,3—0,5 см.

H55 вэй-шу («приятное желудку»)

Локализация: на 4,5 цуня кнаружи от остистого отростка II поясничного позвонка.

Показания: гастралгия.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—2,5 см.

Н56 шэнь-цзи (мин-мэнь-цзя-цзи)
(«позади почек»)

Локализация: на 0,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка II поясничного позвонка, т. е. совпадает с 14-й точкой ВМ85.

Показания: люмбалгия, паралич нижних конечностей.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2 см.

Н57 тяо-юе («прыгать»)

Локализация: на 2 цуня ниже наиболее выступающей части ости гребня подвздошной кости (ость Пирогова).

Показания: перинатальные повреждения центральной нервной системы в стадии восстановления.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—1,5 см.

Н58 чжу-гу («седалищная кость»)

Локализация: на 1 цунь ниже середины линии, соединяющей большой вертел бедренной кости и самую нижнюю точку копчика.

Показания: ишиас.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2—3 см.

Н59 пан-чан («точка выпадения»)

Локализация: на 1,5 цуня кнаружи от точки IХШ чан-цян.

Показания: опущение матки, выпадение прямой кишки.

Техника: пункция косая, по направлению кверху. Глубина укола 3—5 см.

Рука

Эта область насчитывает 15 точек.

Н60 я-тун («точка зубной боли»)

Локализация: на ладони, между III и IV пястными костями, 1 цунь отступя от ладонной пальцевой складки.

Показания: зубная боль.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5 см.

Н61 нюе-мэнь («ворота малярии»)

Локализация: на тыльной поверхности кисти, между III и IV пальцами, в межпальцевом промежутке на границе «белой и красной кожи».

Показания: малярия.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

Н62 ло-лин-у («понижение на 0,5»)

Локализация: на 0,5 цуня выше точки ВМ108.

Показания: артериальная гипертония.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—1 см.

Н63 шан-хоу-си («точка глухоты»)

Локализация: середина расстояния между точками 3VI хоу-си и 4VI ван-гу.

Показания: глухонмота.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—1,5 см.

Н64 си-шан («выше си-мэнь»)

Локализация: на 3 цуня выше точки 4IX си-мэнь.

Показания: мастит, плеврит, кардиопатии.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—2 см.

Н65 ло-шан (чжи-лун-синь-лю-хао)

(«выше сань-ян-ло»)

Локализация: на 3 цуня выше точки 5X вай-гуань.

Показания: глухонмота, парез и паралич верхних конечностей, боли в суставах.

Техника: пункция вертикальная, глубина укола 1,5 см.

Н66 ин-ся («ниже локтевого отростка»)

Локализация: на 3 цуня ниже вершины локтевого отростка, между локтевой и лучевой костью. Точка расположена по ходу меридиана X (трех частей туловища).

Показания: глухота, паралич верхних конечностей.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—1,5 см.

Н67 ню-шан-сюе («точка вывиха»)

Локализация: на линии, соединяющей точки 11III цюй-чи и 4X ян-чи, ниже 11III цюй-чи на $\frac{1}{4}$ указанного расстояния. Точка отыскивается при согнутой в локтевом суставе руке, с прижатым к груди кулаком.

Показания: люмбаго (при сильных болях).

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—2 см. Рекомендуют вращать иглу в то время, когда больной производит движения в поясничном отделе позвоночника.

Н68 гун-чжун («середина плеча»)

Локализация: на 2,5 цуня ниже точки 2IX тянь-цюань.

Показания: парез верхних конечностей, «висячая кисть» (при параличе лучевого нерва), ограничение движений руки вверх.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—3 см.

Н69 цзюй-би («поднять руку»)

Локализация: на 2 цуня ниже точки Н70.

Показания: перинатальные повреждения центральной нервной системы в стадии восстановления.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—3 см.

Н70 тай-цзянь («поднять плечо»)

Локализация: на 1,5 цуня книзу от акромиально-ключичного сустава.

Показания: перинатальные повреждения центральной нервной системы в стадии восстановления.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—2 см.

Н71 ин-шан («выше локтевого отростка»)

Локализация: на 4 цуня выше локтевого отростка.

Показания: перинатальные повреждения центральной нервной системы в стадии восстановления.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—2 см.

Н72 цзянь-мин («ясное зрение»)

Локализация: на наружной поверхности плеча, на 0,5 цуня выше и кзади от точки 14П би-нао.

Показания: заболевание глаз, парез и паралич верхних конечностей.

Техника: пункция косая, по направлению кверху. Глубина укола 2—3 см.

Н73 нао-шан (цзянь-юй-ся, сань-цзяо-цзи)
(«точка плеча»)

Локализация: в центре дельтовидной мышцы.

Показания: боли в руке, паралич верхних конечностей.

Техника: пункция вертикальная, глубина укола 1—2 см.

Н74 ян-сан-чен («три плечевых точки»)

Локализация: (3 точки) Н74₁ — 15П цзянь-юй; Н74₂ — цзянь-чи — передняя плечевая точка. Находится на 1 цунь выше переднего края подмышечной складки; Н74₃ цзянь-ху — задняя плечевая точка. Находится на 1,5 цуня выше заднего края подмышечной складки.

Показания: боли в области плечевого сустава, ограничение движений руки кверху, периартрит плечевого сустава, парез верхних конечностей.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—2 см. Укальвание начинают с точки Н74₁, затем вводят иглы в точки Н74₂ и Н74₃. Рекомендуют также проникающую пункцию от точки Н74₂ до Н74₃.

Нога

Эта область насчитывает 36 точек.

Н75 чжи-пин («линия пальцев стопы»)

Локализация: (10 точек; по 5 точек на каждой стопе). На тыльной поверхности стопы, на середине плюснефаланговых суставов.

Показания: перинатальные повреждения центральной нервной системы в стадии восстановления.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,3—0,5 см.

Н76 пан-гу («сбоку от 43III сянь-гу»)

Локализация: на тыльной поверхности стопы, между III и IV плюсневой костью, на 1 цунь отступя от межпальцевой складки.

Показания: перинатальные повреждения центральной нервной системы в стадии восстановления.

Техника: пункция косая. Глубина укола 0,5—0,8 см.

Н77 чень-пин («уровень лодыжек»)

Локализация: на ахилловом сухожилии, в середине линии, соединяющей медиальную и латеральную лодыжки.

Показания: перинатальные повреждения центральной нервной системы в стадии восстановления.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,3—0,5 см.

Н78 нао-цин (цзу-ся-чуй-дянь, шан-цзе-си)
(«светлая голова»)

Локализация: приблизительно на 2 цуня выше точки 41III цзе-си на наружном крае большеберцовой кости.

Показания: сонливость, головокружение, нарушение памяти, перинатальные повреждения центральной нервной системы в стадии восстановления, неврит малоберцового нерва.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5—0,8 см.

Н79 цзин-ся («сбоку большеберцовой кости»)

Локализация: на 3 цуня выше точки 41III цзе-си и на 1 цунь кнаружи от наружного края большеберцовой кости.

Показания: перинатальные повреждения центральной нервной системы в стадии восстановления, неврит малоберцового нерва, паралич нижних конечностей.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5—1,5 см.

Н80 вань-ли («десять тысяч ли»)

Локализация: на 0,5 цуня ниже точки 36III цзу-сань-ли.

Показания: заболевания глаз.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2—3 см.

Н81 ли-вай («снаружи от цзу-сань-ли»)

Локализация: на 1 цунь кнаружи от точки 36III цзу-сань-ли.

Показания: перинатальные повреждения центральной нервной системы в стадии восстановления, слабость мышц нижних конечностей.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—2 см.

Н82 ли-шан («выше цзу-сань-ли»)

Локализация: на 1 цунь выше точки 36III цзу-сань-ли.

Показания: перинатальные повреждения центральной нервной системы в стадии восстановления.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—2 см.

Н83 гэнь-цзин (ло-ди) («путь к земле»)

Локализация: на 9,5 цуней ниже центра подколенной ямки.

Показания: перинатальные повреждения центральной нервной системы в стадии восстановления.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—2 см.

Н84 цзю-вай-фань 2 («исправление супинации 2»)

Локализация: на 1 цунь кнутри от точки 57VII чэн-шань.

Показания: перинатальные повреждения центральной нервной системы в стадии восстановления.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,8—1,5 см.

Н85 цзю-нэй-фань («исправление пронации»)

Локализация: на 1 цунь кнаружи от точки 57VII чэн-шань.

Показания: перинатальные повреждения центральной нервной системы в стадии восстановления.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5—1,5 см.

Н86 чэн-цзянь («промежуточная точка»)

Локализация: на середине расстояния между точками 57VII чэн-шань и 56VII чэн-цзинь.

Показания: перинатальные повреждения центральной нервной системы в стадии восстановления.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2—3 см.

Н87 шан-си («выше тай-си»)

Локализация: на 0,5 цуня выше точки 3VIII тай-си.

Показания: те же, что и для Н84.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 0,5—1 см.

Н88 гань-янь-дянь (гань-янь) («гепатит»)

Локализация: на 2 цуня выше точки ВМ146.

Показания: гепатит.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—2 см.

Н89 цзю-вай-фань («исправление супинации-1»)

Локализация: на 0,5 цуня ниже точки 6IV сань-инь-цзю.

Показания: перинатальные повреждения центральной нервной системы в стадии восстановления.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—2 см.

Н90 ди-цзянь («земное здоровье»)

Локализация: 1 цунь ниже 8IV ди-цзи.

Показания: те же, что и для Н84.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—3 см.

Н91 цзун-чун (лун-чжун)
(«точка глухоты на ноге»)

Локализация: на 3 цуня ниже головки малоберцовой кости.
Показания: глухонмота.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—3 см.

Н92 лин-ся («ниже ян-лин-цюань»)

Локализация: на 2 цуня ниже точки 34ХІ ян-лин-цюань.
Показания: глухонмота, заболевания желчного пузыря.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—2 см.

Н93 цзянь-си (бинь-шан, дин-шан, чжи-тань 4)
(«здоровое колено»)

Локализация: на 3 цуня выше верхнего края надколенной чашечки. Точка отыскивается при согнутой в коленном суставе ноге.
Показания: артрит коленного сустава и парез нижних конечностей.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2—2,5 см.

Н94 сы-цянь («четыре силы»)

Локализация: на 4 цуня выше середины верхнего края надколенной чашечки.
Показания: парез нижних конечностей.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2—2,5 см.

Н95 цзи-ся («ниже цзи-мэнь»)

Локализация: на 2 цуня ниже точки 11IV цзи-мэнь.
Показания: парез нижних конечностей.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—3 см.

Н96 синь-фу-ту («новая фу-ту»)

Локализация: на 0,5 цуня кнаружи от точки 32III фу-ту.
Показания: артрит коленного сустава, паралич нижних конечностей.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2—3 см.

Н97 цянь-фэн-ши («перед фэн-ши»)

Локализация: на 2 цуня кпереди от точки 31ХІ фэн-ши.
Показания: парез нижних конечностей, нарушение местного кровообращения.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—3 см.

Н98 май-бу («медленная походка»)

Локализация: на 2,5 цуня ниже точки 31III би-гуань.
Показания: парез нижних конечностей.
Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—3 см.

Н99 цзяо-лин (ся-у-ли) («умелое исправление»)

Локализация: на 2 цуня ниже точки 10XII цзу-у-ли.

Показания: перинатальные повреждения центральной нервной системы в стадии восстановления, гемиплегия, холецистит.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—3 см.

Н100 вэй-шан (шан-хэ-ян) («выше вэй-чжун»)

Локализация: на 2 цуня выше точки 40(54)VII вэй-чжун.

Показания: перинатальные повреждения центральной нервной системы, боли в ногах.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—3 см.

Н101 чжи-ли («прямая линия вверх»)

Локализация: на 4,5 цуня выше и на 0,5 цуня кнутри от точки 40(54)VII вэй-чжун.

Показания: перинатальные повреждения центральной нервной системы в стадии восстановления.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—3 см.

Н102 вай-чжи-ли («наружная прямая линия вверх»)

Локализация: на 4,5 цуня выше и на 0,5 цуня кнаружи от точки 40(54)VII вэй-чжун.

Показания: те же, что и для Н101.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—3 см.

Н103 инь-шан («выше инь-мэнь»)

Локализация: на 2 цуня выше точки 37(51)VII инь-мэнь.

Показания: боли по задненаружной поверхности нижних конечностей, боли в области спины и поясницы, головная боль, боли в затылочной области.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2 см.

Н104 инь-кан («инь на земле»)

Локализация: на 1,5 цуня ниже точки 36(50)VII чэн-фу.

Показания: перинатальные повреждения центральной нервной системы в стадии восстановления.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—2 см.

Н105 хоу-сюе-хай («позади сюе-хай»)

Локализация: на 1,5 цуня кзади от точки 10IV сюе-хай.

Показания: болезнь Литтля, нижний спастический парализ.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—3 см.

Н106 цзе-цзянь

(«освобождающая перекрещенные ноги»)

Локализация: на 4 цуня выше точки Н105.

Показания: болезнь Литтля, последствия гемиплегии.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—3 см.

Н107 хоу-ян-гуань («позади цзу-ян-гуань»)

Локализация: на 1 цунь кзади от точки 33ХІ цзу-ян-гуань.

Показания: боли в области коленного сустава, паралич нижних конечностей.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—2 см.

Н108 шан-ян-гуань («выше цзу-ян-гуань»)

Локализация: на 1 цунь выше точки 33ХІ цзу-ян-гуань.

Показания: перинатальные повреждения центральной нервной системы в стадии восстановления.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—2 см.

Н109 шан-фэн-ши («выше фэн-ши»)

Локализация: на 2 цуня выше точки 31ХІ фэн-ши.

Показания: гемиплегия, невралгия седалищного нерва, перинатальные повреждения центральной нервной системы в стадии восстановления.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1—2 см.

Н110 цянь-цинъ («вперед»)

Локализация: на 2,5 цуня выше точки 31ХІ фэн-ши.

Показания: перинатальные повреждения центральной нервной системы в стадии восстановления.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2,5 см.

Глава

VIII

Лечение

На современном этапе развития и практического применения иглорефлексотерапии мы сталкиваемся с необычным явлением. Оно заключается в том, что врач, занимающийся рефлексотерапией, выявляет характер поражения тех или иных органов с помощью современных методов диагностики, которые крайне отличаются от древневосточных. Но, с другой стороны, само лечение методом иглотерапии не очень далеко ушло от уровня и подходов древних медиков, и врачи на данном этапе применяют те сочетания точек акупунктуры, которые апробированы тысячелетней практикой.

Как показывает анализ, терапевтическая методология чжень-цзю основывается главным образом на древневосточных концепциях. В главе V был подробно изложен диапазон показаний для выбора как отдельных точек, так и меридианов. Как видно из этой главы, предложенные показания к применению точек воздействия не совсем соответствуют современному подходу к симптоматологии и синдромологии заболеваний. Характерной чертой является то, что диапазон показаний излагается вне обязательной связи с нозологическими формами, что объясняется традиционным подходом восточной медицины к отдельным патологическим проявлениям. Далее, терапия и диагностика методом чжень-цзю развивалась параллельно, и поэтому определенные сочетания точек применялись древними медиками при соответствующих состояниях, которые диагностируются своеобразными групповыми признаками. Все это обуславливает сложность лечения методом иглотерапии.

По-видимому, для успешного проведения терапии на данном этапе нужно знать не только природу самой болезни, но и акупунктурную диагностику. При этом всегда надо помнить, что древневосточный метод лишь дополняет современную медицину, но никак не заменяет ее. Поэтому нужно учитывать все основные положения современной медицины и назначать лечение методом рефлексотерапии только тем больным, которые имеют полный клинический диагноз. Врач, занимающийся рефлексотерапией, в первую очередь должен быть высококвалифицированным клиницистом.

После обследования современными методами и установления точного развернутого клинического диагноза необходимо решить вопрос о показанности лечения методом рефлексотерапии. Показания и противопоказания к лечению этим методом изложены в главе III. Если у больного отсутствуют противопоказания, то нужно решать вопрос не только о целесообразности, но и о срочности применения метода рефлексотерапии. Так, некоторым больным, у которых показания к применению этого метода относительны, следует рекомендовать либо другой вид лечения, либо перед курсом иглотерапии провести соответствующее лечение. Следует подчеркнуть, что иглотерапия в принципе не исключает применения определенных методов и видов терапии. Однако комплексное лечение, естественно, затрудняет оценку эффективности иглорефлексотерапии.

Если больному с учетом всех отмеченных факторов все же показана иглотерапия, то до лечения целесообразно дополнительно к диагнозу, установленному методами современной медицины, провести акупунктурную диагностику. Данный метод диагностики логично и последовательно вытекает из древневосточной концепции, согласно которой болезнь рассмат-

ривается как «нарушение равновесия», или «деформация», в организме, а лечение предполагает в первую очередь устранение «деформации». Это ведет в последующем за счет «саморегулирующей силы организма» к восстановлению нарушенного в нем равновесия, т. е. к выздоровлению. Устранение «деформации» и «восстановление равновесия» производится путем раздражающего воздействия на точки акупунктуры.

Таким образом, считается, что путем физической стимуляции акупунктурных точек, которые оказывают регулирующее воздействие, можно обеспечить необходимое равновесие в организме. Древним медикам было известно, что укалывая различные точки, можно получить определенные изменения в соответствующих областях тела и органах. Они выделяли наряду с точками, оказывающими несколько эффектов, также и такие точки, при раздражении которых проявлялся только один определенный эффект. Кроме того, древние медики при одном заболевании или симптоме нередко рекомендовали применение нескольких точек. Эти положения подтверждаются данными современных исследователей. Так, Э. Д. Тыкочинская (1961) пишет, что углубленное изучение топографии точек, а также их анатомо-физиологических связей с определенными органами и системами позволяет прийти к следующему заключению: «многочисленность точек оправдана, так как различные точки предназначены для воздействия на одни и те же симптомы, наблюдаемые при различных заболеваниях».

Следует подчеркнуть, что к процессу лечения методом иглорефлексотерапии, как и другими видами терапии, надо подходить строго индивидуально. Иными словами, составление акупунктурного рецепта (т. е. выбор точек воздействия) требует творческого подхода, и только при соблюдении этого условия можно ожидать и стойкого терапевтического эффекта.

§ 1. Краткий обзор

существующих методов сочетаний точек акупунктуры

Прежде чем перейти к конкретному анализу методов сочетания точек, мы остановимся на обзоре литературы по данному вопросу. В различных руководствах по чжень-цзю-терапии указывается, что точное назначение «рецепта точек» наряду со знанием древневосточных концепций является фундаментом для правильного проведения чжень-цзю-терапии. При описании основных показателей точек авторы отмечают, что все точки оказывают лечебное действие, как локальное, так и направленное на близлежащие органы и ткани, независимо от диапазона показаний. Утверждается также, что точки, расположенные ниже локтевых и коленных суставов, кроме локального действия, оказывают общее лечебное.

Точки, которые находятся в одной области головы или туловища, также имеют сходные показания. Так, точки, локализованные на голове, эффективны в основном при лечении заболеваний головы; точки, локализованные в области груди — при лечении заболеваний груди; точки, расположенные на спине, эффективны при лечении заболеваний спины и глубоко расположенных внутренних органов этой области. Кроме того, есть мнение, что между близрасположенными точками и точками соседних областей существует перекрестное лечебное действие на заболевания поверхностных слоев и глубоко лежащих органов. Кроме того, точки, расположенные ниже локтевых и коленных суставов, эффективны при

лечении заболеваний всего организма. В связи с этим высказывается мысль, что при обобщении показаний данных точек надо в основном исходить из показаний линий (меридианов), а не ограничиваться только разделением точек по областям. Это объясняется тем, что разделение точек по областям может только указать правила локального лечебного воздействия, а продемонстрировать общее отдаленное лечебное действие в данном случае уже невозможно. Например, отдаленные точки трех янских ручных меридианов эффективны при заболеваниях головы, а отдаленные точки трех янских ножных меридианов эффективны при лечении заболеваний поверхности головы и туловища, причем линия (меридиан) желудка применяется при лечении передней поверхности, линия желчного пузыря — при лечении боковой поверхности, а линия мочевого пузыря — при лечении задней поверхности. Отдаленные точки трех иньских ручных меридианов эффективны при заболевании органов грудной клетки, а трех иньских ножных меридианов — при лечении заболеваний брюшной полости (по данным восточных авторов).

На основании показаний к применению точек и связей между линиями (меридианами) были выведены три правила выбора «рецепта точек».

1. Выбор точек по линиям (меридианам). Это правило применяется при заболевании определенного органа или определенной области лица, головы и туловища. Причем выбираются точки из линии, связанной с указанными органами или областями, но расположенные ниже локтевых и коленных суставов. Считается, что это правило эффективно при лечении острых заболеваний и болевого синдрома.

2. Выбор локальных точек, т. е. расположенных в области поражения. Данное правило применяется при лечении заболеваний кожной поверхности всего тела, а также внутренних органов и других хронических заболеваний.

3. Выбор смежных точек. Предлагается выбирать точки из линии смежной области. Это правило применяется как в сочетании с двумя другими, так и в отдельности. Им руководствуются при лечении острых и хронических заболеваний. Отмечается, что заднесрединная и переднесрединная линии, хотя и расположены на туловище, однако обладают теми же особенностями, которые характерны для точек, расположенных на конечностях, т. е. они оказывают как местное смежное лечебное действие, так и общее лечебное.

Чжу Лянь (1959) в своей монографии пишет, что при одном заболевании можно использовать несколько точек. Но в то же время она утверждает, что воздействие и в одной точке может дать лечебный эффект при многих заболеваниях. Она также считает, что надо знать конкретные сочетания точек и указывает на наиболее часто применяемые методы их сочетания. Дадим краткую характеристику этих методов.

1. Метод сочетания симметричных точек. При лечении некоторых заболеваний выбирают основные симметричные точки, например, при гинекологических заболеваниях — точки 6IV сан-инь-цзяо, при желудочных заболеваниях — точки 36III цзу-сань-ли, при боли в лобной области головы — точки 8III тоу-вэй, при поносе — точки 25III тянь-шу.

2. Метод одновременного сочетания точек верхних и нижних конечностей. Применяется при лечении одного или двух заболеваний, например, при лечении тетании сочетают точки 4II хэ-гу с точками 3XII тай-чун, при лечении кашля и для нормализации функции желудка и кишечника сочетают точки 4II хэ-гу с точками 36III цзу-сань-ли.

3. Метод сочетания точек передней и задней сторон с глубоким и поверхностным раздражением. Этот метод применяется при лечении одного или одновременно нескольких заболеваний, когда необходимо усилить иррадиацию ощущения от конечностей в голову и в туловище или расширить зоны

ощущения. При этом выбирают две точки на одной конечности. Например, на задней и передней стороне руки или ноги производят глубокий укол в одной точке, а поверхностный — в другой. Или в одной точке производят укол, а в другой — прижигание. Так, при лечении ишиаса и для регулирования деятельности внутренних органов сочетают точку 30XI хуань-тяо с точкой 36III цзу-сань-ли; при зубной боли и межреберной невралгии сочетают точки 1III цюй-чи и 4II хэ-гу. Кроме того, применение сочетания этих точек эффективно при заболеваниях головы и лица, плечевой области и верхних дыхательных путей.

4. Метод сочетания точек наружной и внутренней стороны. При лечении одного или двух заболеваний выбирают точки на двух линиях (меридианах). Например, при лечении гонита и заболеваний мочеполовой системы сочетают точки 34XI ян-лин-цюань и 9IV инь-лин-цюань; при лечении нарушения менструального цикла и простуды — точки 39XI сюань-чжун и 6IV сань-инь-цзяо. Сочетание точек 6IX нэй-гуань и 5X вай-гуань или 1III цюй-чи и 3V шао-хай усиливает ощущение на верхних конечностях и применяется при лечении болей, паралича верхних конечностей, а также заболеваний дыхательной и пищеварительной систем.

5. Метод сочетания прямого и косвенного раздражения. Этот метод основан на одновременном использовании местных и отдаленных точек. Например, при лечении заболеваний носа используются точки, расположенные в области носа, 20II ин-сян или 19II хэ-ляо в сочетании с точками на руках 4II хэ-гу или 1III цюй-чи. При лечении глазных заболеваний, кроме точек в области глазницы 1VII цин-мин или 2III сы-бай, можно использовать также точки на ноге 41XI цзу-линь-ци; при лечении желудочных заболеваний, кроме точек на верхней части живота, например, 12XIV чжун-вань, используют и точку 36III цзу-сань-ли.

6. Метод сочетания точек общеукрепляющего воздействия и симптоматического лечения. Для этой цели чаще используют следующие точки: 43VII гао-хуан, 5X вай-гуань, 11VII да-чжу, 4XIII мин-мэнь, 11III цюй-чи, 36III цзу-сань-ли, 39XI сюань-чжун, 4XIV гуань-юань, 26VII гуань-юань-шу и т. д. Для усиления деятельности желудочно-кишечного тракта часто выбирают следующие точки: 18VII гань-шу, 19VII дань-шу, 20VII пи-шу, 22VII сань-цзяо-шу, 25VII да-чан-шу, 27VII сяо-чан-шу и т. д. (при одной процедуре воздействуют не более чем на две или три точки).

7. Метод выбора точек, расположенных в области пораженного органа. Так, при лечении ушных заболеваний можно воздействовать на точки 21X эр-мэнь (область уха), 6XI сюань-ли (височная область), 11XI тоу-цяо-инь (затылочная область) и т. д. При острых энтероколитах и нарушении менструального цикла можно воздействовать на точки 25III тянь-шу (вторая боковая линия живота) и 3XIV чжун-ци (средняя линия живота). При пояснично-крестцовых радикулитах воздействуют на точки 54VII чжи-бянь и 25VII да-чан-шу.

8. Метод двустороннего перекрестного сочетания точек. Древние медики при проведении чжень-цзю-терапии обращали на этот метод весьма большое внимание. Сущность его состоит в следующем: если очаг поражения находится в верхней части тела, то уколы производили в нижнюю и наоборот, при поражении левой половины тела уколы производили в правую половину и наоборот. Данный метод вполне оправдал себя и в современной клинике. Например, при зубной боли справа, кроме точек 7III ся-гуань и 6III цзя-чэ справа, надо также воздействовать на точку 4II хэ-гу слева. При поражении правого лицевого нерва, кроме точек справа, можно еще выбрать точку 7I ле-цюе слева. При гемиплегии слева используют точки на левой руке

15II цзянь-юй, 11II цюй-чи и точки на ноге 34XI ян-лин-цюань и 39XI сюань-чжун.

Таким образом, при лечении того или иного заболевания эффективны многие точки, применяемые одновременно или поочередно. При лечении хронических заболеваний выбирают несколько групп точек, используя их поочередно или в сочетании. Например, при лечении гипертонической болезни для одного сочетания можно взять точки 36III цзу-сань-ли и 61X нэй-гуань, для другого — точки 24VII ци-хай-шу и 61V сань-инь-цзяо; данные точки также сочетают поочередно с точкой 11II цюй-чи.

9. Метод сочетания точек, близких к центральной нервной системе и отдаленных. При этом методе точки, расположенные на голове, шее, спине и др., сочетают с отдаленными точками. Например, при лечении малярии укалывают точку 14XIII да-чжуй (область шеи и спины) и точки 51X цзянь-ши (на предплечьях) и 41III цзе-си (тыльная поверхность стопы), либо точку 13XIII тао-дао (область спины) одновременно с точками 7I ле-цюе (на предплечьях) и 13XII чжан-мэнь (области живота) и т. д. При лечении психических заболеваний сочетают точки 20XIII бай-хуэй, 20XI фэн-чи (область головы) с точками 71X да-лин и 51X цзянь-ши (на предплечьях).

10. Метод одновременного выбора нескольких симптоматических точек. Так, при болях в пояснице, в бедре, диспепсии можно сочетать точку 30XI хуань-тяо с точкой 36III цзу-сань-ли, либо точки ба-ляо (общее название симметричных точек 31VII шан-ляо, 32VII цы-ляо, 33VII чжун-ляо и 34VII ся-ляо) с точками 5X вай-гуань. При боли в желудке и поносе сочетают точку 12XIV чжун-вань с точками 25III тянь-шу или точки 16VIII хуан-шу с точками 61X нэй-гуань; при поллюциях или запоре — точки 25VII да-чан-шу с точками 4XIII мин-мэнь или 4XIV гуань-юань, а также точки 23VII шэнь-шу с точками 61V сань-инь-цзяо.

Приводим сводную таблицу (табл. 23), составленную на основании сочетаний точек по данным древнекитайской медицинской литературы, которые приводятся в руководстве Чжу Лянь (1959).

Некоторые японские авторы, в частности S. Yanagiya, используют сегментарный принцип подбора точек акупунктуры. S. Yanagiya (1956) излагает свой опыт лечения одной иглой (акупунктура одним уколом), разработанного им для терапии ряда симптомов, синдромокомплексов с использованием только одной определенной точки акупунктуры. Автор требует при этом правильного сочетания технических приемов акупунктуры и применения игл различной толщины и разных металлов (золото, серебро, сталь).

Таблица 23

Древнекитайские прописи сочетаний точек

| Сочетания точек | Прописи |
|---|---|
| 14XIII да-чжуй, 11II цюй-чи, 4II хэ-гу | Эти точки оказывают общеукрепляющее действие, их используют при туберкулезе, малярии. Лечебное действие этих точек усиливается при сочетании их со следующими точками: |
| | 16XIII фэн-фу — при напряжении мышц шейно-затылочной области |
| | 36III цзу-сань-ли } при расстройстве желудочно-кишечного тракта |
| | 40III фэн-лун } при катаральных явлениях в носу и носоглотке |
| | 23XIII шан-син } 20II ин-сян } 61X нэй-гуань } при сепсисе и уремии |
| 4II хэ-гу, 7VIII фу-лю 11II цюй-чи, 4II хэ-гу | При нарушении потоотделения, для усиления или уменьшения его Эти точки сочетают с точками, расположенными на лице и голове, для лечения заболеваний данной области. |

S. Yanagiya предлагает сегментарную схему лечения, образно назвав ее «акупунктура для пяти сплошных и пяти полых органов». Он выделяет три зоны (региона) тела человека, каждая из которых соответствует определенному участку позвоночного столба, и раздражение этих зон способствует лечению ряда заболеваний (табл. 24).

Таблица 24

Разделение тела человека на зоны (S. Yanagiya)

| Зоны | Синдромокомплексы |
|--|--|
| I зона D ₁ - D ₆ | Болезни внутренних органов грудной полости (жалобы на дыхательные и пищеварительные пути, легкие, грудную диафрагму и т. д.) |
| II зона D ₆ - L ₄ | Болезни внутренних органов брюшной полости (жалобы на желудок, печень, почки, поджелудочную железу, кишечник, брюшную диафрагму и т. д.) |
| III зона L ₄ и ниже | Болезни внутренних органов брюшной полости и таза (прямая кишка, мочевой пузырь, мочеточники, половые органы и т. д.) |

В этих зонах используются точки «кода», или точки «реакций», местоположение которых определяется методом пальпации. При этом нащупываются «выдолбленные», «вокруг катающиеся», «твердонапряженные» и подобные точки по обеим сторонам позвоночного столба, на 0,5 цуня от него. При всех болезнях, перечисленных в табл. 24, рекомендуется использовать реактивные точки («кода»), выявленные методом пальпации, которые соответствуют, по-видимому, внемеридианным точкам BM85 (1—17), и точки акупунктуры основных меридианов, но расположенные выше соответствующего сегмента пораженного органа.

S. Yanagiya считает, что помимо применения сегментарной терапии, которую он называет терапией «хайохи-хо», необходимо применять терапию «хонхи-хо», которая основана на учении инь—ян и теории пяти элементов.

Сегментарный принцип подбора точек акупунктуры оправдан сегментарным механизмом действия чжень-цзю. Сегментарная терапия определяется метамерно обусловленными сегментарными связями и рефлексными нередко с избирательным влиянием на пораженный орган. Сегментарную терапию следует расценивать не только с точки зрения совпадения афферентной и эффекторной импульсации для внутреннего органа в одних спинальных сегментах, но и «с точки зрения сегментарности сосудистой иннервации органов и участков тела» (Русецкий И. И., 1959). Например, воздействие на точку 14XIII да-чжуй (C₇ — D₁) вызывает не только непосредственное сегментарное действие (мускулатура шейной области, деятельность легких), но и действие на сосудистую иннервацию головы, так как в этих сегментах (C₇ — D₁) находятся сосудисто-иннервационные центры. Для проведения сегментарной терапии нужно четко представлять сегментарное строение организма и сочетание кожных сегментов с сегментарной иннервацией внутренних органов.

Следует отметить, что последние данные физиологии отрицают принцип строгой сегментарной иннервации как покровов тела, так и внутренних органов. Иннервацию внутренних органов и кожи можно рассматривать как многосегментарную иннервацию спинальными чувствительными волокнами (Плечкова Е. К., 1960).

Наличие двойной и более чем двойной иннервации многих внутренних органов свидетельствует о том, что нет строгих сегментарных связей между покровами тела и внутренними органами.

Далее, раздражение, наносимое при иглорефлексотерапии на какую-либо точку, распространяется за пределы одного сегмента, что обусловливается следующими феноменами:

а) феноменом наложения (перекрытия). Показано, что в процессе эмбриогенеза при формировании нервных сплетений волокна одного корешка попадают в состав нескольких периферических нервов и, наоборот, в состав одного нервного ствола входят волокна нескольких корешков;

б) феноменом Лэнгли—Лаврентьева (феномен мультипликации). Каждое преганглионарное вегетативное волокно, идущее от клеток спинного мозга, у симпатического узла разветвляется и накладывается на несколько клеток постганглионарных волокон, направляющихся к нескольким органам не всегда в пределах своего сегмента.

Японский акупунктурист Сирото (1977) считает, что для подбора точек надо знать содержание понятия «кэйраку» (меридиан). Он утверждает, что одной из существенных составных частей кэйраку являются точки йокэцу, состоящие из точек гокэцу, гэкикэцу, ракукэцу, гэнкэцу и сэйкэцу.¹ Он также выделяет и семь методов лечения с использованием кэйраку.

1. Метод локального раздражения. Состоит в ощупывании тела больного с целью выявления болевой точки, которую укалывают.

2. Метод лечения иглоукалыванием точек йокэцу, расположенных в конечных частях рук и ног. Этот метод применяется для дополнительного раздражения организма, помимо болевой области.

3. Метод верхнего лечения. При этом методе используют точки кэйраку, расположенные выше болевой области.

4. Метод верхнего и нижнего лечения. Он состоит из трех указанных выше методов лечения.

5. Метод раздражения точек, расположенных не только на тех «путях кэйраку», где имеются патологические изменения, но и в связанных с ними.

6. Метод раздражения точек, расположенных симметрично по отношению к больному участку тела.

7. Метод раздражения в точках реакции, расположенных выше или ниже «пути кэйраку», в котором находятся выбранные симметричные точки.

Таким образом, обобщая взгляды автора, можно сказать, что при методах подбора точек весьма большое внимание уделяется меридиану (кэйраку). Он утверждает также, что для более успешного лечения желательно брать локальную точку и точку отдаленную. Последняя относится к группе точек пяти элементов (йокэцу), но находится с локальной точкой в одном меридиане. Сирото называет «индукцией» раздражение в отдаленных точках и считает, что это дает лучший результат, чем раздражение в одной только локальной точке.

В развитие и популяризацию метода чжень-цзю-терапии весомый вклад внесли специалисты различных европейских стран, в том числе J. Bischko (1970), J. Bossy (1975), G. Darras (1967), J. Daniaud, J. Malespine (1958), G. Konig, J. Wancura (1975), F. Mann (1962), G. S. Morant (1939—1941, 1957, 1960), Nguyen Van Nghi (1973, 1974, 1977), J. E. N. Niboyet (1963, 1973), P. Nogier (1963), M. Rubin (1974), E. Stiefvater (1956), R. Voll (1973). Они, ознакомившись с основами древневосточных концепций по акупунктуре, в последующем переработали их и стали объяснять данный метод с современных позиций. Однако многие из них стремились донести до врачей, занимающихся практической акупунктурой, основные положения древневосточной медицины в первозданном, так сказать чистом виде. В данном случае они

¹ Эти точки описаны нами как точки пяти элементов.

учитывали тот неоспоримый факт, что в практической работе на данном этапе без этих положений не обойтись, хотя обоснование некоторых из них не выдерживает научной критики.

Основоположником современной литературы по акупунктуре в Европе по праву считается G. S. Morant (1939—1941, 1957, 1960). Именно ему западноевропейские страны обязаны популяризацией точных сведений из оригинальных источников. Нужно отметить и тот факт, что после опубликования его работ учение древних медиков распространилось в Европе как «новая терапия».

J. Daniaud и J. Malespine (1958) считают, что «лечение происходит путем воздействия на точки акупунктуры в целях возбуждения их энергетического и симптоматического действия». Воздействие на точки акупунктуры позволяет тонизировать «орган в пустоте» или «затормозить орган в полноте», и таким образом восстанавливается утраченное равновесие инь—ян в органах (меридианах).

Для тонизирования «энергии меридиана» при наличии синдрома недостаточности рекомендуется воздействовать методом тонизации на следующие стандартные пункты пораженного меридиана: тонизирующую точку, источник, точку ло, точку-глашатай, а также на тонизирующую точку предшествующего меридиана по большому кругу циркуляции энергии (на основании правила «мать—сын»). Кроме того, для достижения тонизации пораженного меридиана возможен другой вариант, который заключается в воздействии методом торможения как на точку ло спаренного меридиана, так и на седативную точку последующего меридиана по большому кругу циркуляции энергии (на основании правила «мать—сын»).

Для торможения «энергии меридиана» при наличии синдрома избыточности рекомендуется воздействовать методом торможения на следующие стандартные пункты пораженного меридиана: седативную точку, источник, точку ло, сочувственную точку, а также седативную точку предыдущего меридиана по большому кругу циркуляции энергии (правило «мать—сын»). Кроме того, для достижения торможения пораженного меридиана возможен другой вариант, который заключается в воздействии методом тонизирования как на точку ло спаренного меридиана, так и на тонизирующую точку последующего меридиана по большому кругу циркуляции энергии (правило «мать—сын»).

Таким образом, J. Daniaud и J. Malespine предложили схему лечения, созданную на основе использования стандартных пунктов меридианов и правила «мать—сын», примененного по отношению к большому кругу циркуляции энергии.

Авторы предлагают дополнительное применение правил «предупреждения», «полдень—полночь» и «муж—жена», а также отношения инь—ян. При воздействии на пораженный меридиан независимо от синдрома избыточности или недостаточности рекомендуется на основании правила «полдень—полночь» использовать тонизирующую точку диаметрально противопоставленного меридиана, а на основании правила «муж—жена» — также тонизирующую точку, но лишь тех меридианов, точка пульса которых проецируется на правое запястье. Отношение инь—ян применяется при поражении только иньских меридианов и заключается в том, что при синдроме недостаточности рекомендуется дополнительно возбуждать тонизирующую точку, а при синдроме избыточности — угнетать седативную точку спаренного янского меридиана.

Видный представитель французской акупунктуры Nguyen Van Nghi (1973, 1977) изложил ряд положений «об энергетических процессах» в основных,

дополнительных и «чудесных» меридианах. В своих трудах, подчеркивая значение древневосточных теорий, он утверждает, что принцип сочетания точек может быть основан только на них, рекомендует проводить лечение используя необходимый арсенал точек, начиная с античных и кончая точками ключами «чудесных» меридианов. При этом он неукоснительно рекомендует соблюдать правила, выведенные из древневосточных теорий.

М. Rubin (1974), Н. Voisin (1974), подробно ознакомившись с древнекитайской медициной, стали широко применять на практике этиологическое лечение с ее позиций. В своих работах эти врачи отмечают целесообразность именно такого лечения с последующим переходом к симптоматическому лечению в восточном понимании.

Представители немецкой акупунктуры Е. Stiefvater (1956), G. Bachmann (1959, 1960), А. Brodde (1963), основательно переработав древневосточные источники, достигли серьезных успехов в практической акупунктуре, хотя они и придерживаются в основном тех же позиций, что и французские коллеги, однако им нельзя отказать в оригинальности и самобытности.

Е. Stiefvater предлагает составленные им схемы лечения, которые основаны на знании расположения зон кожной гипералгезии Захарьина—Геда и отыскании в пределах этих зон пунктов максимальной чувствительности, или точек-глашатаев (мо-пункты).

А. Brodde (1963), разбирая те же точки пяти элементов, говорит о методе Коанн-фа (применение барьеров). Он же большое внимание уделяет применению «чудесных» меридианов.

Немецкие исследователи G. König и J. Wancura (1975) приводят несколько методов сочетания точек, применяемых в современном Китае (они почти совпадают с методами сочетания точек, которые были даны Чжу Лянь в 1959 г.). Называя указанные методы сочетания точек «связками», эти авторы делают попытку объяснить целесообразность их применения с анатомо-физиологических позиций. Они указывают, что «связки» точек можно объяснить за счет невральных механизмов, опираясь при этом на анимальную нервную систему с ее сегментарным делением и учетом роли вегетативной нервной системы. По мнению G. König и J. Wancura, принимая во внимание роль вегетативной нервной системы и особенно симпатического отдела, можно подвести «анатомическую» базу под те методы сочетания точек, которые не укладываются в сегментарный принцип. В частности, они считают, что односторонняя организация симпатического пограничного столба может представлять собой «анатомическую» основу верхненижней связки (или метод сочетания точек верхней и нижней конечности, согласно Чжу Лянь), при которой раздражение производится краниально и каудально на одной стороне тела.

Ведущий английский специалист по акупунктуре F. Mann (1962) на основании разбора точек пяти элементов, исходя из цикла у—син и опираясь при этом на сочетание двух деструктивных и одной создающей связей, вывел оригинальную таблицу — схему сочетаний точек акупунктуры.

При использовании схемы F. Mann необходимо поставить диагноз, установить пораженный меридиан, а также характер поражения (избыточность, недостаточность) и соотнести меридиан с элементами цикла у—син.

При синдроме избыточности (ян) следует:

1) оказывать воздействие тормозным методом на ту точку пяти элементов пораженного меридиана, которая по элементной принадлежности

соответствует последующему меридиану, т. е. понятию «сыну», а также на точку «элемент в элементе» (точка «сын» пораженного меридиана);

2) оказывать воздействие тонизирующим методом на ту точку пяти элементов пораженного меридиана, которая по элементной принадлежности соответствует «противостоящему» меридиану (т. е. связанному с ним деструктивной связью), а также на точку «элемент в элементе», расположенную на «противостоящем» меридиане.

При синдроме недостаточности (инь) следует:

1) оказывать воздействие возбуждающим методом на ту точку пяти элементов пораженного меридиана, которая по элементной принадлежности соответствует предыдущему меридиану, т. е. понятию «мать», а также на точку «элемент в элементе», расположенную на предыдущем меридиане (т. е. на точку «мать» пораженного меридиана);

2) оказывать воздействие тормозным методом на точку пяти элементов пораженного меридиана, которая по элементной принадлежности соответствует «противостоящему» меридиану, а также на точку «элемент в элементе», расположенную на противостоящем меридиане.

Румынские врачи строят свою работу исходя из классических представлений традиционной медицины о меридианах и стандартных пунктах воздействия, но с применением современных методов определения индивидуальных точек у каждого больного. J. Bratu, J. Stouicescu и V. Prodesqu (1959) считают, что во избежание взаимоисключающего эффекта при воздействии на многие точки акупунктуры и меридианы следует избрать для каждого случая один меридиан. Для этого они измеряют электрокожное сопротивление над всеми 12 точками-глашатаями (мо) и отмечают тот меридиан, точка-глашатай которого имеет наименьшее электрокожное сопротивление. В пределах данного меридиана они выбирают 2—4 наиболее подходящие по своей функциональной характеристике точки для данного больного.

Для усиления эффекта это воздействие может быть дополнено укалыванием в точки ло противоположного меридиана по правилу «полдень—полночь».

В тех случаях, когда лечение недостаточно эффективно, с целью общего стимулирования прибегают к воздействиям, именуемым «конституциональными», основанными на учении о «четырех морях», т. е. о четырех темпераментах: «море энергии» — состояние силы обоих нервных процессов, как возбуждательного, так и тормозного; «море кровяное» — при сильном возбуждении ослаблен процесс торможения; «море пищевое» — при ослабленном возбуждении тормозной процесс сохранен; «море костномозговое» — ослабление обоих нервных процессов.

При необходимости общей регуляции в условиях наличия «моря энергии» воздействие должно быть направлено на точки 18ХІІ цян-цзянь, 9ІІІ жэнь-ин. В условиях «моря кровяного» — на точки 36ІІІ цзу-сань-ли, 37ІІІ шан-цзюй-суй, 44ХІ цзу-цяо-инь; при «море пищевом» — на 30ІІІ ци-чун, 36ІІІ цзу-сань-ли; при «море костномозговом» — на 15Х тянь-ю, 22Х хэ-ляо.

Воздействие на эти точки «морей» рекомендуется и как подготовительный курс к лечению хронических, упорных заболеваний.

И. И. Русецкий (1959) писал, что вполне понятно применение местных точек, а также понятна и целесообразна сегментарная терапия, причем отмечал, что «сегментарную терапию надо рассматривать не только с позиций совпадения афферентной и эфферентной импульсации для внутренне-

го органа в одних спинальных сегментах, но и с точки зрения сегментарной сосудистой иннервации органов и участков тела». Деление на поверхности ян и инь «имеет свой смысл и обоснование» и поверхности ян и инь отличаются анатомо-физиологическими особенностями. Анализируя прописи рецептов (методы сочетания точек) при функциональных заболеваниях, И. И. Русецкий приходит к выводу, что «эмпирический опыт выявляет в данном случае значение и роль подкорковых образований при заболевании неврастений».

В. Г. Вогралик (1961) считает, что наиболее понятным и обоснованным с позиций современной медицинской науки можно считать использование местных точек, воздействие на которые осуществляется преимущественно по механизму аксон-рефлекса сегментарных точек или точек, находящихся в другой нервной связи с органами, подлежащими воздействию, и так называемых общих точек, через которые вызывается общая реакция организма по типу и механизму реакции адаптации (стресс-реакция Селье). В 1961 г. В. Г. Вогралик писал: «Как известно, в нашей стране большое распространение и признание получил принцип совместного воздействия через общеукрепляющие точки, сегментарные точки и точки „тревоги“ (глашатай), имеющие в большинстве случаев сегментарное расположение». Однако В. Г. Вогралик отмечает, что сегментарный принцип подбора точек обедняет возможности чжень-цзю-терапии. Он считает, что в дальнейшем должны получить широкое применение «шлюзовые» точки на конечностях и ратует за разработку и обоснование общего принципа в вопросе подбора точек воздействия.

Э. Д. Тыкочинская (1961) считает, что для правильного выбора точек и их сочетаний, а также выбора метода воздействия при наличии одного и того же клинического синдрома необходимо провести патофизиологический анализ симптомообразования: выяснить патогенетические механизмы, которые лежат в основе развития заболевания, и, наконец, учитывать особенности функционального состояния центральной нервной системы больного, на фоне которого развился данный синдром.

А. Т. Качан (1972) считает, что использование принципов системы каналов (меридианов) расширяет возможности клинициста в выборе и сочетании точек воздействия при применении иглотерапии. В первую очередь это базируется на представлении о взаимосвязи органов, что дает основание использовать точки не только относящиеся к каналу пораженного органа, но и каналу органа однозначной и противоположной функциональной направленности.

Знание хода канала помогает выбирать отдаленные активные точки, связь которых с внутренними органами по представлениям современной медицины трудно объяснима.

Изучение особенностей изменений в системе каналов в норме и патологии позволит подвести современную биофизическую базу под традиционные представления и тем самым расширить возможности диагностики и терапии с использованием иглоукалывания и других рефлекторных воздействий в «активные точки».

М. К. Усова и С. А. Морохов (1974) считают, что дальнейшие исследования в области теории и практики иглотерапии должны быть направлены на обоснование общего принципа подбора точек воздействия и что пока приходится использовать имеющиеся и апробированные практикой правила сочетания точек.

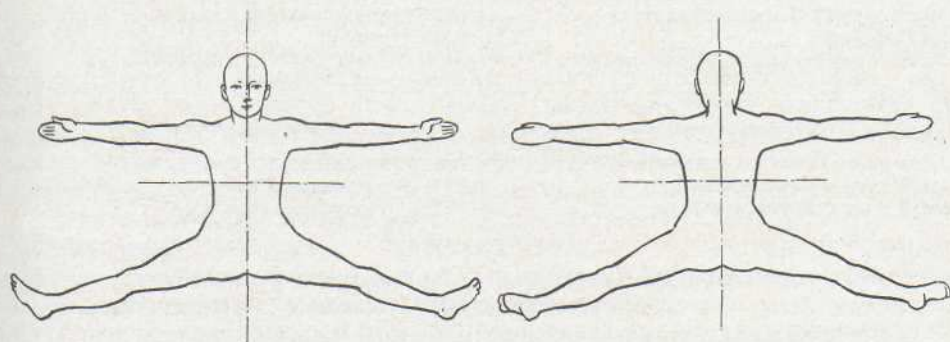
Итак, данный обзор дает нам возможность составить мнение о воззрениях известных представителей чжень-цзю-терапии.

§ 2. Закономерности древневосточной медицины в подборе точек акупунктуры

Принципы и методы подбора точек для лечения являются одним из сложных и узловых вопросов иглорефлексотерапии. Следует отметить, что до сих пор этот вопрос не получил современного решения.

Отсутствие теоретической «доказуемости» метода, который, однако, дает убедительный лечебный эффект, часто ставило в тупик многих исследователей. И тем не менее именно указанная «разобшенность» теории и практики постоянно привлекает к себе самое серьезное внимание исследователей.

Методы сочетания точек акупунктуры кропотливо разрабатывались тысячелетиями. Они представляют собой симбиоз эмпирического опыта и логических догадок многих поколений специалистов по чжень-цзю-терапии.



Схематическое разделение поверхности тела человека на 8 областей, исходя из трехмернопространственного взаимоотношения инь-ян.

Рис. 71.

Анализ древневосточных концепций показывает, что древние философы, исходя из учения инь—ян, выводили пространственные взаимоотношения. В пространстве они выделяли верх (ян) и низ (инь), наружный (ян) и внутренний (инь), левый (ян) и правый (инь), что вполне соответствует трехмерному измерению пространства, с разделением его на фронтальную, сагиттальную и горизонтальную плоскости. Учение инь—ян древними медиками было применено при изучении человеческого организма; они рассматривали поверхность тела человека в трехмерно-пространственном взаимоотношении инь—ян. Например, передняя поверхность (инь) состоит из верхней части (ян), и нижней части (инь), а также левой половины (ян) и правой половины (инь); такое же соотношение частей имеет задняя поверхность (ян).

Используя принцип трехмерно-пространственного взаимоотношения инь—ян, древние медики разделили поверхность тела на восемь областей (рис. 71). По поверхности каждой области тела проходят три основных и два «чудесных» меридиана (табл. 25).

Итак, подобно тому, как тело человека состоит из двух относительно симметричных половин, так левые и правые плоскостные области идентичны, и в них проходят одни и те же меридианы. Данные плоскостные области находятся между собой в трехмерно-пространственном взаимоотно-

Таблица 25

Распределение меридианов по плоскостным областям

| Левые плоскостные области | Правые плоскостные области |
|---|---|
| <p><i>Задняя верхняя</i></p> <p>группа ручных янских меридианов (II, X, VI) ЧМ I — контролирующий ЧМ III — наружный поддерживающий</p> | <p><i>Задняя верхняя</i></p> <p>группа ручных янских меридианов (II, X, VI) ЧМ I — контролирующий ЧМ III — наружный поддерживающий</p> |
| <p><i>Задняя нижняя</i></p> <p>группа ножных янских меридианов (III, XI, VII) ЧМ IV — опоясывающий ЧМ II — наружный пяточный</p> | <p><i>Задняя нижняя</i></p> <p>группа ножных янских меридианов (III, XI, VII) ЧМ IV — опоясывающий ЧМ II — наружный пяточный</p> |
| <p><i>Передняя верхняя</i></p> <p>группа ручных иньских меридианов (I, IX, V) ЧМ V — зачатия ЧМ VII — внутренний поддерживающий</p> | <p><i>Передняя верхняя</i></p> <p>группа ручных иньских меридианов (I, IX, V) ЧМ V — зачатия ЧМ VII — внутренний поддерживающий</p> |
| <p><i>Передняя нижняя</i></p> <p>группа ножных иньских меридианов (IV, VIII, XII) ЧМ VIII — поднимающийся ЧМ VI — внутренний пяточный</p> | <p><i>Передняя нижняя</i></p> <p>группа ножных иньских меридианов (IV, VIII, XII) ЧМ VIII — поднимающийся ЧМ VI — внутренний пяточный</p> |

шении инь—ян, а равновесие между ними предполагает гармонию инь—ян во всем организме, что означает «сбалансированный» (здоровый) организм.

Пространственные взаимоотношения инь—ян на поверхности тела человека, возведенные древними медиками в определенные закономерности, легли в основу диагностики и терапии методом чжень-цзю. Так, известно, что меридианы, расположенные на передней поверхности тела (инь), находятся в определенном взаимоотношении с меридианами, расположенными на задней поверхности тела (ян): $1 \rightleftharpoons II$, $III \rightleftharpoons IУ$, $У \rightleftharpoons VI$, $УП \rightleftharpoons УШ$, $IX \rightleftharpoons X$, $XI \rightleftharpoons XII$. Кроме того, меридианы, локализованные на задней поверхности, относятся к органам фу, т. е. к ян, а на передней поверхности к органам чжан, т. е. к инь. Некоторые исследователи поэтому при анализе меридианов и выделяют строго янские, иньские меридианы, рассматривая их во взаимоотношении инь—ян. Однако при этом необходимо иметь в виду и два других взаимоотношения инь—ян по отношению к поверхности тела человека, выделенные древними медиками, как «верх-низ» и «левый-правый», так как это также

Таблица 26

Трехмерно-пространственное взаимоотношение инь-ян на уровне основных меридианов

| Задний (ян) | — передний (инь) | Верхний (ян) | — нижний (инь) | Левый (ян) | — правый (инь) |
|-------------|------------------|--------------|----------------|------------|----------------|
| II | I | I | VII | V | I |
| III | IV | II | VIII | VI | II |
| VI | V | V | XI | XI | III |
| VII | VIII | VI | XII | XII | IV |
| X | IX | IX | III | VII | X |
| XI | XII | X | IV | VIII | IX |

имеет определенное значение при проведении диагностики и терапии методом чжэнь-цзю. Согласно древневосточной концепции, основные меридианы в той взаимосвязи находятся между собой, которая следует из вышеизложенного принципа трехмерно-пространственного взаимоотношения инь—ян. И в соответствии с этим составлены пары (табл. 26). Данное положение подтверждается тем, что древние медики предусмотрели точки ло, понятие поперечный ло-пункт, а также ранее изложенные правила «полдень-полночь», «мужчина-женщина».

Деление на инь—ян относится также к точкам акупунктуры, входящим в меридианы. В каждом из них в свою очередь были выделены седативная (инь), тонизирующая (ян) точки и точка-пособник, которая в зависимости от воздействия может выступать в роли ян или инь.

§3. Акупунктурная диагностика

Для того чтобы приступить к лечению, т.е. к составлению акупунктурного рецепта (подбору точек воздействия), необходимо по возможности выяснить уровень нарушенного равновесия, т.е. провести акупунктурную диагностику. На современном этапе развития рефлексотерапии акупунктурную диагностику, по-видимому, можно условно разделить на клиническую и инструментальную. Клиническая акупунктурная диагностика заключается в исследовании состояния больного путем опроса, осмотра, аускультации и пальпации с последующим анализом симптомов и синдромов болезни с позиции избыточность—недостаточность. Инструментальная акупунктурная диагностика (электродиагностика по активным точкам) проводится при помощи специальных приборов и заключается в измерении биопотенциалов в определенных точках воздействия.

В задачу акупунктурной диагностики (клинической и инструментальной) входит выявление пораженного органа и соответствующего ему меридиана, что позволит сделать вывод о нарушении равновесия между меридианами. Важным элементом акупунктурного диагноза является определение уровня этого поражения.

Как известно, древневосточная медицина рассматривает человеческий организм как саморегулирующуюся систему, в которой инь—янь уравновешены, а в случае нарушения этого равновесия возникает заболевание. Само же нарушение равновесия будет проявляться во всех уровнях либо в виде избыточности, либо в виде недостаточности и наоборот. Именно в этом и заключен принцип нарушения равновесия.

Одной из проблем медицины является установление возможностей организма поддерживать оптимальный уровень жизнедеятельности при действии на него разнообразных раздражителей.

Основным биологическим процессом является непрерывный распад и синтез веществ, и эти противоположные процессы, находясь в состоянии относительного равновесия, обеспечивают протекание всех жизненных функций, восстановление энергетических и структурных ресурсов. Физиологические и патологические раздражители внешней и внутренней среды могут усиливать или угнетать распад и синтез, что ведет к изменению относительного равновесия между ними. Нарушенное равновесие восстанавливается путем соответствующих изменений в интенсивности того или иного процесса. В ответ на действие физиологических раздражителей организм дает первичный ответ о состоянии той или иной функции, что сопровождается усилением обмена веществ. Действие патологических раздражителей

ведет к усилению или ослаблению функций организма, что также сопровождается усилением обмена веществ. В таком смысле и следует, по-видимому, рассматривать древневосточные понятия «избыточность» и «недостаточность».

В последние десятилетия как в отечественной, так и в зарубежной литературе предпринимаются попытки корреляций между определенными (частными и общими) древневосточными понятиями и современными физиологическими данными. И. И. Русецкий (1959) писал: «Поверхности Ян и Инь отличаются анатомическими и физиологическими особенностями... Линии Инь оканчиваются на туловище, они не поднимаются на голову, т. е. быстрее замыкаются в спинальных отделах, ближе к местным точкам и отражают более древний тип иннервации. На поверхности Ян проходят нервы, менее богатые вегетативными волокнами, линии поднимаются на голову, структура приближается к типу соматической иннервации». Н. Гонх (1955) связывал систему меридианов с адренергическими и холинергическими механизмами вегетативной нервной системы. W. Lang (1957) систему меридианов связывал только с симпатической нервной системой, полагая, что янские меридианы — это афферентные, а иньские — эфферентные ее пути. Эти представления, в которых проводилась корреляция частных положений древневосточной медицины (учение о меридианах) с физиологическими данными, носят, как подчеркивал еще в 1961 г. В. Г. Вогралик, несколько упрощенный характер. Но в то же время В. Г. Вогралик наряду с R. Fuye и G. Schmidt (1952) и G. Bachman (1959) допускает, что «симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы, точнее говоря, адренергическая и холинергическая медиация в организме взаимодействует согласно общему закону ян—инь».

Основной функцией вегетативной нервной системы является сохранение в нормальных пределах биологических констант и адаптация организма к условиям внешней среды, что в определенной степени обеспечивается двойной и антагонистической иннервацией большей части внутренних органов. Симпатопарасимпатическая двойственность, посредством которой вызывается либо раздражение, либо торможение рабочих органов, способствует сохранению динамического равновесия соответствующих функций (табл. 27).

Таблица 27

Ответы рабочих органов при стимулировании симпатических и парасимпатических нервов (Haulica J., 1978)

| Орган | Парасимпатическая система | Симпатическая система |
|-------------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Ритм <i>Сердце</i> | Торможение | Стимулирование |
| Сила сокращений | » | » |
| Проводимость | » | » |
| <i>Сосуды</i> | | |
| Кожа | — | Констрикция |
| Мышцы | — | Расширение |
| Брюшно-тазовые внутренние органы | Расширение | Констрикция |
| Коронарные | Констрикция | Расширение |
| Легкие | » | » |
| Мозг | Расширение | Констрикция |
| Слюнные железы | » | » |
| Наружные половые органы | » | » |

Продолжение табл. 27

| Орган | Парасимпатическая система | Симпатическая система |
|---------------------------------|--|--|
| <i>Гладкие мышцы</i> | | |
| Пищевод | Сокращение | Расслабление |
| Кардия | Расширение | Сокращение |
| Желудок | Повышение тонуса и перистальтики | Снижение тонуса и перистальтики |
| Привратник | Расслабление | Сокращение |
| Кишечник | Повышение тонуса и перистальтики | Снижение тонуса и перистальтики |
| Прямая кишка | Сокращение | Расслабление |
| Анальный сфинктер | Расслабление | Сокращение |
| Мочевой пузырь (детрузорная) | Сокращение | Расслабление |
| Пузырный сфинктер | Расслабление | » |
| Мочеточник | Сокращение | Расширение |
| Бронхи | Констрикция | » |
| Радужная оболочка | » | » |
| Цилиарные мышцы | Сокращение | Расслабление |
| Пиломоторные мышцы | — | Сокращение |
| Третье веко | — | » |
| Половой член | Эрекция | Эякуляция |
| Матка | Изменяется в зависимости от вида животного и функционального состояния | Изменяется в зависимости от вида животного и функционального состояния |
| Беременная матка | — | Сокращение |
| Небеременная » | — | Расслабление |
| <i>Железы</i> | | |
| Слюнные | Стимулирование | Стимулирование |
| Носовые | » | Торможение |
| Желудочные | » | » |
| Панкреатические | » | » |
| Потовые | — | Стимулирование |
| Островки Лангерганса | Стимулирование | — |
| Медуллосупраренальные | — | Стимулирование |
| Печень | — | Гликогенолиз |
| Основной метаболизм | — | Повышение |

Из табл. 27 следует, что парасимпатическое стимулирование вызывает на уровне некоторых органов тормозящее действие, а со стороны других органов — возбуждающий ответ. Симпатическая система также иногда является стимулирующей, а иногда — тормозящей. Хотя действие симпатического стимулирования имеет направление, которое противоположно действию, вызываемому парасимпатической системой, это правило не носит абсолютного характера, поскольку симпатико-парасимпатический антагонизм может превращаться в интерстимулирующий механизм, т. е. в синергизм.

Вегетативная нервная система координирует и адаптирует нервным и гуморальным путем деятельность всех органов, участвует в сохранении динамического равновесия жизненных функций (Haulica J., 1978).

Нам представляется, что древневосточные понятия о равновесии организма, достигаемом в результате гармонии двух противоположных явлений — недостаточности и избыточности (инь—ян) в определенной степени, по-видимому, можно рассматривать как динамическую ста-

бильность внутренней среды (гомеостаз) организма, которая обеспечивается за счет интегративной деятельности вегетативной нервной системы.

Согласно J. Naulica (1978), вегетативная интеграция осуществляется тремя путями:

- «при исключительном участии симпатико-парасимпатической системы», при помощи интерстимулирующего механизма,
- путем соматовисцеральной интеграции,
- путем нейроэндокринного соотношения.

Известно, что парасимпатические и симпатические нервы вызывают противоположные действия, которые взаимно уравниваются, но в то же время механизм нервной регуляции, например деятельности сердца, обеспечивает как ускорение, так и торможение. При этом ускорение деятельности сердца достигается симпатическим стимулированием или парасимпатическим торможением, а торможение, наоборот, парасимпатическим стимулированием или симпатическим торможением (см. табл. 27). Эти данные современной физиологии в определенной степени объясняют восточную эмпирику, согласно которой для достижения равновесия, например при синдроме недостаточности, необходима тонизация инь или дисперсия ян и т. д.

В практической акупунктуре применяют два метода раздражающего воздействия с целью восстановления утраченного равновесия: тонизацию при синдроме недостаточности и дисперсию при синдроме избыточности. Проанализируем эти методы раздражающего воздействия на основании данных литературы.

S. Vanagiya (1956) пишет, что перед сеансом иглоукалывания кожу в области укола следует медленно массировать, благодаря чему улучшается кровенаполнение этого участка. Производят зондирование точки акупунктуры слепым концом иглы на счете «пять» после 4 дыхательных движений, что способствует уменьшению боли, а «физиологическая энергия в кровообращении не уменьшается». Перед введением иглы ее конец ставят на поверхность кожи в области точки акупунктуры и исследуют «энергетические реакции всего тела пациента». Затем во избежание боли медленно вводят иглу, причем весной и летом после 24 дыхательных движений, осенью и зимой — после 36, а у детей, пожилых и ослабленных больных — после 5 дыхательных движений.

Чжу Лянь (1959) описывает приемы «прибавления» и «отнятия» (бу—се). Применение этих приемов определяется синдромом заболевания и ощущениями, получаемыми в процессе проведения процедуры. При заболеваниях, сопровождающихся понижением или выпадением функции органа, системы или нарушением функций организма в целом, необходимо проводить «бу», т. е. «прибавление энергии», оказать возбуждающее действие, а при заболеваниях с повышенной функцией нужно проводить «се», т. е. «отнятие энергии» — оказать тормозное действие. Далее, если после введения иглы нет ощущения или оно слабо выражено (это в известной степени показатель пониженной функции), надо применить короткое сильное раздражение в виде непрерывного вращения либо пунктирования («прибавить»). Если после введения иглы сразу возникает сильное ощущение или местное напряжение мышц (это показатель повышенной функции), нужно применять длительное раздражение с постепенно нарастающей интенсивностью путем медленного вращательного движения с последующим оставлением иглы («отнять»).

П р и е м ы о т н я т и я. Медленно вводят иглу и быстро ее извлекают; 1 раз вводят и 3 раза извлекают не полностью. В этих случаях необходимо при введении иглы осторожно и медленно ее вращать. Вращение иглы выполняют «против течения» (против хода меридиана) до 6 раз с последующим ее оставлением.

Приемы прибавления. Иглу быстро вводят и медленно извлекают; 3 раза подряд вводят и 1 раз извлекают; делают пунктирование, либо вправо, либо влево, т. е. увеличивают силу раздражения. Вращают иглу «по течению» (по ходу меридиана) до 9 раз с последующим медленным извлечением иглы и оставлением при этом узкого отверстия. Стандартных правил о направлении вращения не существует. Основными условиями для правильного проведения процедуры являются учет ощущений больного и тщательное наблюдение за изменениями в течении заболевания. Также лучше применять равномерное вращение вправо и влево — «одинаковое прибавление и отнятие».

F. Mann (1962) пишет, что «точка-источник может вызвать либо непосредственное тонизирование, либо непосредственное успокоение меридиана, на котором расположена». По данным классической литературы, точка-источник тонизируется при использовании золотой иглы и ее вращении по часовой стрелке, причем иглу вводят в направлении «потока энергии вдоль меридиана», и результат может быть эффективным, если это производится при выдохе. Эта же точка успокаивается при использовании серебряной иглы и вращении ее против часовой стрелки, а также при введении иглы в направлении противотока энергии вдоль меридиана» и получают эффект, если это производится при входе.

S. Okabe (1969) указывает, что тонификация (тонизация) применяется для воздействия на пульсы (-). Введение иглы в этом случае легкое, так как кожа расслабленная, мягкая, дряблая, без тонуса, «в состоянии пустоты энергии инь». После введения иглы на желаемую глубину ее вращают вокруг оси, чтобы вызвать съезживание кожи, и как только кожа съезжилась вокруг иглы, ее быстро извлекают. Сеанс иглоукальвания заканчивают легким массажем, чтобы «закрыть дырку». В течение всей манипуляции иглу не следует выпускать из рук — время нахождения иглы в точке короткое (несколько секунд). Для тонификации лучше укальвать точки акупунктуры, расположенные на левой части тела.

Рассеивание (дисперсия) применяется для воздействия на пульсы (+). При этом иглу вводить труднее, так как кожа твердая, съезженная, напряженная, повышенного тонуса, «в состоянии полноты энергии ян». Вводить иглу следует быстро, вращая ее вокруг оси. Иглу, введенную на желаемую глубину, оставляют и ждут, пока кожа не расслабится. Извлечение иглы должно быть легким и медленным, «оставляя дырку открытой». Продолжение манипуляции 10—30 мин; лучше укальвать точки акупунктуры, расположенные на правой части тела.

При проведении сеанса иглотерапии тонификация всегда должна предшествовать рассеиванию (дисперсии), которая применяется в конце сеанса.

По мнению I. Borsarello (1971), воздействие на точку «рассеивания» (седативная точка) успокаивает меридиан и «уменьшает количество избыточной энергии». Воздействие на точку тонизации (тонизирующая точка) вызывает укрепляющий эффект и «наполняет энергией меридиан, испытывающий в ней недостаток».

M. Nyudo (1975) пишет, что терапия «полноты» (избыточности) заключается в применении дисперсии (рассеивания) — сильной стимуляции микрокровопускания. Для лечения «пустоты» (недостаточности) используют тонизацию — слабую стимуляцию или обогревание.

Для проведения тонизации необходимо применять толстые серебряные иглы большой длины, которые в фазе выдоха вводят быстрыми движениями против хода меридиана на большую глубину. Рекомендуется на длительное

время оставлять иглу в тканях с применением раздражающих методик («клев» и т. д.), а извлекать ее в фазе вдоха. Для проведения дисперсии применяют золотые иглы малой длины, которые в фазе вдоха медленно вводят по ходу меридиана на небольшую глубину. Иглу в тканях не оставляют, а сразу после погружения извлекают в фазе выдоха.

Как полагает М. Rubin (1975), при избыточности необходимо воздействовать на точку «сын» (седативную точку) пораженного меридиана, а при недостаточности — на точку «мать» (тонизирующую точку).

L. König и I. Wancura (1975) пишут, что согласно древнекитайским источникам, применяя различные двигательные ритмы рукой, можно достигнуть тонизирующего и успокаивающего эффекта. При тонизации иглу вначале вращают по часовой стрелке (I палец движется вперед), затем, медленно извлекая, поворачивают против часовой стрелки. При дисперсии начальное вращение иглы происходит против часовой стрелки (I палец движется назад), затем иглу медленно погружают, поворачивая при этом по часовой стрелке.

H. Siroto (1977) указывает, что регулирование величины раздражения зависит от относительной взаимосвязи между раздражающей энергией и живым организмом, воспринимающим эту энергию. Величину раздражения регулируют исходя из толщины иглы, глубины ее введения, угла и скорости вращения, направления усилия и скорости вертикального перемещения иглы.

По мнению автора, наиболее трудно решать вопрос о методе раздражающего воздействия в отношении конкретного больного. В соответствии с его патологическим состоянием может применяться сила раздражения большая, средняя, и малая. Большую силу раздражения используют для физически крепких больных, при лечении острых мучительных заболеваний, спазма и т. д.; малую силу раздражения — для слабых больных с притупленной реакцией, для лечения хронических болезней и паралича. При иглотерапии не следует применять избыточного раздражения.

На основании приведенного обзора литературы можно сказать, что дисперсия (рассеивание) вполне соответствует сильному, а тонизация — слабому раздражающему воздействию (такой же знак равенства ставится и в терапии Ryodoraku. Как видно, методы дисперсии и тонизации являются более широкими и специфическими понятиями, чем тормозной и возбуждающий методы, описанные в отечественной литературе. По-видимому, не следует ставить знак равенства между дисперсией и тормозным методом, а также между тонизацией и возбуждающим методом, хотя они имеют немало общего. В дальнейшем при рекомендации выбора метода раздражающего воздействия мы будем говорить о дисперсии и тонизации, применение которых способствует восстановлению утраченного равновесия в организме.

Итак, при дисперсии как методе раздражающего воздействия, который применяется при синдроме избыточности, желательно учитывать следующие условия:

- иглы (лучше серебряные) следует брать длинные и большого диаметра;
- вводить иглу нужно быстро, т. е. в один прием, в фазу вдоха, направление — против хода меридиана;
- после введения иглы ее не вращают до расслабления кожи в области укола;
- погружение иглы должно быть глубоким с вызыванием спектра предусмотренных ощущений;
- вращательные движения выполняют с поворотами против часовой стрелки до 6 раз, медленно, длительно, с постепенно нарастающей

интенсивностью и последующим оставлением иглы в тканях на 10—30 (60) мин;

— выводить иглу следует медленно, т. е. в три приема в фазе вдоха.

При тонизации как методе раздражающего воздействия, который применяется при синдроме недостаточности, желательно придерживаться следующих положений:

— иглы (лучше золотые) должны быть короткими и малого диаметра;

— вводить иглу следует медленно, т. е. в три приема, в фазу выдоха, направление — по ходу меридиана;

— вращать иглу нужно сразу так, чтобы съежилась кожа вокруг иглы;

— погружение иглы должно быть поверхностным, предусмотренных ощущений не добиваются;

— вращательные движения выполняют с поворотами по часовой стрелке до 9 раз; они должны быть короткими, быстрыми и значительной интенсивности, затем иглу сразу вынимают;

— выведение иглы быстрое, т. е. в один прием, в фазу вдоха.

Далее приводим сводные таблицы синдромов, которые позволяют провести клиническую акупунктурную диагностику (табл. 28, 29).

Таблица 28

Клиническая акупунктурная диагностика (общая)

| Избыточность ян | Избыточность инь |
|---|---|
| <i>Осмотр</i> | |
| Высокая температура | Плохая переносимость холода |
| Потливость после нагрузок («горячий пот») | Потливость на фоне общей слабости («холодный пот») |
| Потливость днем | Потливость ночью |
| Моча темного цвета | Моча светлого цвета |
| Запор | Жидкий стул |
| Новышенный аппетит | Отсутствие аппетита |
| Привычка к охлажденной пище, а также горечь во рту | Привычка к теплой и горячей пище, а также употребление соленой пищи |
| Распирающие боли в желудке после приема пищи | Боли в желудке, уменьшающиеся после приема пищи |
| Головная боль, сопровождающаяся повышенной температурой и ознобом | Головная боль постоянного характера, сопровождающаяся головокружением |
| Периодические боли в теле, возникающие внезапно, сильные, разлитого характера, не имеющие болевой точки | Постоянные боли в теле ноющего характера с определенной локализацией |
| Бессонница с физическим и психическим возбуждением | Сонливость |
| Физическая выносливость | Утомляемость (физическая и психическая) |
| Поведение активное | Поведение пассивное |
| Настроение бодрое | Настроение сниженное |
| Конституция гиперстенического типа (эти больные чаще страдают синдромом чжун — фэн) ¹ | Конституция астенического типа (эти больные чаще подвержены заболеванию сюй — ляо) ² |
| Лицо гиперемированное и блестящее | Лицо бледное с землистым оттенком |
| Блестящие глаза | Запавшие, тусклые глаза |
| Кожа с покраснением и припухлостью | Кожа без изменения цвета и без припухлости |
| Покраснение и опухание губ | Цианоз губ |
| Цвет языка красный | Покровы языка бледные |
| На языке густой желтый налет | На языке белый налет |
| Судороги и тетаническая ригидность | Ограничение движений в конечностях |
| Гиперменорея | Гипоменорея |
| Жестикаляция быстрая, богатая | Жестикаляция замедленная, бедная |
| Эмоции резкие, подвижные | Эмоции слабые, торпидные |

Продолжение табл. 28

| Избыточность ян | Избыточность инь |
|--|--|
| <i>Аускультация</i> | |
| Голос сильный, громкий, речь активная Глубокое, медленное шумное дыхание Звонкий кашель | Голос слабый, глухой, речь заторможена Поверхностное, учащенное тихое дыхание Хриплый кашель |
| <i>Пальпация</i> | |
| Поверхностный пульс Умеренно частый » Свободный » Поверхностные пульсы сильнее, чем глубокие Туловище и конечности на ощупь горячие Твердость мускулов и тканей | Глубокий пульс Редкий » Скрытый » Глубокие пульсы сильнее, чем поверхностные Туловище и конечности на ощупь холодные Мягкость и дряблость мускулов и тканей |
| <i>Патофизиологическая интерпретация</i> | |
| Симпатикотония Повышение основного обмена Артериальная гипертония Сухожильная гиперрефлексия Повышенная чувствительность | Ваготония Снижение основного обмена Артериальная гипотония Сухожильная гипорефлексия Пониженная чувствительность |

¹ Кровоизлияние в мозг, тромбоз мозговых артерий, паралич лицевого нерва.² Кашель, мокрота с кровью, интермиттирующая лихорадка, потливость, сердцебиение, ломящие боли в пояснице, слабость в ногах, поллюции и т. д.

Таблица 29

Клиническая акупунктурная диагностика (применительно к отдельным меридианам)

| Избыточность | Недостаточность |
|---|--|
| <i>Меридиан I (легких)</i> | |
| Боли в области спины и плеча Напряжение мышц плеча Повышение температуры Звонкий кашель Прилив крови к голове Тонзиллит Бронхиальная астма Горячая на ощупь ладонь, горячий пот | Боли в области ключицы и грудной клетки Чувство онемения и похолодания верхней конечности Повышение чувствительности к холоду Хриплый кашель Головокружение Сухое горло Кожные расстройства, зуд Холодный пот |
| <i>Меридиан II (толстой кишки)</i> | |
| Запор Абдоминальная боль, вздутие живота Головная боль, головокружение Боли в пальцах, в области предплечья, плеча и спины Напряжение мышц шейно-затылочной области Озноб | Понос Урчание в животе, расстройства кишечника Эмоциональный дискомфорт, чувство тревоги Онемение области предплечья, плеча Слабость верхней конечности и чувство слабости в пальцах Бронхиальная астма, фарингит |
| <i>Меридиан III (желудка)</i> | |
| Вздутие живота, отрыжка, запор Чувство голода Напряжение мышц передней части шеи Боли в грудной клетке Боли по передней поверхности бедра, голени и колена Боли и спазмы в области желудка | Урчание в животе, рвота, понос Отсутствие аппетита Напряжение мышц плечевой области Боли в области абдоминальных мышц Онемение и похолодание в области бедра и голени Замедленное пищеварение, чувство переполнения в желудке |

Продолжение табл. 29

| Избыточность | Недостаточность |
|--|---|
| <p>Возбуждение больного с высокой температурой Сухой рот, трещины слизистой оболочки рта Боли и ограничение движений в суставах</p> <p><i>Меридиан IV (селезенки — поджелудочной железы)</i></p> <p>Вздутие живота, чувство переполнения в животе, запор Боли и ощущения тяжести в области подреберья, груди Боли в суставах ног Тошнота, отрыжка воздухом Боли в стопе, ограничение движения I пальца Пищевая интоксикация</p> <p><i>Меридиан V (сердца)</i></p> <p>Боли в области сердца Гиперемированное лицо Ощущение жара в ладонях, боли в плече и предплечье Ощущение тяжести в конечностях Ощущение переполнения в желудке Легкая эйфория, повышенная возбудимость</p> <p><i>Меридиан VI (тонкой кишки)</i></p> <p>Боли в области пупка и нижней части живота, запор Головная боль Кривошея, судороги мышц шеи и затылка Боли по задней поверхности плеча и предплечья</p> <p><i>Меридиан VII (мочевого пузыря)</i></p> <p>Учащенное мочеиспускание Болезненные спазматические явления со стороны мочеполовых органов Боли и напряжение мышц спины (позвочника) Боли и спазмы мышц нижней конечности Головная боль в лобно-затылочной области Избыточное слезотечение и боль в глазах Кровотечение из носа</p> <p><i>Меридиан VIII (почек)</i></p> <p>Задержка мочи Сухость слизистой оболочки рта и языка Ощущение жара в ногах Стопа на ощупь теплая Боли в области крестца, поясницы, внутренней поверхности бедра Повышение сексуальной потенции Тошнота Чувство внутреннего волнения</p> <p><i>Меридиан IX (перикарда)</i></p> <p>Чувство стеснительности, гневливости, сердечные нарушения Боли в верхней конечности и напряжение мышц плеча</p> | <p>Психическая депрессия, частая зевота Набухание слизистой оболочки горла Опушение угла рта, припухлость лица</p> <p>Плохое пищеварение, чувство усталости после еды, понос Боли в эпигастральной и подложечной областях Слабость и парез нижней конечности Рвота Венозный застой в ногах Кожные расстройства</p> <p>Сердцебиение и одышка при физической нагрузке Бледное лицо Похолодание внутренней поверхности плеча Головокружение из-за недостаточности кровообращения Заболевания органов нижней части грудной клетки (сердце, печень) Чувство печали, страха, тоски</p> <p>Снижение питания, тошнота, рвота и понос Звон в ушах, снижение слуха Отечность нижней челюсти и области шеи Слабость в конечностях и ощущение холода в них</p> <p>Редкое мочеиспускание Отечность и припухлость области половых органов Гипотония мышц и затылка позвоночника, неподвижность бедра Ощущение тяжести и слабости в нижних конечностях Головокружение Слабость спины и V пальца стопы Геморрой</p> <p>Недержание мочи Обильное потоотделение Ощущение холода в ногах Стопа на ощупь холодная Чувство онемения и слабость в нижних конечностях Снижение сексуальной потенции Расстройства кишечника Чувство страха, нерешительность</p> <p>Депрессивное состояние, утомляемость, сердцебиение Слабость верхней конечности</p> |

Продолжение табл. 29

| Избыточность | Недостаточность |
|--|---|
| Головная боль с ощущением прилива Боль в грудной клетке Покраснение глаз Запор | Головокружение при анемии Ощущение тяжести в грудной клетке Желтушность склер Понос |
| <i>Меридиан X (трех частей туловища)</i> | |
| Расстройства мочеиспускания, полиурия Непереносимость жары Боли в области плеча, лопатки, шеи и затылка Шум, звон в ушах Гиперемия, потливость лица Лихорадка с высокой температурой Раздражительность | Нарушения дыхания Непереносимость холода Онемение и слабость в области плеча и шеи Глухота Бледность лица Умеренная лихорадка Психическая и физическая утомляемость |
| <i>Меридиан XI (желчного пузыря)</i> | |
| Горечь во рту, тошнота Головная боль, боли в области бедра и голени Припухлость шеи и подбородка с покраснением кожи Заболевания горла Повышенная возбудимость, нарушение сна Горячая на ощупь наружная поверхность стопы | Рвота желчью Головокружение, слабость в нижних конечностях Припухлость стопы и подколенной ямки Заболевания глаз, желтушность склер Сонливость Потливость ночью |
| <i>Меридиан XII (печени)</i> | |
| Головная боль Боли по внутренней поверхности голени и бедра, боли в пояснице Желтушность кожи Нарушение менструального цикла Чувство гнева Нарушения сна Общий эмоциональный дискомфорт | Головокружение Слабость нижней конечности Бледный цвет кожи Тенденция к опущению матки, влагалища Чувство страха Слабость, бессилие Депрессия |

Инструментальная акупунктурная диагностика представляет собой определенную объективизацию клинической акупунктурной диагностики. Мы в своей практической работе пользуемся классическим методом Ryodoraku (Nakatani Y., 1955), на основании которого можно установить функциональное состояние меридиана (см. главу IV).

Итак, проводя лечение методом иглорефлексотерапии, следует ориентироваться на данные акупунктурной диагностики, что позволит определить «уровень поражения» и проводить на основании этого терапию определенными точками (сочетаниями точек) акупунктуры.

§ 4. Принципы подбора точек акупунктуры

Современный подход к подбору точек акупунктуры

Тысячелетняя практика не только обнаружила точки акупунктуры, но и систематизировала их в двух направлениях. Первое направление заключается в выделении двух групп точек: отдаленных и локальных, которые мы называем дистальными и проксимальными. Второе направление — это

своеобразная классификация точек в виде линий (меридианов), которые представляют собой функциональную взаимосвязь определенных точек акупунктуры, объединенных достаточной однородностью терапевтического эффекта. В каждом основном меридиане четко выделяется группа проксимальных и дистальных точек, причем последней придается большее значение.

Акупунктурная практика с большей убедительностью показала наличие неодинаковой ответной реакции с разных дистальных точек, относящихся к определенному меридиану. Одни точки акупунктуры оказывают более, другие менее выраженное и целенаправленное действие на функциональную активность меридиана. Этот факт позволил нам выделить три подгруппы точек среди дистальной группы: точки пяти элементов, точки ло и точки, не вошедшие в две предыдущие подгруппы. Как показал проведенный нами анализ, почти все канонизированные древневосточные методы сочетаний точек¹ выведены из первой и второй подгрупп дистальной группы. В практической акупунктуре при использовании точек первой подгруппы применяется отношение «тонизация-дисперсия», а для второй подгруппы используются отношения «верхний-нижний» и «левый-правый». Проксимальные точки не имеют предусмотренных сочетаний, исключение составляют точки сочувственная и глашатай. И, наконец, точки первой подгруппы дистальной группы (точки пяти элементов) не только сочетаются между собой, но могут и взаимозаменяться (отношение «тонизация-дисперсия»). Точки, «непосредственно отвечающие за состояние меридиана», т. е. тонизирующая и седативная, выведенные из числа точек пяти элементов на основании отношения «тонизация — дисперсия», могут заменяться подобными себе точками, но уже других меридианов. В этом случае существуют два варианта: а) замена идет по циклу пяти элементов с применением отношения «тонизация — дисперсия» и б) это же отношение применяется к ритмической почасовой взаимосвязи меридианов. Положение о взаимозаменяемости не распространяется на точки общего действия, которые относятся к проксимальной группе. Например, точки сочувственная и глашатай применяются только при патологии своего меридиана.

Итак, в выполнении практических действий при сочетании точек дистальной группы руководствуются своеобразной методикой, основанной на определенных отношениях. В основе отношения «тонизация — дисперсия» заложена идея о возможности замены точек воздействия, и, используя это отношение, можно заменять точки, выделенные нами условно в первую подгруппу дистальной группы. Отношения «верхний-нижний», «левый-правый» применяются для сочетания точек второй подгруппы дистальной группы. Это показывает, что не следует рассматривать поперечный лопункт, который применяется при избыточности, как единственный вид взаимосвязи меридианов.

Разделение точек акупунктуры на дистальную и проксимальную группы можно объяснить с современных анатомо-физиологических позиций. Известно, что в образовании метамера конечностей не принял участия миеломер, т. е. сегмент спинного мозга, что привело к нарушению метамерии на теле человека — изменению взаимоотношения между дерматомером и миомером. Эти два элемента метамера интересуют нас в том плане, что именно на них мы воздействуем иглой, вернее, на экстерорецепторы, расположенные на коже, и проприорецепторы, расположенные в мышцах. В этих элементах метамера распределяются и нервы (нейромер). Наибольшие сдвиги между

¹ Методы сочетания точек с применением определенных правил (отношений), причем отношение «тонизация—дисперсия» применяется для практической работы с точками пяти элементов, а отношения — «верхний-нижний, и «левый-правый» для точек ло.

взаимоотношениями элементов метамера на теле человека произошли на туловище и проксимальных частях верхней и нижней конечностей. Меньшее нарушение взаимоотношения между этими тремя элементами как раз имеют участки конечностей ниже коленного и локтевого суставов, где и расположена дистальная группа точек. Итак, на уровне дистальных отделов конечностей элементы метамера: дерматомер, миеломер и нейромер проецируются на одни и те же сегменты.

Акупунктурной практикой показано и определенное количественное различие ответной реакции, которая заключается в том, что воздействие на дистальные точки дает более интенсивную рефлекторную реакцию, чем воздействие на проксимальные точки. Данное обстоятельство можно объяснить наличием большой насыщенности дистальных отделов конечностей рецепторными образованиями, а также тем, что зона коркового представительства периферических отделов конечностей весьма велика. Кроме того, есть основания предполагать тесную связь их иннервации с неспецифическими системами ствола мозга и межучного мозга, поскольку показано (Бехтерева Н. П. и др., 1963; Вейн А. М., 1973) вовлечение ретикулярной формации в патогенез ряда ангиотрофоневрозов (болезнь Рейно и др.).

К данному вопросу имеет отношение и понятие взаимодействия рефлексов, которые А. Г. Гинецинский (1956) называет «союзными рефлексами». Это понятие применяется по отношению к тем случаям, когда раздражитель, приложенный к одной точке кожной поверхности, сам по себе недостаточен для рефлекторной реакции. Однако он возникает, когда присоединяется второй добавочной раздражитель, падающий на участок кожной поверхности, отдаленной на несколько сантиметров от точки предыдущего раздражения. Поэтому два подпороговых по своей величине раздражителя, действуя на союзные рефлекторные дуги одновременного (кожного) анализатора совместно, вызывают возникновение рефлекторной реакции. Союзные рефлексы возникают и при возбуждении различных рецепторных приборов, например, кожного и мышечного. Исходя из этого положения, при воздействии одной иглой на дерматомер и миомер дистальных отделов конечностей вызывается союзный рефлекс. Ранее указанная закономерность совпадения дерматомера и миомера, а нередко и нейромера с одним и тем же сегментом спинного мозга и получение на основе этого союзного рефлекса уже при воздействии одной иглой более характерны для точек дистальной группы.

Общеизвестно, что практическая акупунктура тесно связана со своеобразной классификацией точек по признаку меридиана. Мы считаем, что не следует подходить к 12 основным меридианам с утилитарной точки зрения, считая, что воздействием на точки акупунктуры определенного меридиана можно влиять на функциональное состояние только того органа, наименование которого носит данный меридиан. Подход к «основным органам» только с анатомических позиций не оправдан потому, что в диапазоне показаний к применению точек акупунктуры основных меридианов встречаются показания, выходящие за пределы органа, а также тех областей, где проходят данные меридианы. Поэтому эти «основные органы» следует рассматривать как системы взаимосвязей в организме, которые были эмпирически обнаружены при изучении его функций.

Определенные связи представлены в виде понятия «внутренний ход меридиана». На функциональное состояние всех органов, по которым проходит внутренний ход меридиана, можно оказывать влияние с точек акупунктуры, составляющих наружный ход меридиана.

Часть связей представлена в виде понятия «вторичные меридианы», и через точки ло можно оказывать влияние не только на тот орган, в меридиане которого находится данная точка, но и на другие органы (меридианы), которые связаны между собой поперечными ло-пунктом или просто точками ло по правилу «верхний-нижний», «левый-правый».

И, наконец, между многими основными меридианами существуют связи, которые представлены в виде «чудесных» меридианов.

Таким образом, тысячелетнее эмпирическое изучение функций организма представило отдельные системы связей в организме в виде «основных органов с меридианами», а также интеграцию этих связей в виде «чудесных» меридианов.

Закономерность объединения точек акупунктуры в линейно-пространственные комплексы (меридиан), по-видимому, можно обосновать фактом существования в центральной нервной системе соматотопического принципа соматовисцеральной афферентации.

Данные нейрофизиологии показали, что практически любое воздействие, направленное на соматосенсорную сферу, сопровождается изменениями в деятельности вегетативной сферы. Вместе с тем очевидно, что раздражение рецепторов внутренних органов — интероцепторов оказывает влияние на соматосенсорную и двигательную сферы. Таким образом, любой процесс, протекающий в вегетативной сфере, «втягивает» в реакцию соматическую сферу и, наоборот, какой-либо процесс, первично разыгрывающийся в соматической сфере, имеет определенный вегетативный компонент (Черниговский В. Н., 1967). Поэтому любая реакция, протекающая в целостном организме, развивается как вегетативно-соматическая, что обеспечивается как морфофизиологическим сближением этих сфер (принцип соматотопической организации соматовисцеральных систем), так и функциональным взаимодействием их (соматовисцеральное взаимодействие путем феномена окклюзии на уровне ядер таламуса и коры) на разных уровнях центральной нервной системы.

Выше указывалось, что в центральной нервной системе существует соматотопический принцип соматовисцеральной афферентации, которая находится в динамическом взаимодействии на уровне таламуса и коры. В обычных условиях постоянная интенсивная сигнализация по соматическим афферентным системам занимает максимальное число каналов передачи, блокируя приход висцеральных сигналов на соответствующие нейроны. При патологическом поражении внутренних органов интенсивность висцеральной афферентации нарастает настолько, что она начинает блокировать часть нейронов, которые обычно загружены соматическими сигналами, и висцеральная сигнализация начинает восприниматься в пространственном отношении как пришедшая от соответствующих участков поверхности тела.

Каждая висцеральная система имеет «соответствующий соматический гомолог в вентральном ядре и коре, отраженная реакция от данного органа адресуется только на определенный участок поверхности тела» (Дурина Р. А., 1965).

Можно предположить, что системы активных точек, объединенных (за счет достаточной однородности терапевтического эффекта на определенные внутренние органы) в линейно-пространственные комплексы на поверхности тела человека и животных (меридианы), являются соответствующими «соматическими гомологами» висцеральной афферентации от этих внутренних органов на уровне ядер таламуса и коры.

Согласно современным данным (Удельнов М. Г., Копылова Г. Н., 1972; Бульгин И. А., 1976; Ноздрачев А. Д., 1978, и др.) вегетативная нервная

система является не только эфферентной, т. е. проводящей импульсы из центральных структур к внутренним органам, но и афферентной системой. Афферентное звено вегетативной нервной системы по своей организации подразделяется на висцерально-соматический тип — чувствительные волокна являются общими для вегетативной и соматической дуг, а их клеточные тела лежат в спинномозговых узлах или аналогах — и на висцеральный тип, представляющий собой чувствительные пути, клеточные тела которых локализируются в периферических экстра- и интрамуральных ганглиях.

Таким образом, вегетативная и соматическая рефлекторные дуги построены по одному и тому же плану и состоят из чувствительного, ассоциативного и эфферентного звеньев. Различие заключается в том, что эффекторные вегетативные клетки лежат в ганглиях, т. е. вне центральной нервной системы. В настоящее время можно считать доказанным наличие в вегетативных ганглиях структур, которые могут обеспечивать местные рефлекторные связи (периферические висцеро-висцеральные рефлексы) между различными органами или в пределах одного и того же органа.

В последнее время получило признание существование интра- и экстрамуральных механизмов регуляции периферических рефлексов. Интрамуральные реакции являются важным местным механизмом регуляции функций органа, в частности кишечника¹, и осуществляются в порядке собственного рефлекса. Периферические рефлексы осуществляются не только в пределах одной функциональной системы, например пищеварительной, мочевыделительной и т. д., но и между системами и группами органов, за что ответственны экстрамуральные механизмы регуляции, осуществляемые за счет пре- и паравертебральных ганглиев.

Таким образом, висцеральные системы в начальном звене состоят из периферических рефлексов, осуществляемых интрамуральными (собственные рефлексы), экстрамуральными (сопряженные рефлексы) механизмами. Морфофизиологической основой собственных и сопряженных рефлексов является феномен мультипликации, который составляет основу пространственной дисперсии, присущей как симпатическому, так и парасимпатическому отделам вегетативной нервной системы.

Можно допустить, что данным периферическим рефлексам, точнее, их афферентному звену на уровне таламуса и коры соответствуют определенные «соматические гомологи».

Периферические рефлексы представляют собой не самостоятельные механизмы, а являются начальными звеньями более общих цепных интероцептивных реакций организма. Возникающие при осуществлении периферического рефлекса в вегетативных ганглиях гуморально-химические и функциональные сдвиги возбуждают не только эфферентные нейроны, но и ганглионарные чувствительные окончания, порождают «потoki афферентных импульсов, которые достигают центральной нервной системы, участвуют в центральной саморегуляции функций вегетативных ганглиев и в протекании общих реакций организма» (Булыгин И. Л., 1976).

Периферические висцеро-висцеральные рефлексы в свою очередь находятся под постоянным тормозно-тоническим влиянием со стороны центральной нервной системы, которое передается по нервным и гуморальным путям и зависит от функционального состояния головного мозга.

¹ Подобные ганглионарные структуры лежат в толще сердечной и маточной мышцы, в бронхиальных стенках, поджелудочной железе, печени, мочевом пузыре, желчном пузыре и даже в сосудистых тканях (I. Naulica, 1978).

Итак, периферические вегетативные рефлекторные отношения контролируются центральными вегетативными механизмами. Предполагается, что в условиях целого организма основная роль этих периферических рефлекторных дуг заключается в корректировании регуляторных влияний, поступающих из центральной нервной системы, в соответствии с местными особенностями.

Как отмечено выше, существуют два типа висцеральных афферентов, идущих от органа к центральной нервной системе. Смешанный, висцеросоматический тип передает пусковые и корригирующие влияния на двигательные центры и скелетную мускулатуру, а особый, висцеральный, тип — только корригирующие влияния адаптационно-трофического характера. Особый тип висцеральной афферентации доказывает существование самостоятельных афферентных волокон вегетативной нервной системы (Ноздрачев А. Д., 1978).

Установлено существование нескольких видов периферических (вегетативных) афферентных нейронов, отростки которых («С»-афференты) участвуют в иннервации внутренних органов (излагается по Булыгину И. А., 1976).

Первый вид нейронов — тела и дендриты, заканчивающиеся рецепторами; они находятся в интрамуральных ганглиях, а аксоны направляются к превертебральным ганглиям и спинному мозгу. Эти нейроны представляют собой афферентное звено собственных внутриорганных периферических вегетативных рефлексов и участвуют в интрамуральных механизмах регуляции.

Второй вид — тела и короткие отростки; они располагаются в превертебральных симпатических ганглиях, синаптически соединяясь с другими нейронами узлов, а длинные отростки идут к внутренним органам, заканчиваясь в них рецепторами.

Третий вид — тела нейронов; они находятся в превертебральных симпатических ганглиях, а длинные отростки идут как в центробежном, так и в центростремительном направлении.

Четвертый вид — тела; они распределены в превертебральных симпатических ганглиях, а их длинные отростки направляются к симпатическим стволам и спинному мозгу. Таким образом, эти виды нейронов представляют собой афферентное звено сопряженных периферических вегетативных рефлексов и участвуют в экстрамуральных (пре- и паравертебральных) механизмах регуляции.

Можно предположить, что этим несколько условно выделенным афферентным звеньям собственных и сопряженных периферических висцеральных рефлексов (осуществляющих интра- и экстрамуральные механизмы регуляции) соответствуют определенные «соматические гомологи» на поверхности тела, так как эта висцеральная афферентация достигает центральной нервной системы, где на уровне таламуса и коры существует соматотопический принцип соматовисцеральной афферентации.

Нами было выделено три подгруппы среди точек акупунктуры дистальной группы. Важно то обстоятельство, что точки, объединенные в две первые подгруппы, дают в основном стандартные ответы. Так, например, все тонизирующие точки, выведенные из числа точек первой подгруппы (точки пяти элементов) стандартно возбуждают функциональную активность тех меридианов, к которым относятся. Точки акупунктуры первой и второй подгруппы оказывают более выраженное и целенаправленное действие и в то же время отличаются широтой воздействия: точки пяти элементов действуют в основном в пределах собственного меридиана, а точки ло оказывают воздействие на сопряженные меридианы.

Можно допустить, что зоны акупунктуры, представленные тысячелетней практикой в виде точек пяти элементов, являются триггерными (пусковыми) пунктами, расположенными в пределах «соматического гомолога», афферентация из которого воздействует на состояние центральных отделов системы, влияющих на протекание собственных рефлексов. В этом случае воздействие на указанные точки вызывает соматическую афферентацию, которая за счет феномена окклюзии, происходящего на уровне таламуса и

коры, влияет (через эфферентные пути) на механизмы интрамуральной регуляции.

Как выше уже отмечено, точки, выделенные нами во вторую подгруппу дистальной группы (ло), могут оказывать воздействие на сопряженные меридианы. По-видимому, по аналогии с предыдущим рассуждением можно допустить, что они являются триггерными пунктами «соматических гомологов» той висцеральной афферентации, которая следует из экстрамуральных (пара- и превертебральных) ганглиев. Иначе говоря, при укальвании в эти точки оказывается воздействие на сопряженные висцеро-висцеральные периферические рефлексы. Это в свою очередь может объяснить, почему при воздействии на точки ло можно получить определенный терапевтический результат с сопряженных меридианов.

И, наконец, мы полагаем, что существует определенная нейроанатомо-физиологическая база для тех данных эмпирики, согласно которым дистальные точки можно сочетать и взаимозаменять, а проксимальные желателно выбирать с учетом диапазона показаний.

Ранее было отмечено, что любая реакция, протекающая в целостном организме, развивается как вегетативно-соматическая, что обеспечивается и морфофизиологическим сближением этих сфер и функциональным взаимодействием их на разных уровнях центральной нервной системы. Эти данные были получены преимущественно путем использования принципа окклюзии¹ (блокировки), который проявляется в том, что прохождение соматической сигнализации вызывает блокирование висцеральных сигналов.

В частности, Р. А. Дуринян (1960), исследуя феномен окклюзии между чревным нервом и соматической афферентацией на уровне заднего вентрального ядра таламуса, определил в зоне представительства чревного нерва три пояса, которые переходили друг в друга. В центре зоны был расположен фокус максимальной активности (ФМА), где регистрировались первичные ответы с минимальным латентным периодом и максимальной амплитудой. Далее определялась зона первичных реакций и третий пояс — это зона вторичных реакций. В пределах ФМА чревного нерва феномен окклюзии отмечается очень редко и если возникает, то выражен слабо. Влияние соматического блокирования висцеральных нервов представлено максимально вдали от фокуса. Было высказано предположение, что в пределах ФМА сконцентрированы нейроны, на которых контактируют лемнисковые терминалы только одного афферентного нерва (в данном случае чревного нерва). Поэтому данную группу нейронов обозначили как гомосинаптические нейроны. За пределами фокуса максимальной активности существует более многочисленная группа нейронов, с которыми контактируют лемнисковые терминалы двух и более афферентных нервов. И эта гетеросинаптическая группа нейронов, окружающая ФМА, представляет собой зону вторичных реакций, причем эта зона располагается в пределах зоны первичных реакций для соседнего соматического нерва. За счет данной конвергенции в гетеросинаптических нейронах появляются все предпосылки для широкого взаимодействия между висцеральными и соматическими системами.

Эти данные современной нейрофизиологии очень важны для понимания существующих и разработки новых методов сочетания точек акупунктуры. Экспериментально доказано, например, что представительство чревного нерва на уровне заднего вентрального ядра таламуса наиболее тесно перекрывается соматическими афферентными проводниками туловища, а менее тесно — зонами задней и передней конечностей.

Можно предположить, что зону первичных реакций чревного нерва составляет соматическая афферентация, получаемая при раздражении точек воздействия, расположенных на туловище. А вот зону его вторичных реакций может составить соматическая афферентация, получаемая путем воздействия на точки дистальных отделов конечностей (или вообще конечностей).

¹ При этом последовательно наносили два импульса (обуславливающий и тестирующий) в определенных временных отношениях на два исследуемых нерва — соматический и висцеральный.

По-видимому, сочетаемость и взаимозаменяемость дистальных точек можно объяснить тем, что при воздействии на них вызывается соматическая афферентация, составляющая зону вторичных реакций определенной висцеральной афферентации, в частности чревного нерва. Именно эта зона реакций предполагает широкое взаимодействие между висцеральной и соматической афферентацией.

Положение о необходимости выбора проксимальных точек, исходя из учета их диапазона, предположительно можно объяснить тем, что при воздействии на данную группу точек, особенно расположенных на туловище, вызывается соматическая афферентация, составляющая зону первичных реакций. И, наконец, непосредственное органонаправленное действие (со-чувственная точка и точка-глашатай) можно попытаться объяснить тем, что при воздействии на эти точки соматическая афферентация проецируется на ФМА соответствующей висцеральной афферентации на уровне таламуса и коры.

Это наше предположение имеет определенную экспериментальную основу: Р. А. Дуринян (1960) показал, что у кошек ФМА чревного нерва и 8, 9, 10-го интеркостальных нервов совпадают.

В случае патологии внутреннего органа вследствие чрезмерной афферентной импульсации увеличивается на уровне таламических ядер зона представительства афферентной системы данного органа за счет уменьшения зоны представительства «соматического гомолога», т. е. соматической афферентации определенного участка поверхности тела. Раздражение точки акупунктуры, расположенной в зоне «соматического гомолога» висцеральной афферентации, ведет к увеличению соматической афферентации на конвергирующие нейроны, расположенные на уровне таламуса и коры.

Таким образом, повышение потока соматической афферентации, происходящее при воздействии иглой на наружные покровы тела, динамично управляет зоной представительства висцеральной афферентации (которая при патологии внутренних органов бывает расширена за счет ограничения импульса соответствующего «соматического гомолога»), способствуя уменьшению ее (восстановлению) до размера фокуса, проектируемого в обычных условиях. Иначе говоря, по-видимому, действие иглорефлексотерапии направлено на восстановление того структурного соотношения соматовисцеральной афферентации на уровне таламуса и коры, которое сложилось в процессе эволюции и представлено в здоровом организме. Этим косвенно подтверждаются выводы практической акупунктуры о том, что иглорефлексотерапия не оказывает или оказывает незначительное влияние на функции здорового организма.

Уровни воздействия

Нами предложена общая схема методов сочетания точек (Табеева Д. М., 1978) с выделением трех уровней воздействия на точки акупунктуры. Эти несколько условно выделенные уровни воздействия на точки акупунктуры соответствуют определенным уровням поражения, что можно определить после проведения акупунктурной диагностики.

Проведем анализ методов сочетаний точек, начиная с третьего уровня воздействия, который следует применять при поражении отдельного основного меридиана.

Третий уровень воздействия — воздействие на точки акупунктуры основных меридианов.

Применение данного уровня воздействия основано на симптоматике отдельного меридиана и направлено на восстановление его равновесия. Основные меридианы можно представить, по-видимому, как «соматические гомологи» афферентных систем внутренних органов на уровне таламуса и коры. Патология внутреннего органа ведет к изменению его афферентации, которая, достигая центральной нервной системы, дает отражение в соответствующем «соматическом гомологе», что и проявляется в виде симптоматики определенного основного меридиана.

Определенный синдромокомплекс, выявленный у больного после проведения клинической акупунктурной диагностики, следует классифицировать с позиции недостаточности или избыточности основного меридиана. Данные инструментальной акупунктурной диагностики (метод Ryodoraku) также интерпретируются с этих позиций. Величина биопотенциалов с репрезентативных точек, нанесенная на R-таблицу, указывает функциональное состояние меридиана, которое может находиться в пределах физиологических границ при отсутствии поражения данного меридиана, а также выше физиологических границ (избыточность) или ниже (недостаточность) при его поражении.

Итак, определив функциональное состояние пораженного меридиана, следует переходить к терапии с использованием следующих методов, которые представлены нами для третьего уровня воздействия.

А) Методы применения точек пяти элементов, входящих в определенные меридианы. Ранее нами указывалось, что точки пяти элементов можно представить как триггерные пункты «соматических гомологов» (меридианов), афферентация из которых воздействует на функциональное состояние центральных отделов системы, влияющих на протекание собственных рефлексов. При анализе отношения «тонизация — дисперсия» мы отметили, что применяя его к точке «элемент в элементе» можно вывести из числа точек пяти элементов тонизирующую и седативную точки меридиана. Там же мы показали, что применяя это отношение к тонизирующей или седативной точке меридиана можно вывести из числа точек пяти элементов те точки воздействия, которые заменяют тонизирующую или седативную (табл. 30).

Эти точки акупунктуры можно использовать совместно с соответствующей тонизирующей или седативной точкой меридиана, что дает определенное усиленное действие последних. Так, для усиления седативного эффекта на меридиане I (легких) следует оказывать воздействие на его седативную точку 5I чи-цзе и дополнительно на точку III шао-шан методом дисперсии, а для усиления тонизирующего действия — на точки 9I тай-юань и 10I юй-цзи методом тонизации.

Таблица 30

Точки акупунктуры, заменяющие седативную и тонизирующую точки меридианов

| Меридиан | Дисперсия | Тонизация | Меридиан | Дисперсия | Тонизация |
|----------|-------------------|---------------|----------|-------------------|------------------|
| I | 11I шао-шан | 10I юй-цзи | VII | 60VII кунь-лунь | 40VII вэй-чжун |
| II | 3II сань-цзянь | 5II ян-си | VIII | 2VIII жань-гу | 3VIII тай-си |
| III | 44III нэй-тин | 43III сянь-гу | IX | 5IX цзянь-ши | 3IX цюй-цзе |
| IV | 9IV инь-лин-цюань | 1IV инь-бай | X | 1X гуань-чун | 2X — е-мэнь |
| V | 4V лин-дао | 3V шао-хай | XI | 34XI ян-лин-цюань | 44XI цзу-цяо-инь |
| VI | 1VI шао-цзэ | 2VI цянь-гу | XII | 3XII тай-чун | 4XII чжун-фэн |

Б) Методы применения седативной и тонизирующей точек своих меридианов. Воздействие на седативную и тонизирующую точки, относящиеся к точкам пяти элементов, оказывает наиболее выраженное и целенаправленное действие на функциональное состояние пораженного меридиана. Воздействие на седативную точку пораженного меридиана производят в случае его избыточности, а на тонизирующую — при его недостаточности. Считается, что наибольший седативный эффект в определенном меридиане достигается в период активности, а наибольший тонизирующий эффект — в период пассивности данного меридиана, согласно ритмической почасовой взаимосвязи меридианов (табл. 31)

Таблица 31

Собственные седативные и тонизирующие точки, применяемые согласно ритмической почасовой взаимосвязи

| Ритмическая почасовая взаимосвязь меридианов | Период активности | | Период пассивности | |
|--|-------------------|------------------|--------------------|--------------------|
| | время, часы | седативная точка | время, часы | тонизирующая точка |
| I | 3—5 | 5I чи-цзе | 5—7 | 9I тай-юань |
| II | 5—7 | 2II эр-цзянь | 7—9 | 11II цюй-чи |
| III | 7—9 | 45III ли-дуй | 9—11 | 41III цзе-си |
| IV | 9—11 | 5IV шан-цю | 11—13 | 2IV да-ду |
| V | 11—13 | 7V шэнь-мэнь | 13—15 | 9V шао-чун |
| VI | 13—15 | 8VI сяо-хай | 15—17 | 3VI хоу-си |
| VII | 15—17 | 65VII шу — гу | 17—19 | 67VII чжи-инь |
| VIII | 17—19 | 1VIII юн-цюань | 19—21 | 7VIII фу-лю |
| IX | 19—21 | 7IX да-лин | 21—23 | 9IX чжун-чун |
| X | 21—23 | 10X тянь-цзин | 23—1 | 3X чжун-чжу |
| XI | 23—1 | 38XI ян-фу | 1—3 | 43XI ся-си |
| XII | 1—3 | 2XII син-цзянь | 3—5 | 8XII цюй-цюань |

Так, например, учитывая существование временных периодов активности и пассивности, желательно использовать тонизирующую точку меридиана V (сердца) именно в 13—15 ч, а не в 11—13 ч. Поэтому, если после проведения акупунктурной диагностики выявлено, что необходима тонизация меридиана V (сердца), то больному с заболеванием сердца лучше проводить сеанс иглотерапии в период 13—15 ч, а не 11—13 ч.

Данные общей физиологии, биоритмологии показывают значение суточных ритмов более чем для 100 физиологических процессов, протекающих в организме человека. Биологический смысл естественных суточных колебаний физиологических функций состоит в обеспечении выносливости и работоспособности человека днем за счет преобладания тонуса симпатической нервной системы и состояния отдыха и восстановительных процессов ночью за счет активации парасимпатической нервной системы (Микушин Г. К., 1969). Наибольший интерес с позиций биоритмологии представляет сердечно-сосудистая система, поскольку она в большей степени обеспечивает суточный ритм обмена веществ посредством создания необходимого уровня окислительно-восстановительных реакций организма.

Работами ряда исследователей (Захаров Л. В., 1961; Кохановский В. В. и др., 1965; Терещенко И. В., 1970, и др.) показано, что у здорового человека существуют два максимума и два минимума функциональной активности сердечно-сосудистой системы за сутки. Функциональная активность сердечно-сосудистой системы возрастает с 8 до 13 ч — первый максимум, далее, с

13 до 14 ч, несколько снижается — первый минимум, потом вновь возрастает, достигая второго максимума активности к 18 ч, и, наконец, второй минимум наблюдается в 3 ч ночи. Если сравнить научные данные биоритмологии с данными эмпирики, то можно легко заметить определенные корреляции между ними. В частности, первый максимум функциональной активности сердечно-сосудистой системы соответствует по времени периоду активности меридиана V (сердца), а первый минимум — периоду пассивности данного меридиана.

Д. С. Саркисов и соавт. (1975) на основании изучения внутриклеточных адаптивных реакций считают, что главным индуктором того или иного уровня синтетической деятельности клетки являются частота и сила импульсов, действующих извне. Собственные эндогенные биоритмы организма — это «фон, на котором разворачивается картина полноценной жизнедеятельности и который не обеспечивает последней, если он непрерывно не активируется импульсами из окружающей среды» (Саркисов Д. С. и др., 1975). Воздействия внешней среды представляют собой основной рычаг, при помощи которого можно направленно менять ритмику биологических процессов и, следовательно, повышать устойчивость организма к экстремальным воздействиям.

Проблема соотношений ритмов внешних воздействий с собственными биоритмами организма, представленная еще древними медиками, имеет важное значение для проведения рациональной терапии, важнейшим условием которой является соответствие между ритмом и интенсивностью оказываемого воздействия, с одной стороны, и индивидуальной характеристикой ритмов биологических процессов, протекающих в организме, — с другой. При совпадении этих условий воздействие на точки акупунктуры будет оказывать положительное действие и, напротив, несоблюдение этих условий может привести к отрицательному результату.

В частности, экспериментально на животных показано, что степень соответствия между ритмом тренировки и индивидуальными особенностями животного является определяющим фактором эффективности физических нагрузок. В. М. Пинчук и В. Н. Попов (1973) доказали, что в случае высокой эффективности тренировки, которая достигается путем совпадения ритма тренировки с индивидуальными биоритмами организма, гипертрофия миокарда может не развиваться или быть слабо выраженной.

Следует отметить, что в большинстве случаев при поражении меридиана оказывают воздействие также и на точку-пособник, причем при избыточности меридиана на нее действуют методом дисперсии, а при недостаточности — методом тонизации. Нами уже указывалось (см. главу II), что Н. Н. Беллер (1962, 1965) обнаружил в передних отделах лимбической коры три зоны — раздражение первой зоны давало стимулирующий эффект, второй зоны — тормозной, а при раздражении третьей зоны были получены как тормозные, так и стимулирующие эффекты на моторику пищеварительного тракта. Можно предположить, что точки тонизирующая, седативная и пособник являются «соматическими гомологами» соответствующих зон в коре, раздражение которых дает уже запрограммированные эффекты на периферические вегетативные рефлексy.

В) Метод применения седативной и тонизирующей точек других меридианов. Существует два варианта этого метода. В их основе лежит отношение «тонизация — дисперсия», которое в первом варианте связано с циклом пяти элементов, а во втором — с ритмической почасовой взаимосвязью меридианов.

Первый вариант. Отношение «тонизация — дисперсия» приме-

няется к циклу пяти элементов, и поэтому при поражении иньского меридиана используют соответствующие точки иньских меридианов, а при поражении янского меридиана — только янских. После проведения акупунктурной диагностики выявляется пораженный меридиан с соответствующим синдромом. При синдроме избыточности следует оказывать воздействие методом дисперсии на седативную точку последующего меридиана по циклу пяти элементов; при синдроме недостаточности методом тонизации на тонизирующую точку предыдущего меридиана по циклу пяти элементов (табл. 32).

Таблица 32

Применение седативной и тонизирующей точек других меридианов (вариант I)

| Меридиан (время активности) | Дисперсия | Тонизация | Меридиан (время активности) | Дисперсия | Тонизация |
|-----------------------------------|----------------|----------------|-----------------------------------|----------------|----------------|
| I (3—5 ч) | 1VIII юн-цюань | 2IV да-ду | VII (15—17 ч) | 38XI ян-фу | 1III цюй-чи |
| II (5—7 ч) | 65VII шу-гу | 4III цзе-си | VIII (17—19 ч) | 2XII син-цзянь | 9I тай-юань |
| III (7—9 ч) | 2II эр-цзянь | 3VI хоу-си | IX (19—21 ч) | 5IV шан-цю | 8XII цюй-цюань |
| IV (9—11 ч) | 5I чи-цзе | 9V шао-чуй | X (21—23 ч) | 45III ли-дуй | 43XI ся-си |
| V (11—13 ч) | 5IV шан-цю | 8XII цюй-цюань | XI (23—1 ч) | 8VI сяо-хай | 67VII чжи-инь |
| VI (13—15 ч) | 45III ли-дуй | 43XI ся-си | XII (1—3 ч) | 7V шэнь-мэнь | 7VIII фу-лю |

Например, больному с заболеванием сердца в период активности (11—13 ч) меридиана V (сердца) следует проводить тонизирование этого меридиана. Но если в период активности использовать тонизирующую точку меридиана V (сердца), то эффект будет низкий. И поэтому, исходя из данных табл. 32, нужно использовать тонизирующую точку меридиана XII (печени) 8XII цюй-цюань. Этим самым мы опосредованно добиваемся хорошего тонизирующего эффекта на меридиан V (сердца).

Второй вариант. Отношение «тонизация — дисперсия» применяется к ритмической почасовой взаимосвязи меридианов, где возможно одновременное использование тонизирующей и седативной точек других меридианов, в то время как при первом варианте в зависимости от синдрома берется только тонизирующая или седативная точка других меридианов. Так, при выявлении синдрома избыточности пораженного меридиана, согласно ритмической почасовой взаимосвязи меридианов, следует оказывать воздействие на седативную точку предыдущего и на тонизирующую точку последующего меридиана, а при синдроме недостаточности — наоборот. Данный вариант, так же как и предыдущий, желательно применять в определенные часы, чтобы получить лучший результат. Например, при избыточности меридиана I (легких) необходимо угнетать меридиан XII (печени) в его седативной точке 2XII син-цзянь в наиболее оптимальное для этого время, т. е. в 1—3 ч. Затем нужно возбуждать меридиан II (толстой кишки) в тонизирующей точке 1III цюй-чи в наиболее оптимальное для этого время — 7—9 ч. При недостаточности меридиана I надо воздействовать сначала на тонизирующую точку меридиана XII (печени) 8XII цюй-цюань в 3—5 ч: это время соответствует периоду активности в меридиане I (легких), а затем — на седативную точку меридиана II (толстой кишки) 2II эр-цзянь в 5—7 ч, что соответствует периоду пассивности в меридиане I (легких).

Приводим таблицу с рекомендациями по использованию седативной и тонизирующей точек других меридианов для выравнивания равновесия на пораженном меридиане, исходя из отношения тонизация — дисперсия, применяемого к ритмической почасовой взаимосвязи меридианов (табл. 33).

Таблица 33

Применение тонизирующих и седативных точек других меридианов (вариант II)

| Меридиан | Избыточность пораженного меридиана | | Недостаточность пораженного меридиана | |
|----------|------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| | дисперсия (время) | тонизация (время) | тонизация (время) | дисперсия (время) |
| I | 2XII син-цзянь (1-3 ч) | 1II шюй-чи (7-9 ч) | 8XII шюй-цюань (3-5 ч) | 2II эр-цзянь (5-7 ч) |
| II | 5I чи-цзе (3-5 ч) | 4III цзе-си (9-11 ч) | 9I тай-юань (5-7 ч) | 45III ли-дуй (7-9 ч) |
| III | 2II эр-цзянь (5-7 ч) | 2IV да-ду (11-13 ч) | 11II шюй-чи (7-9 ч) | 5IV шан-цю (9-11 ч) |
| IV | 45III ли-дуй (7-9 ч) | 9V шао-чун (13-15 ч) | 41III цзе-си (9-11 ч) | 7V шэнь-мэнь (11-13 ч) |
| V | 5IV шан-цю (9-11 ч) | 3VI хоу-си (15-17 ч) | 2IV да-ду (11-13 ч) | 8VI сяо-хай (13-15 ч) |
| VI | 7V шэнь-мэнь (11-13 ч) | 67VII чжи-инь (17-19 ч) | 9V шао-чун (13-15 ч) | 65VII шу-гу (15-17 ч) |
| VII | 8VI сяо-хай (13-15 ч) | 7VIII фу-лю (19-21 ч) | 3VI хоу-си (15-17 ч) | 1VIII юн-цюань (17-19 ч) |
| VIII | 65VII шу-гу (15-17 ч) | 9IX чжун-чун (21-23 ч) | 67VII чжи-инь (17-19 ч) | 7IX да-лин (19-21 ч) |
| IX | 1VIII юн-цюань (17-19 ч) | 3X чжун-чжу (23-1 ч) | 7VIII фу-лю (19-21 ч) | 10X тянь-цзин (21-23 ч) |
| X | 7IX да-лин (19-23 ч) | 43XI ся-си (1-3 ч) | 9IX чжун-чун (21-23 ч) | 38XI ян-фу (23-1 ч) |
| XI | 10X тянь-цзин (21-23 ч) | 8XII шюй-цюань (3-5 ч) | 3X чжун-чжу (23-1 ч) | 2XII син-цзянь (1-3 ч) |
| XII | 38XI ян-фу (23-1 ч) | 9I тай-юань (5-7 ч) | 43XI ся-си (1-3 ч) | 5I чи-цзе (3-5 ч) |

Как видно из табл. 33, в случае избыточности пораженного меридиана вначале проводят дисперсию предыдущего, а потом тонизацию последующего меридиана. При недостаточности пораженного меридиана вначале производят тонизацию предыдущего и лишь затем дисперсию последующего меридиана. Если не представляется возможным воздействовать строго по временным периодам, указанным в табл. 33, то следует хотя бы придерживаться изложенной последовательности принципа.

Г) Методы сочетания точки-глашатая с сочувственной точкой «пораженного» меридиана. Можно отметить, что данные методы являются типичным примером сегментарного принципа подбора точек акупунктуры, ибо точки-глашатаи и сочувственные находятся в зоне сегментарной иннервации органов соответствующих меридианов, причем сочувственные точки расположены на спине по ходу первой ветви меридиана VII (мочевого пузыря) и соответствуют, по-видимому, задней симпатической цепочке, а точки-глашатаи — на передней поверхности грудной и брюшной стенок. Указанные точки желательно применять всегда вместе независимо от синдромов избыточности или недостаточности, но на точки-глашатаи воздействуют методом тонизации, а на сочувственные — методом дисперсии.

Как уже было показано нами (Табеева Д. М., 1978), структура меридиана представлена трехзональной системой, состоящей из дистальной зоны (дистальная группа точек), передней зоны (точка-глашатай) и задней зоны (сочувственная точка). Дистальная зона проанализирована с позиций нейрофизиологии. Что же представляют собой передняя и задняя зоны?

Как отмечено выше, существует четыре вида периферических афферентных нейронов, четвертый вид нейронов осуществляет рецепторную функцию превертебральных симпатических ганглиев и связывает их с паравертебральными ганглиями и центральной нервной системой. Можно предположить, что соматическая афферентация, возникающая при воздействии на точки глашатай и сочувственную является «соматическим гомологом» висцеральной афферентации из превертебральных симпатических ганглиев. Кроме того, в данном случае возможно говорить о сомато-висцеральном рефлексе, так как, в частности, в паравертебральных ганглиях переключаются практически все пути, обеспечивающие симпатическую иннервацию кожи, кровеносных сосудов, скелетно-мышечной системы. Большинство висцеральных органов имеют симпатическую и парасимпатическую иннервацию. Совместное воздействие на трехзональную систему меридиана, т. е. сочетание дистальной группы точек, а также точек глашатай и сочувственной вызывают поток соматической афферентации, которая на уровне таламуса и коры, по-видимому, взаимодействует посредством феномена окклюзии с постоянно идущей центростремительной интеррецепцией симпатических и парасимпатических коллекторов.

Согласно выдвинутому нами положению об уровнях воздействия, при лечении на уровне основных меридианов вначале рекомендуется воздействие на точки акупунктуры определенных сопряженных меридианов и только в последующем — на дистальные точки «пораженного» меридиана, а также применение его трехзональной системы. Такая последовательность вышеописанных действий дает хороший терапевтический результат.

Воздействие на точки акупунктуры, по-видимому, способствует выведению организма (за счет неспецифических адаптационных реакций) из состояния хронического стресса и повышению неспецифической резистентности его, и нецелесообразно вначале оказывать воздействие на точки акупунктуры собственных меридианов (которые более непосредственно связаны с пораженным органом), так как в этом случае труднее управлять неспецифическими реакциями адаптации и существует большая угроза усугубления имеющейся стресс-реакции. Это может привести к более высоким энергетическим затратам (которые и так истощены) и к повреждению с последующим снижением резистентности организма.

По мнению Л. Х. Гаркави, Е. Б. Квакиной, М. А. Уколовой (1977), в основе развития адаптационных (приспособительных) реакций целого организма лежит количественно-качественный принцип, и в зависимости от силы (дозы) воздействия в организме могут развиваться три стандартных адаптационных реакции: 1) реакция тренировки (реакция на слабые воздействия), 2) реакции активации (реакция на воздействия средней силы); 3) реакция стресса (реакция на сильные чрезвычайные воздействия).

Две первые неспецифические реакции протекают в физиологических границах, а реакция стресса связана с патологией. Можно допустить, что воздействуя на точки акупунктуры традиционным методом иглотерапии мы способствуем, в частности, развитию реакции активации.

Реакция активации подразделяется на зону спокойной активации и зону повышенной активации, причем вторая зона вызывается несколько большей по величине дозой раздражителя, чем первая. Доказано, что резистентность особенно возрастает в зоне повышенной активации, но эта зона опасна тем, что граничит со стрессом, и даже небольшая передозировка при наличии тяжелого патологического процесса приводит к его развитию (Гаркави Л. Х. и др., 1977).

Можно предположить, что воздействие на точки акупунктуры третьего

уровня воздействия сопряженных меридианов дает более слабое раздражение афферентных систем пораженного органа, что способствует развитию реакции активации в зоне спокойной активации и выведению из состояния хронического стресса без особой угрозы. Вследствие этого происходит возрастание наличных (в виде увеличения запасов питательных и строительных материалов) и функциональных (в виде возрастания сниженной активности эндокринных желез и защитных систем организма) резервов организма (Гаркави Л. Х. и др., 1977). Это дает возможность вызывать затем реакцию активации в зоне повышенной активации, которая достигается путем воздействия на собственные точки пораженного меридиана (органа).

Второй уровень воздействия — воздействие на точки акупунктуры вторичных меридианов. Ранее уже указывалось, что точки ло, представляющие собой вторичные меридианы, являются, по-видимому, триггерными пунктами «соматических гомологов» для висцеральной афферентации, следующей из экстрамуральных ганглиев, т. е. они оказывают воздействие на сопряженные висцеро-висцеральные периферические рефлекссы.

Выведенный нами феномен взаимосвязи меридианов (см. главу VI) можно, по-видимому, рассматривать как отражение в соответствующих «соматических гомологах» сложных физиологических и патологических условиях взаимоотношений афферентных систем внутренних органов между собой. Общеизвестно, например, что изменения, происшедшие в сердце, нередко становятся причиной возникновения нарушений внутренних органов, т. е. сердце является рефлексогенной зоной, сигнал с которой может в значительной мере изменять деятельность внутренних органов.

При коронарной недостаточности появляются специфические расстройства деятельности почек, печени, желчного пузыря, желудка, функции дыхания, центральной нервной системы и т. д. Однако и в норме импульсы, поступающие из афферентных систем сердца, могут оказать определенное влияние на функцию данных органов и систем. Кардиовисцеральные рефлекссы появляются вследствие возникающего при ишемии миокарда изменения интенсивности и характера сигналов, поступающих в центральную нервную систему от афферентных систем сердца (Косицкий Г. И., 1975).

Таким образом, поражение определенного внутреннего органа (в частности, сердца) ведет к патологическому изменению других органов за счет связей их афферентных систем на уровне центральной нервной системы, что, по-видимому, отражается на функциональных характеристиках соответствующих им «соматических гомологов», т. е. меридианах.

Переходим к анализу методов сочетания точек акупунктуры второго уровня, применение которых способствует достижению равновесия внутри определенных пар сопряженных меридианов, которые выведены для данного уровня.

А) Методы использования поперечного ло-пункта. Эти методы применяются в тех случаях, когда выявляется нарушение равновесия между парами меридианов, связанных поперечными ло-пунктами. В случае выявления избыточности меридиана на основании акупунктурной диагностики мы воздействуем одновременно на его точку-источник и на точку ло соединенного с ним меридиана. Иначе говоря, при «поражении» меридиана с синдромом избыточности следует воздействовать на поперечный ло-пункт спаренного с ним меридиана. Применение точек ло дает наибольший эффект при избыточности ян или инь. При этом необходимо проводить дисперсию точки-источника «пораженного» меридиана и тонизировать точку ло меридиана, спаренного с ним. Например, у больного с диагнозом

хронического холецистита после проведенной клинической акупунктурной диагностики обнаружен синдром избыточности меридиана XI (желчного пузыря). Инструментальная акупунктурная диагностика подтверждает клинические данные и дополнительно выявляет недостаточность меридиана XII (печени). Для выравнивания равновесия нужно воздействовать на точку источник 40XI цю-суй методом дисперсии, а на точку ло 5XII ли-гоу — методом тонизации. В том случае, если бы имела место недостаточность меридиана XI (желчного пузыря), следовало бы проводить дисперсию точки 3XII тай-чун и тонизацию точки 37XI гуан-мин, т. е. устранить избыточность меридиана XII (печени). Это связано с тем, что в указанных парах недостаточность одного меридиана обязательно предполагает избыточность спаренного с ним. Следовательно, в случаях применения точек ло нужно постоянно ориентироваться на избыточность.

Приведем сводную таблицу, отражающую методы использования поперечных ло-пунктов (табл. 34).

Таблица 34

Методы использования поперечного ло-пункта

| Меридиан | Дисперсия | Тонизация | Меридиан | Дисперсия | Тонизация |
|----------|--------------|---------------|----------|----------------|---------------|
| I | 9I тай-юань | 6II пянь-ли | VII | 64VII цзянь-гу | 4VIII да-чжун |
| II | 4II хэ-гу | 7I ле-цюе | VIII | 3VIII тай-си | 58VII фэй-ян |
| III | 42III чун-ян | 4IV гунь-сунь | IX | 7IX да-лин | 5X вай-гуань |
| IV | 3IV тай-бай | 40III фэн-лун | X | 4X ян-чи | 61X нэй-гуань |
| V | 7V шэнь-мэнь | 7VI чжи-чжен | XI | 40XI цю-суй | 5XII ли-гоу |
| VI | 4VI вань-гу | 5V тун-ли | XII | 3XII тай-чун | 37XI гуан-мин |

Б) Методы применения точки ло с использованием отношения «верхний — нижний». Данные методы применяют в тех случаях, когда выявляется нарушение равновесия между парами меридианов, связанных отношением «верхний — нижний». Последнее применяется с учетом ритмической почасовой взаимосвязи меридианов. Поэтому в данном случае при избыточности меридиана необходимо проводить тонизацию точки ло того меридиана, который связан с ним отношением «верхний — нижний». Например, выявлена избыточность меридиана I (легких). Исходя из данного условия, проводим тонизацию 58VII фэй-ян — точки ло меридиана VII (мочевого пузыря), учитывая, что избыточность меридиана I (легкого) сопровождается относительной недостаточностью меридиана VII (мочевого пузыря).

В) Методы применения точки ло с использованием отношения «левый — правый». Эти методы применяются в том случае, когда выявляется нарушение равновесия между парами меридианов, связанных отношением «левый — правый». Например, при избыточности меридиана V (сердца), следует проводить тонизацию точки ло меридиана I (легкого), что в некоторой степени способствует снятию избыточности меридиана V (сердца).

Первый уровень воздействия — воздействие на уровне точек акупунктуры «чудесных» меридианов. Применение данного уровня основано на симптоматике «чудесного» меридиана и направлено на восстановление его равновесия. «Чудесные» меридианы применяются при патологии нескольких основных меридианов и представляют собой определенную интеграцию отдельных систем связей, выведенных при изучении функций организма.

Можно предположить, что «чудесные» меридианы «проявляются» при

хронических заболеваниях, представляют собой отраженные на уровне ядер таламуса и коры «соматические гомологи» тех патологических интеграций афферентных систем пораженных внутренних органов, которые определяются при длительном течении заболевания. Это положение соответствует концепции Н. П. Бехтерева (1974) об «устойчивом патологическом состоянии» при патологии центральной нервной системы.

Если переключение висцеральных афферентных сигналов на эфферентные клетки может происходить как на низших рефлекторных центрах, т. е. интрамуральных (интрамуральные механизмы регуляции), экстрамуральных (экстрамуральные механизмы регуляции), так и на спинальном уровне (центральные механизмы регуляции), то интеграция висцеральных сигналов (афферентных систем) начинается со спинального уровня, где возможно существование специального интернейронного аппарата, осуществляющего первичную обработку афферентных сигналов. Интеграция висцеральной афферентации не ограничивается сегментарным спинномозговым уровнем и в определенных условиях может осуществляться внутрицентральными системами и уровнями более высокого порядка.

А) Методы применения точек — ключей «чудесных» меридианов. Данный метод необходимо применять с учетом результатов акупунктурной диагностики, выявляющей избыточность на уровне «чудесных» меридианов.

Для облегчения работы с «чудесными» меридианами мы приводим показания к применению двух групп «чудесных» меридианов (табл. 35, 36).

Таблица 35

| Первая группа «чудесных» меридианов | |
|--|---|
| Первая пара | |
| ЧМI — контролирующий точка-ключ 3VI (хоу-си) | ЧМII — наружный пяточный, точка-ключ 62VII (шэнь-май) |
| Показания к применению | |
| Неврологические проявления остеохондроза позвоночника со всеми формами рефлекторных мышечно-тонических и нейродистрофических синдромов (прострелы, люмбаго, люмбашиалгии, крампи, синдромы грушевидной, переднелестничной мышц, эпикондилит, плечелопаточный периартрит, синдром запястного канала, вегетативно-ирритативный синдром и др.). | |
| Последствия нарушения церебрального и спинального кровообращения с двигательными, чувствительными и речевыми расстройствами. | |
| Мигрень и другие формы цефалгий сосудистого генеза. Функциональные гиперкинезы: дрожание, тики, кривошея. | |
| Нарушения сна и бодрствования. Эпилепсия с редкими генерализованными и парциальными припадками. | |
| Вторая пара | |
| ЧМIII — наружный поддерживающий, точка-ключ 5X (вай-гуань) | ЧМIV — опоясывающий, точка-ключ 41XI (цзу-линь-ци) |
| Показания к применению | |
| Неврозы с нарушениями в эмоциональной, двигательной, чувствительной и других сферах с вегетативно-сосудистыми расстройствами. | |
| Преходящие нарушения мозгового кровообращения. | |
| Ревматоидный полиартрит с нарушением функции суставов I—II степени, хронический инфекционно-аллергический полиартрит, артропатия. | |
| Экзема, психогенный дерматит, кожный зуд. | |

Таблица 36

Вторая группа «чудесных» меридианов

Третья пара

ЧМV — зачатия, точка-ключ 7I (ле-цюе)

ЧМVI — внутренний пяточный, точка-ключ 6VIII (чжао-хай)

Показания к применению

Затяжной и хронический бронхит. Хроническая пневмония I—II стадии вне периода обострения. Инфекционно-аллергическая и атопическая астма без легочно-сердечной недостаточности.

Хронический некалькулезный холецистит и дискинезия желчевыводящих путей, хронический энтероколит и дискинезия кишечника.

Цистит, цисталгия

Хронический эндометрит, сальпингит, оофорит.

Сексуальные расстройства психогенной природы.

Нарколепсия

Четвертая пара

ЧМVII — внутренний поддерживающий, точка-ключ 6IX (нэй-гуань)

ЧМVIII — поднимающийся, точка-ключ 4IV (гунь-сунь)

Показания к применению

Истерия, невроз навязчивых состояний, фобический невроз.

Стенокардия напряжения, рефлекторная стенокардия. Кардиалгия различной природы. Нарушение сердечного ритма, не связанное с тяжелой патологией сердечной мышцы.

Хронический гастрит с нормальной, пониженной и повышенной секреторной функцией. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки вне обострения. Спастические и атонические запоры.

Расстройства менструального цикла, климактерический синдром.

Путем сопоставления вышеуказанных показаний с синдромокомплексом, выявленным у больного, определяется пара «чудесных» меридианов, на точки акупунктуры которых следует оказывать воздействие. При этом, учитывая проведенное ранее обсуждение дистальных и проксимальных точек, вначале производят воздействие на точки-ключи данной пары «чудесных» меридианов. На эти точки следует воздействовать методом дисперсии (сильное раздражающее воздействие), поскольку здесь наблюдается избыточность ян или инь. Для усиления терапевтического эффекта можно рекомендовать воздействие при этом и на точки группового ло. При этом, если на точки-ключи «чудесных» меридианов воздействуют методом дисперсии, то на точки группового ло следует воздействовать методом тонизации.

Следует подчеркнуть, что все указанные точки акупунктуры симметричны, т. е. расположены справа и слева. Поэтому обычно используют точку с обеих сторон, но не исключаются как одностороннее, так и перекрестное воздействие.

В дальнейшем оказывают воздействие и на проксимальные точки этих «чудесных» меридианов, т. е. используют отдельный «чудесный» меридиан.

Б) Методы применения отдельного «чудесного» меридиана. Следует иметь в виду, что при выборе «чудесного» меридиана мы ориентируемся на

его симптоматику, которая должна соответствовать симптомам болезни каждого конкретного больного, что выясняется при проведении клинической акупунктурной диагностики.

Дополнительно при проведении инструментальной акупунктурной диагностики (метод Ryodoraku) можно определить функциональное состояние основных меридианов (выявляя при этом «пораженные»), точки акупунктуры которых составляют данный «чудесный» меридиан. Это в свою очередь, кроме объективизации клинической акупунктурной диагностики, способствует выявлению определенных проксимальных точек акупунктуры данного «чудесного» меридиана, на которые следует оказать воздействие.

После выбора нужного «чудесного» меридиана необходимо воздействовать на его командную и связывающую точки, а также на точки акупунктуры «пораженных» основных меридианов, входящих в данный «чудесный» меридиан. Но еще до укалывания нужно провести пальпацию по ходу «чудесного» меридиана, чтобы выявить болезненные точки акупунктуры и воздействовать на них даже в том случае, если они не относятся к «пораженным» меридианам. На все точки следует воздействовать методом дисперсии (сильное раздражающее воздействие), за исключением тех точек, которые резко болезненны при пальпации. В последнем случае можно принять одно из трех решений: совсем не оказывать воздействия, воздействовать на симметричные точки противоположной стороны или оказывать слабое раздражающее воздействие. Выбор конкретного варианта по отношению к резко болезненным точкам решается индивидуально.

Данный метод имеет много вариантов и его трудно свести в таблицу. Поэтому мы ограничимся приведением примера. Больной с диагнозом невралгии с вегето-сосудистым синдромом и нарушением сна жалуется на дизурические явления со стороны мочевого пузыря и метеоризм, отмечает болезненность в области желудка, а также боли в области спины и поясницы. В данном случае симптоматике этого больного будет соответствовать «чудесный» меридиан ЧМII — наружный пяточный, который связывает следующие основные меридианы: II (толстой кишки), III (желудка), VI (тонкой кишки), VII (мочевого пузыря), XI (желчного пузыря). Выбрав этот «чудесный» меридиан, мы проводим пальпацию по его ходу и обнаруживаем болезненные точки: 59VII фу-ян, 29XI цзюй-ляо. Поэтому мы включаем и точку 29XI цзюй-ляо для воздействия, хотя жалоб со стороны желчного пузыря нет. Мы включаем также точки 15II цзянь-юй и 10VI нао-шу, хотя они и не болезненны при пальпации, но у больного имеются симптомы тех меридианов, на которых они локализованы. Кроме этого, желательнее включать в число точек воздействия и точки соединения, которые связывают несколько меридианов. В нашем примере наиболее подходящей является точка 14XIII да-чжуй.

Итак, в данном случае мы можем воздействовать на следующие точки: 3VI хоу-си, 62VII шэнь-май, 59VII фу-ян, 29VI цзюй-ляо, 10VI нао-шу, 15II цзянь-юй, 14XIII да-чжуй.

Таким образом, дистальные точки можно сочетать между собой, используя при этом представленную нами схему лечения. Чтобы подобрать необходимые дистальные точки, важно знать методы их сочетания, а проксимальные точки выбирать строго по диапазону показаний, выведенному для каждого из них. Далее, дистальные точки, используемые при этиологическом лечении, сочетают с проксимальными (локальными) точками, используемыми при симптоматическом лечении.

Симптоматическое лечение базируется на функциональном состоянии точки акупунктуры, имеющей определенный диапазон показаний.

При проведении симптоматического лечения следует учитывать следующее.

Во-первых, рекомендуется выбирать проксимальные точки одного меридиана, чтобы при необходимости можно было усилить их действие в зависимости от синдрома (избыточность или недостаточность) седативной или тонизирующей точкой того же меридиана либо вообще дистальными точками (сочетаниями точек) данного меридиана. Если же приходится использовать симптоматические точки двух меридианов и более, то надо следить за тем, чтобы эти меридианы были объединены в пары поперечными ло-пунктами или точками ло, но с применением отношений «верхний — нижний», «левый — правый». Вполне возможно, однако, что при выборе симптоматических точек эти требования могут быть и невыполнимы, например, проявляется болезненность симптоматических точек меридианов I (легкого) и III (желудка) и тогда на один сеанс выбирают симптоматические точки только меридиана I (легких) или III (желудка). Наиболее оптимальным вариантом является использование симптоматических точек, входящих в «чудесный» меридиан, ибо при необходимости мы можем использовать все его точки.

Во-вторых, после выбора проксимальной точки следует воздействовать на нее методом дисперсии или тонизации в зависимости от состояния меридиана (избыточность или недостаточность). Часто при использовании симптоматических точек применяется метод, который называется «локальным отведением», или «двусторонним укалыванием». В данном случае нужно ориентироваться на болевую зону и по возможности выбирать ту точку акупунктуры, которая расположена в центре боли; она условно называется «центром». Затем по ходу меридиана нужно подобрать еще две точки акупунктуры — одну выше, а другую ниже «центра» — и производить укалывание одновременно в эти две точки. В данном случае при сильной боли можно вначале использовать симметричные точки на противоположной стороне, а через 1—2 дня переходить на болевую сторону.

В-третьих, проводится лечение воздействием на ряд симптоматических точек по одному меридиану. В этом случае для получения большего тонизирующего эффекта необходимо учитывать цифровой ряд точек меридиана и использовать точки по возрастающим номерам (т. е. по ходу меридиана). Наоборот, для получения седативного эффекта используют точки по убывающим номерам (т. е. против хода меридиана).

Практический опыт показывает, что лечение, особенно в хронических случаях, следует начинать с первого уровня (т. е. оказывать воздействие на точки ключи, группового ло и вообще на отдельный «чудесный» меридиан), а потом переходить на второй уровень (т. е. воздействовать на точки ло с применением отношений «верхний — нижний», «левый — правый» или на поперечный ло-пункт). И, наконец, после восстановления равновесия на этих двух уровнях проводить «лечение» определенного меридиана, т. е. на третьем уровне.

Мы считаем, что, проводя лечение, нужно широко оперировать меридианами и использовать трехзональное воздействие на меридиан, т. е. на сочувственную точку, точку-глашатай и группу дистальных точек, сочетания которых мы выше подробно разобрали.

На каждом уровне дистальные точки можно при необходимости сочетать с проксимальными. В частности, на третьем уровне при терапии заболеваний определенных органов и тканей используется взаимодействие дистальных и проксимальных точек, соответствующих основным меридианам, т. е. выбирают для акупунктуры соответственно поражению местные

(проксимальные) точки, воздействие на которые усиливается путем применения определенных сочетаний дистальных точек.

По нашему убеждению, в практической акупунктуре вопрос о сочетании дистальных и проксимальных точек является кардинальным, а его решение — сложным этапом при составлении акупунктурного рецепта. При этом следует опираться на данные терапевтической практики и личный опыт. Сложность составления рецепта состоит в том, что практическому врачу необходимо предусмотреть рациональное взаимодействие проксимальных и дистальных точек, поскольку заранее составленных общих схем быть не может. Применение наборов точек, составленных исходя только из функциональной характеристики точек акупунктуры, зачастую ведет к «акупунктурному фельдшеризму», что в свою очередь практически исключает индивидуальный подход к лечению больного.

Если рассматривать вопрос о взаимодействии дистальных и проксимальных точек с позиций современной нейрофизиологии, то можно предположить, что сущностью его является процесс взаимодействия соматовисцеральной афферентации, происходящий на уровне таламуса и коры. При подтверждении данного предположения экспериментальными исследованиями врачи, применяющие метод рефлексотерапии, при подборе точек смогут перейти от уровня терапевтической эмпирики на современный научный уровень.

В целях облегчения работы начинающего врача-специалиста по иглорефлексотерапии мы предлагаем при выборе проксимальных точек для сочетания их с дистальными опираться на данные аппаратной диагностики и пальпаторного обследования «пораженных» меридианов. Для того чтобы не пальпировать весь ход меридиана и выявить конкретную зону патологии, следует исходить из жалоб больного, определяя при этом следующие зоны: а) с наибольшими изменениями биофизических параметров точек акупунктуры при аппаратной диагностике, б) максимальной болевой чувствительности, в) с некоторым уплотнением ткани, г) со сниженным тургором тканей.

Все эти зоны для воздействия определяются:

— на первом уровне — по ходу «пораженного» «чудесного» меридиана.

— на втором уровне — по ходу тех «пораженных» пар меридианов, которые объединены за счет поперечного ло-пункта или точки ло с отношениями «верхний — нижний» и «левый — правый».

— на третьем уровне — по ходу «пораженного» основного меридиана.

При проведении лечения на одном определенном уровне не следует без необходимости использовать все методы сочетания точек. Перед лечением нужно прежде всего внимательно ознакомиться с этими методами и продумать, какой из них наиболее целесообразен в данный момент и для данного больного. Следует также более тщательно относиться к выбору проксимальных точек, т. е., проводя симптоматическое лечение, нужно придерживаться тех положений, которые представлены нами в отношении этих точек.

При использовании вышеописанных методов сочетаний точек акупунктуры необходимо также учесть возможность применения следующих точек: специфических точек, точек соединения, точек для лечения острых болей и точек «окно в небо».

И, наконец, для обеспечения успешной иглорефлексотерапии следует придерживаться следующих положений:

1. Проводить полное клиническое обследование больного и формирование точного клинического диагноза с позиций современной медицины. Это в свою очередь дает возможность исключить тех больных, которым метод рефлексотерапии противопоказан.

2. Решить вопрос о срочности применения метода рефлексотерапии.

3. Установить возможность сочетания рефлексотерапии с другими видами терапии и лекарственными средствами. При этом в каждом конкретном случае необходим индивидуальный подход. Так, в некоторых случаях более целесообразно вначале провести лечение общепринятыми методами, а уже потом переходить к методу иглорефлексотерапии. В последнее время определилась тенденция к комбинированному лечению, когда в промежутках между курсами рефлексотерапии проводят физиотерапевтическое или другое лечение. Конечно, желательно при проведении курса рефлексотерапии не назначать или ограничить назначение медикаментов, но однако надо избегать шаблона, ибо состояние некоторых больных предполагает применение и другой терапии. Надо учесть также возможность сочетания различных видов рефлексотерапии. Следует помнить, что проводить иглотерапию в день назначения физиотерапевтических процедур (ультразвук, диатермия, ванны) не желательно.

Не рекомендуется сочетать рефлексотерапию с рентгенотерапией, большими дозами наркотических и психотропных препаратов, гормональными препаратами.

После проведения лучевой терапии иглорефлексотерапия может быть назначена не ранее чем через 4—6 мес.

В настоящее время не существует теоретически обоснованных положений и даже единой точки зрения в вопросе совместимости как различных методов рефлексотерапии, так и иглотерапии с другими видами терапии.

4. Перед составлением рецепта точек воздействия желательно провести акупунктурную диагностику для выявления уровня «поражения» взаимосвязей между меридианами.

5. При лечении не нужно стремиться к воздействию на множество точек акупунктуры. Цель состоит в том, чтобы восстанавливать нарушенное равновесие по уровням, выбирая наиболее оптимальные методы сочетания точек, которые выведены нами для каждого уровня.

6. Важное место занимает вопрос о частоте сеансов и продолжительности курса иглорефлексотерапии. Решать его нужно строго индивидуально. Однако в среднем при хронических заболеваниях необходимо проводить лечение либо через день, либо 2—3 раза в неделю; число сеансов до 10—12. При острых заболеваниях сеансы в основном проводятся ежедневно, а иногда даже 2—3 раза в день; число сеансов до 10—15. Рекомендуется при необходимости проводить 2—3 курса рефлексотерапии и более, причем желательно делать разрыв между первым и вторыми курсами не более 2 нед., а в последующем — до одного месяца. Нередко приходится проводить больным так называемые поддерживающие курсы лечения, которые заключаются в проведении коротких сеансов через определенное время или в весенне-осенний период, когда идет обострение болезней.

7. Необходимо вести планомерный учет и регистрацию больных, прошедших иглотерапию. Это предполагает ведение индивидуальной амбулаторной карты, где каждый сеанс рефлексотерапии получает соответствующее отражение в виде записи в дневнике и карты эффективности, что в последующем дает возможность провести статистическую обработку и определить лучшие, более эффективные сочетания точек воздействия.

Больных, прошедших иглорефлексотерапию, следует брать на диспансерный учет, поскольку само по себе курсовое лечение предполагает диспансеризацию.

Итак, нами предложена общая схема лечения методами сочетаний точек акупунктуры с выделением трех уровней воздействия.

Эти несколько условно выделенные уровни воздействия на точки акупунктуры соответствуют определенным уровням поражения, которые определяются после проведения акупунктурной диагностики. Объективизацией наличия третьего уровня поражения (уровень основных меридианов) является определенное соответствие синдрома комплекса, выявленного у больного, данным клинической акупунктурной диагностики (см. табл. 28). Если данные инструментальной акупунктурной диагностики (метод Ryodoraku), полученные путем измерения биопотенциалов с репрезентативных точек всех основных меридианов, выявят отклонение функционального состояния одного основного меридиана от величины физиологических границ, то с достаточной уверенностью можно предположить наличие третьего уровня поражения (уровня основных меридианов) и, следовательно, необходимо проводить лечение воздействием на соответствующие точки акупунктуры, выведенные для его уровня воздействия.

Если данные клинической акупунктурной диагностики трудно будет соотнести симптоматике определенного основного меридиана, а при проведении инструментальной акупунктурной диагностики выявится отклонение функционального состояния нескольких основных меридианов от физиологических границ, то можно предположить наличие у больного второго (уровень вторичных меридианов) или первого (уровень «чудесных» меридианов) уровней поражения.

Объективизацией наличия второго уровня поражения являются клинические данные акупунктурной диагностики, которые можно увязать с поражением определенных пар основных меридианов, связанных между собой вторичными меридианами (ло), и при подтверждении поражения этих пар данными инструментальной диагностики. Например, у больного с диагнозом инфекционно-аллергической бронхиальной астмы без легочно-сердечной недостаточности после проведения клинической акупунктурной диагностики выявлен синдромокомплекс в виде одышки с периодическим сухим кашлем, напряжение мышц плечевого пояса, задней части шеи и спины, периодически жидкий стул, сердцебиение и чувство тревоги. Этот синдромокомплекс в определенной степени соответствует поражению следующих меридианов: I (легких), II (толстой кишки), VII (мочевого пузыря) и V (сердца), которые, как известно, связаны между собой вторичными меридианами. Данные инструментальной акупунктурной диагностики, нанесенные на R-таблицу, подтверждают клинический акупунктурный диагноз: функциональное состояние меридиана I намного выше физиологических границ, что указывает на его избыточность, а меридианов II, V и VII — намного ниже физиологических границ, что указывает на их недостаточность. Кроме того, имеются отклонения от физиологических границ со стороны меридианов VIII (почек) и VI (тонкой кишки), но они так незначительны, что в данном случае их не следует учитывать.

Объективизацией наличия первого уровня поражения (уровень «чудесных» меридианов) является определенное соответствие синдрома комплекса, выявленного у больного, с теми данными клинической акупунктурной диагностики, которые представлены в табл. 37. Данные инструментальной акупунктурной диагностики показывают значительный разброс результатов измерения с репрезентативных точек, нанесенных на R-таблицу, которые невозможно увязать с поражением определенных пар основных меридианов, связанных между собой точками ло.

В заключение мы представляем в виде таблиц предложенные нами уровни

Таблица 37

Первый уровень воздействия

Первый метод — совместное применение точек-ключей «чудесных» меридианов с точками ло

| Первая группа (ЧМI — ЧМIV) | | Вторая группа (ЧMV — ЧMVIII) | | |
|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---|-------------------|
| дисперсия | тонизация | дисперсия | тонизация | |
| Первая пара | 3VI хоу-си 62VII шэнь-май | 8X сань-ян-ло | Третья пара 7I ле-цзюе 6VIII чжао-хай | 6IV сань-инь-цзяо |
| Вторая пара | 5X вай-гуань 41XI цзу-линь-ци | 39XI сюань-чжун | Четвертая пара 6I нэй-гуань 4IV гунь-сунь | 5IX цзянь-ши |

воздействия с целью облегчения применения методов сочетаний точек акупунктуры в практической работе.

Первый уровень воздействия. Методы сочетаний точек воздействия на первом уровне основаны на использовании четвертого вида связи. При этом первый метод предполагает совместное применение точек-ключей «чудесных» меридианов и точки группового ло (см. табл. 37); второй метод — метод применения отдельных «чудесных» меридианов имеет множество вариантов (табл. 38).

Таблица 38

Первый уровень воздействия

Второй метод — применение отдельного «чудесного» меридиана

| Принцип выбора «чудесного» меридиана из пары | Варианты применения точки-ключа |
|--|--|
| Совпадение показаний (симптоматики) с синдромокомплексом, выявленным у больного | Со связующей точкой |
| Измерение биопотенциалов в соответствующих точках акупунктуры | С точками акупунктуры, входящими в данный «чудесный» меридиан |
| Наиболее близкая локализация к зоне боли | С точками акупунктуры, входящими в данный «чудесный» меридиан, а также со связующей точкой |
| Пальпаторное выявление максимальной болезненности в точке-ключе, а также в точках акупунктуры, входящих в меридиан | |

Кроме того, следует иметь в виду возможность оказывать воздействие и на точки соединения, которые связывают несколько меридианов. При этом предпочтение отдается тем точкам соединения, которые связывают основные меридианы (или большинство их), входящие в число данного «чудесного» меридиана и находятся при этом в области патологии или максимально близко к ней.

Второй уровень воздействия. Методы сочетания точек акупунктуры основаны на использовании третьего вида связи, причем первый метод

предполагает применение поперечного ло-пункта, второй — применение точки ло на основании отношения «верхний — нижний» и третий — применение точки ло на основании отношения «левый — правый» (табл. 39).

Таблица 39

Второй уровень воздействия. Методы применения точек ло

| Мери- диан | Первый метод | | Второй метод | Третий метод |
|---------------|---------------|----------------|----------------|----------------|
| | дисперсия | тонизация | тонизация | тонизация |
| I | 9I тай-юань | 6II пянь-ли | 58VII фэй-ян | 5V тун-ли |
| II | 4II хэ-гу | 7I ле-цюе | 4VIII да-чжун | 7VI чжи-чжэн |
| III | 42III чун-ян | 4IV гунь-сунь | 6IX нэй-гуань | 37XI гуань-мин |
| IV | 3IV тай-бай | 40III фэн-лун | 5X вай-гуань | 5XII ли-гоу |
| V | 7V шэнь-мэнь | 7VI чжи-чжэн | 37XI гуань-мин | 7I ле-цюе |
| VI | 4VI вань-гу | 5V тун-ли | 5XII ли-гоу | 6II пянь-ли |
| VII | 64VII цзин-гу | 4VIII да-чжун | 7I ле-цюе | 5X вай-гуань |
| VIII | 3VIII тай-си | 58VII фэй-ян | 6II пянь-ли | 6IX нэй-гуань |
| IX | 7IX да-лин | 5X вай-гуань | 40III фэн-лун | 4VIII да-чжун |
| X | 4X ян-чи | 6IX нэй-гуань | 4IV гунь-сунь | 58VII фэй-ян |
| XI | 40XI цю-сюй | 5XII ли-гоу | 5V тун-лин | 40III фэн-лун |
| XII | 3XII тай-чун | 37XI гуань-мин | 7VI чжи-чжэн | 4IV гунь-сунь |

Таблица 40

Третий уровень воздействия. Методы сочетания дистальных точек основных меридианов при синдроме избыточности

| Мери- диан | На меридиане | | Вне меридиана | | |
|---------------|------------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| | дисперсия | дисперсия | дисперсия | дисперсия | тонизация |
| I | 5I (чи-цзе) | 9I (тай-юань) | 1VIII (юн-цюань) | 2XII (син-цзянь) | 1II (цюй-чи) |
| II | 2II (эр-цзянь) | 4II (хэ-гу) | 65VII (шу-гу) | 5I (чи-цзе) | 41III (цзе-си) |
| III | 45III (ли-дуй) | 42III (чун-ян) | 2II (эр-цзянь) | 2II (эр-цзянь) | 2IV (да-ду) |
| IV | 5IV (шан-цю) | 3IV (тай-бай) | 5I (чи-цзе) | 45III (ли-дуй) | 9V (шао-чун) |
| V | 7V (шэнь-мэнь) | 7V (шэнь-мэнь) | 5IV (шан-цю) | 5IV (шан-цю) | 3VI (хоу-си) |
| VI | 8VI (сяо-хай) | 4VI (вань-гу) | 45III (ли-дуй) | 7V (шэнь-мэнь) | 67VII (чжи-инь) |
| VII | 65VII (шу-гу) | 64VII (цзин-гу) | 38XI (ян-фу) | 8VI (сяо-хай) | 7VIII (фу-лю) |
| VIII | 1VIII (юн-цюань) | 3VIII (тай-си) | 2XII (син-цзянь) | 65VII (шу-гу) | 9IX (чжун-чун) |
| IX | 7IX (да-лин) | 7IX (да-лин) | 5IV (шан-цю) | 1VIII (юн-цюань) | 3X (чжун-чжу) |
| X | 10X (тянь-цзин) | 4X (ян-чи) | 45III (ли-дуй) | 7IX (да-лин) | 43XI (ся-си) |
| XI | 38XI (ян-фу) | 40XI (цю-сюй) | 8VI (сяо-хай) | 10X (тянь-цзин) | 8XII (цюй-цюань) |
| XII | 2XII (син-цзянь) | 3XII (тай-чун) | 7V (шэнь-мэнь) | 38XI (ян-фу) | 9I (тай-юань) |

Третий уровень воздействия. Данный уровень воздействия представляет методы сочетания дистальных точек основных меридианов, а также применение трехзональной системы меридиана при синдромах избыточности и недостаточности (табл. 40—43). Лечение на третьем уровне можно разделить на три этапа:

- применение только дистальных точек воздействия;
- применение взаимодействия проксимальных точек меридиана с сочетаниями дистальных точек;
- применение трехзональной системы меридиана.

В заключение следует подчеркнуть, что основу метода иглорефлексотерапии составляет учение о точках акупунктуры. Точки акупунктуры можно

Таблица 41

Третий уровень воздействия. Методы сочетания дистальных точек основных меридианов при синдроме недостаточности

| Меридиан | На меридиане | | Вне меридиана | | |
|----------|------------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| | тонизация | тонизация | тонизация | тонизация | дисперсия |
| I | 9I (тай-юань) | 9I (тай-юань) | 2IV (да-ду) | 8XII (цюй-цюань) | 2II (эр-цзянь) |
| II | 11II (цюй-чи) | 4II (хэ-гу) | 41III (цзе-си) | 9I (тай-юань) | 45III (ли-дуй) |
| III | 41III (цзе-си) | 42III (чун-ян) | 3X (чжун-чжу) | 11II (цюй-чи) | 5IV (шан-цю) |
| IV | 2IV (да-ду) | 3IV (тай-бай) | 9IX (чжун-чун) | 41III (цзе-си) | 7V (шэнь-мэнь) |
| V | 9V (шао-чун) | 7V (шэнь-мэнь) | 8XII (цюй-цюань) | 2IV (да-ду) | 8VI (сяо-хай) |
| VI | 3VI (хоу-си) | 4VI (вань-гу) | 43XI (ся-си) | 9V (шао-чун) | 65VII (шу-гу) |
| VII | 67VII (чжи-инь) | 64VII (цзин-гу) | 11II (цюй-чи) | 3VI (хоу-си) | 1VIII (юн-цюань) |
| VIII | 7VII (фу-лю) | 3VIII (тай-си) | 9I (тай-юань) | 67VII (чжи-инь) | 7IX (да-лин) |
| IX | 9IX (чжун-чун) | 7IX (да-лин) | 8XII (цюй-цюань) | 7VIII (фу-лю) | 10X (тянь-цинь) |
| X | 3X (чжун-чжу) | 4X (ян-чи) | 43XI (ся-си) | 9IX (чжун-чун) | 38XI (ян-фу) |
| XI | 43XI (ся-си) | 40XI (цю-суй) | 67VII (чжи-инь) | 3X (чжун-чжу) | 2XII (син-цзянь) |
| XII | 8XII (цюй-цюань) | 3XII (тай-чун) | 7VIII (фу-лю) | 43XI (ся-си) | 5I (чи-цзе) |

Таблица 42

Третий уровень воздействия. Применение трехзональной системы меридиана при синдроме избыточности

| Меридиан | Дистальная зона | | | Задняя зона | Передняя зона |
|----------|------------------|-----------------|---------------------|----------------------|-------------------|
| | дисперсия | дисперсия | дисперсия | дисперсия | тонизация |
| I | 5I (чи-цзе) | 9I (тай-юань) | 11I (шао-шан) | 13VII (фэй-шу) | 11 (чжун-фу) |
| II | 2II (эр-цзянь) | 4II (хэ-гу) | 3II (сань-цзянь) | 25VII (да-чан-шу) | 25III (тянь-шу) |
| III | 45III (ли-дуй) | 42III (чун-ян) | 44III (нэй-тин) | 21VII (вэй-шу) | 12XIV (чжун-вань) |
| IV | 5VI (шан-цю) | 3IV (тай-бай) | 9IV (инь-лин-цюань) | 20VII (пи-шу) | 13XII (чжан-мэнь) |
| V | 7V (шэнь-мэнь) | 7V (шэнь-мэнь) | 4V (лин-дао) | 15VII (синь-шу) | 14XIV (цзюй-цюе) |
| VI | 8VI (сяо-хай) | 4VI (вань-гу) | 1VI (шао-цзэ) | 27VII (сяо-чан-шу) | 4XIV (гуань-юань) |
| VII | 65VII (шу-гу) | 64VII (цзин-гу) | 60VII (кунь-лунь) | 28VII (пан-гуан-шу) | 3XIV (чжун-ци) |
| VIII | 1VIII (юн-цюань) | 3VIII (тай-си) | 2VIII (жань-гу) | 23VII (шэнь-шу) | 25XI (цзин-мэнь) |
| IX | 7IX (да-лин) | 7IX (да-лин) | 5IX (цзянь-ши) | 14VII (цзюе-инь-шу) | 11X (тянь-чи) |
| X | 10X (тянь-цинь) | 4X (ян-чи) | 1X (гуань-чун) | 22VII (сань-цзюо-шу) | 5XIV (ши-мэнь) |
| XI | 38XI (ян-фу) | 40XI (цю-суй) | 34XI (ян-лин-цюань) | 19VII (дань-шу) | 24XI (жи-юе) |
| XII | 2XII (син-цзянь) | 3XII (тай-чун) | 3XII (тай-чун) | 18VII (гань-шу) | 14XII (фэй-мэнь) |

Таблица 43

Третий уровень воздействия. Применение трехзональной системы меридиана при синдроме недостаточности

| Меридиан | Дистальная зона | | | Передняя зона | Задняя зона |
|----------|------------------|-----------------|---------------------|-------------------|----------------------|
| | тонизация | тонизация | тонизация | тонизация | дисперсия |
| I | 9I (тай-юань) | 9I (тай-юань) | 10I (юй-цзи) | 11 (чжун-фу) | 13VII (фэй-шу) |
| II | 11II (цюй-чи) | 4II (хэ-гу) | 5II (ян-си) | 25III (тянь-шу) | 25VII (да-чан-шу) |
| III | 41III (цзе-си) | 42III (чун-ян) | 43III (сянь-гу) | 12XIV (чжун-вань) | 21VII (вэй-шу) |
| IV | 2IV (да-ду) | 3IV (тай-бай) | 11V (инь-бай) | 13XII (чжан-мэнь) | 20VII (пи-шу) |
| V | 9V (шао-чун) | 7V (шэнь-мэнь) | 3V (шао-хай) | 14XIV (цзюй-цюе) | 15VII (синь-шу) |
| VI | 3VI (хоу-си) | 4VI (вань-гу) | 2VI (сянь-гу) | 4XIV (гуань-юань) | 27VII (сяо-чан-шу) |
| VII | 67VII (чжи-инь) | 64VII (цзин-гу) | 40VII (фэй-чжун) | 3XIV (чжун-ци) | 28VII (пан-гуан-шу) |
| VIII | 7VIII (фу-лю) | 3VIII (тай-си) | 3VIII (тай-си) | 25XI (цзин-мэнь) | 23VII (шэнь-шу) |
| IX | 9IX (чжун-чун) | 7IX (да-лин) | 3IX (цюй-цзе) | 11X (тянь-чи) | 14VII (цзюе-инь-шу) |
| X | 3X (чжун-чжу) | 4X (ян-чи) | 2X (е-мэнь) | 5XIV (ши-мэнь) | 22VII (сань-цзюо-шу) |
| XI | 43XI (ся-си) | 40XI (цю-суй) | 44XI (цзю-цзюо-инь) | 24XI (жи-юе) | 19VII (дань-шу) |
| XII | 8XII (цюй-цюань) | 3XII (тай-чун) | 4XII (чжун-фэн) | 14XII (ши-мэнь) | 18VII (гань-шу) |

обозначить как определенные зоны тела человека (и животных), имеющие специфические биофизические характеристики, связанные в линейно-пространственные комплексы (меридианы) и обладающие, по-видимому, особой связью с системой, обеспечивающей регуляцию соматовисцерального взаи-

модействия посредством нейрофизиологических, нейрохимических и нейрогормональных процессов.

Практическая акупунктура тесно связана с классификацией точек воздействия по признаку меридиана. Меридианы можно представить как функциональную взаимосвязь точек акупунктуры, обладающих достаточной терапевтической однородностью воздействия на внутренние органы и системы, представляющих собой отраженные «соматические гомологи» афферентных систем внутренних органов на уровне ядер таламуса и коры. Воздействие на эти «соматические гомологи» (меридианы) способствует, по-видимому, регулированию деятельности центральных отделов системы, влияющей на протекание периферических вегетативных рефлексов.

Можно предположить, что соматовисцеральное взаимодействие, имеющее морфологический субстрат на уровне центральной нервной системы, является эволюционно приспособленным механизмом, через который внешняя среда может непосредственно влиять на «клеточную энергетику». Если принять во внимание, что наружные покровы являются сосредоточением активных точек, на которые влияют все факторы внешней среды, то возникает мысль, что внешняя среда, воздействуя на точки, постоянно оказывает влияние на «клеточную энергетику» органов посредством такой функциональной системы, как меридиан, который можно рассматривать как отраженный «соматический гомолог» висцеральной афферентации. Это влияние усиливается при непосредственном механическом (традиционное иглоукалывание) или электрическом (электроакупунктура) воздействии на точки акупунктуры.

Соматовисцеральное взаимодействие, осуществляющееся на уровне таламуса и коры, является, по-видимому, тем морфофизиологическим структурным элементом, где происходит взаимодействие эндогенных биоритмов организма с экзогенными факторами среды. Последние через систему активных точек наружных покровов могут активизировать «клеточную энергетику» органов, что меняет ритм биологических процессов и повышает устойчивость организма.

Таким образом, можно предположить, что механизм соматовисцерального взаимодействия является универсальным аппаратом как тренировки и активации физиологического состояния различных органов и тканей, так и повышения неспецифической резистентности организма, а также одним из аппаратов, способствующих сохранению гомеостаза. Точки акупунктуры, объединенные нами на третьем уровне воздействия, можно представить как «соматические гомологи» висцеральной афферентации от интрамуральных ганглиев. Воздействие на точки акупунктуры третьего уровня, по-видимому, посредством механизма взаимодействия соматической и висцеральной афферентации на уровне таламуса и коры способствует восстановлению собственных периферических рефлексов и механизмов интрамуральной регуляции.

Точки акупунктуры, объединенные нами на втором уровне воздействия, можно представить как «соматические гомологи» висцеральной афферентации, направляющиеся в центральную нервную систему от экстрамуральных ганглиев (пре- и паравертебральных); при этом воздействие на точки акупунктуры второго уровня, возможно, способствует восстановлению измененных сопряженных периферических рефлексов и механизмов экстрамуральной регуляции. Точки акупунктуры, выделенные нами для первого уровня воздействия, можно представить как триггерные пункты «соматических гомологов» определенных интеграций афферентных систем, происходящих на центральных уровнях (начиная со спинномозгового сегмента и

выше), при этом воздействие на точки акупунктуры первого уровня, возможно, способствует включению механизмов центральной регуляции.

Итак, можно исходить из предположения, что точки акупунктуры, представляющие собой уровни воздействия, являются триггерными пунктами «соматических гомологов», которые на уровне ядер таламуса и коры соответствуют определенным висцеральным афферентным системам. Отсюда следует, что

— применение точек акупунктуры первого уровня воздействия способствует механизмам центральной регуляции;

— применение точек акупунктуры второго уровня способствует механизмам экстрамуральной регуляции;

— применение точек акупунктуры третьего уровня способствует механизмам интрамуральной регуляции.

Разработанная нами оригинальная схема методов сочетания точек акупунктуры, основанная на дифференцированном подходе к различным уровням воздействия, апробирована в клинике рефлексотерапии Казанского ГИДУВа имени В. И. Ленина и внедрена в практическую акупунктуру в ряде лечебных учреждений нашей страны. Предлагаемое обоснование этих уровней воздействия носит гипотетический характер.

Делом будущего является современная научная разработка этого вопроса, которая позволит подтвердить, видоизменить или отвергнуть предложенную гипотезу.

§5. Терапевтический указатель

Приводим краткий терапевтический указатель, в котором представлен перечень симптомов и состояний с указанием точек, рекомендуемых для их терапии. В предлагаемом терапевтическом указателе мы приводим те симптомы и состояния, которые в равной степени могут ориентировать на одно заболевание и более, на одну или несколько систем организма.

Все указанные симптомы взяты из «Руководства по международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти» (1968). Они приведены в классе V «Психические расстройства», в классе XVI «Симптомы и неточно обозначенные состояния», в рубрике «Специфические симптомы, неклассифицированные где-либо в других рубриках».

После каждого определенного симптома или состояния нами представлены точки воздействия и указаны приемы воздействия — тонизация или дисперсия, либо сочетание их.

V. Психические расстройства

Неврозы, психопатии и другие психические расстройства непсихотического характера

306¹: Специфические симптомы, неклассифицированные где-либо в других рубриках.

306-0 Зайкание, запинание:

Дисперсия — 6IX, 5X, 14XIII, 19XIII, 20XIII, 15VII, 6III.

Тонизация — 5V, 3V, 4II.

306.4. Специфические нарушения сна.

¹ Указанные цифровые индексы соответствуют цифровым обозначениям, приводимым в «Руководстве по международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти». — Т. 1. М., 1968.

Гиперсомния:

Тонизация — 6VIII, 3VIII, 1VIII, 3V, 5V, 45III, 12VII, 20VII, 21XI, 22XIII.
 Дисперсия — 5IV, 2II, 3II.

Бессонница:

Дисперсия — 62VII, 7V, 10X, 2XII, 6IX, 1IV, 6IV, 15VII, 23VII, 14XI, 20XI, 20XIII, 12XIV, 36III, BM13, BM134.
 Тонизация — 3VI, 3VIII, 16X.

Ночные кошмары:

Тонизация — 6VIII, 7IX, 9V, 4V, 19XIII, 9IX.
 Дисперсия — 15VII, 44III.
 306.5. Нарушение питания.

Неврогенное отсутствие аппетита:

Тонизация — 6IX, 4IV, 17VIII, 19VIII, 18VII, 19VII, 20VII, 23VII, 13III, 25III, 12XIV, 3XII, BM37, BM64, BM70.

306.6. Недержание мочи (энурез) не органического происхождения:

Дисперсия — 23VII, 24VII, 25VII, 26VII, 4XIII, 4XIV; 6XIV.
 Тонизация — 36III, 6IV, 1XII, 6IX.

306.6. Головная боль (цефалгия), не органического происхождения.

Боли в затылочной области головы:

Дисперсия — 16XIII, 17XIII, 20XI, 21XI, 10VII, 14XIII, 11VII.
 Тонизация — 3VI, 8X, 62VII.

Боли в височно-теменной области головы:

Дисперсия — 20XIII, 7XI, 8XI, 17XI, 18XI, 19X, 20X, BM1, BM27, BM29.
 Тонизация — 5X, 41XI, 3XII.

Боли в лобной области головы:

Дисперсия — 2VII, 3VII, 4VII, 14XI, 23XIII, 8III, BM3, BM9.
 Тонизация — 4II, 36III, 44III, 10II.

XVI. Симптомы и не точно обозначенные состояния

780. Некоторые симптомы, относящиеся к нервной системе и органам чувств.

780.3. Патологические произвольные движения.

Спазм мышечный:

Дисперсия — 41XI, 5X, 3VI, 62VII, 60VII, 34XI, 2XII, 8XII, 57VII, 21XI, 14XIII, 4XIII, 40XI.

Спазм сосудистый:

Дисперсия — 9I, 7V, 7IX, 9IX, 3XII, 60VII.

Дрожание:

Дисперсия — 40XI, 38XI, 34XI, 3VI, 10I, 10X, 43VII.

780.5. Головокружение.

В сочетании с оглушенностью, депрессией, побледнением, холодным потом и т. д.:

Тонизация — 20XI, 34XI, 3V, 5V, 6VI, 4VI, 6IV, 3X.

Дисперсия — 10VII, 65VII.

В сочетании с гиперемией, гипертонией, дискоординацией:

Дисперсия — 62VII, 41XI, 21XI, 10VII, 2VII, 4II, 3VII, 5VII, 2X.

780.3. Расстройства слуха (шум, звон в ушах), кроме глухоты:

Дисперсия — 17X, 19X, 21X, 22X, 20XI, 17VI, 19VI, 5VI, 5X, 7III, BM110, BM111.

Тонизация — 3VI, 3X, 4VI, 43XI.

781.4. Расстройства черепных нервов, кроме зрительного, глазодвигательного и слухового.

Дисфагия:

Дисперсия — 22XIV, 17XIV, 12XIV, 10XIV, 14XII, 26VIII, 21IV, 13III, 12III, BM97, BM99.

Тонизация — 4IV, 6IX, 7I.

781.5. Расстройства речи.

Афазия:

Тонизация — 5V, 15VII, 8X, 23VIII, 20XIII, BM20, BM22, 4III, 6III, 9III.

Тризм:

Дисперсия — 4II, 41III, 6III, 2II, 2XII, 26XIII, 21X, 17X.

781.6. Другие нарушения органов чувств.

Ощущение жжения или покалывания (парестезии):

Дисперсия — 4VI, 10II, 15II, 11VII, 30XI, 14XIII, 4XIII, 62VII.

Тонизация — 3V, 10VI, 3VI, 4VI.

782. Симптомы, относящиеся к сердечно-сосудистой и лимфатической системам.

782.0. Кардиалгия:

Дисперсия — 6IX, 4IV, 7IX, 7V, 5V, 17XIV, 8VIII.

782.1. Сердцебиение:

Дисперсия — 6IX, 7V, 4IV, 15VII, 8V, 1VIII, 26VIII.

782.2. Тахикардия:

Дисперсия — 7IX, 3V, 5V, 4IX, 5IX, 11VII, 14VII.

782.5. Обморок или коллапс:

Тонизация — 26XIV, 36III, 4II, 9V, 7VIII, 3VIII, 3VI, 45III, 1II.

Недостаточность периферического кровообращения:

Тонизация — 25XIII, 36II, 1VIII, 6IX, 6VIII, 26XIII, 6IV, 9I.

783. Симптомы, относящиеся к органам дыхания.

783.0. Носовое кровотечение:

Дисперсия — 20II, 19II, 23XIII, 20XIII, 15XIII, 2III, 3II, 13VII, 6II.

Тонизация — 1II, 45III, 9I, 3VI, 4VI.

783.1. Кровохарканье:

Дисперсия — 7I, 5I, 6I, 10I, 13VII, 18VII, 42XI.

Тонизация — 9I, 3XII, 43XI, 4II, 36II.

783.2. Одышка:

Дисперсия — 7I, 6II, 1I, 7V, 6VIII, 13VII, 15VII, 14XII, 20XIV, 22XIV.

Тонизация — 9I, 3XII, 7VII, 9V.

783.3. Кашель:

Дисперсия — 5I, 1I, 6I, 8I, 13VII, 27VIII, 14XII, 1VIII, 43VII, 22XIV, BM30.

Тонизация — 1II, 40III, 3VIII, 1II.

783.5. Нарушение фонации (афония, хрипота):

Тонизация — 6X, 7X, 8X, 6II, 9II, 36II, 6I, 4II, 16VI, 22XIV.

Дисперсия — 1VIII, 1II.

784. Симптомы, относящиеся к верхнему отделу пищеварительного тракта.

784.0. Анорексия:

Тонизация — 4IV, 36III, 42III, 44III, 3XII, 12XIV, 14XII, 9IV, 10XIV.

784.1. Тошнота:

Дисперсия — 5IV, 4IV, 6IX, 23II, 36II, 23VII, 21VII, 20XIII, 12XIV.

Рвота:

Дисперсия — 4IV, 6IX, 2XII, 34XI, 42III, 25III, 21VII, 13XII, BM2, BM31, BM139.

784.3. Изжога:

Дисперсия — 4IV, 12XIV, 10XIV, 21VII, 22VII, 17VII, 4IV, 36II.

784.6. Икота:

Дисперсия — 14XII, 2XII, 20XI, 24XI, 9II, 19II, 12XIV, 15XIV, 22XIV, 17VII.

785. Симптомы, относящиеся к органам живота и нижнему отделу пищеварительного тракта.

785.0. Вздутие живота (не относящееся специально к какому-либо органу):

Дисперсия — 4IV, 9IV, 36II, 34II, 3VI, 21VII, 25VII, 52VII.

785.2. Желтуха:

Дисперсия — 2XIII, 4XII, 13XII, 1VIII, 16VIII, 8IX, 12XIV, 18VII, 19VII, 6IV, BM64, BM85.

785.4. Метеоризм:

Дисперсия — 25II, 36II, 1IV, 2IV, 19VII, 6XIV, 3XIV, 12XIV, 62VII, 4IV, 6IX.

785.5. Боль в животе (колики).

Дисперсия — 4IV, 6IV, 25III, 36II, 12XIV, 4XIV, 6XIV, 3XII, 25VII, 23VII, 27III.

786. Симптомы, относящиеся к мочеполовой системе.

786.0. Боли, относящиеся к мочевой системе (колики):

Дисперсия — 3XIV, 4XIV, 6XIV, 23VII, 25VII, 28VII, 4XIII, 1VIII, 36III, 62VII, 60VII.

Тонизация: 6IV, 4VIII, 64VII.

786.1. Задержка мочи:

Тонизация — 3XIV, 4XIV, 28III, 23VII, 28VII, 52VII, 7VIII.

Дисперсия — 6IV, 9IV, 65VII, 2VIII.

786.3. Учащенное мочеиспускание:

Дисперсия — 28VII, 23VII, 3XIV, 4XIV, 6XIV, 23III.

Тонизация — 7VII, 6IV, 3VIII, 9XII.

786.6. Приапизм (болезненная эрекция):

Дисперсия — 5XII, 3XII, 30III, 3VIII, 2VIII, 2XIV.

787.7. Вагинизм:

Тонизация — 4XII, 8XII, 7VIII.

Дисперсия — 2XII, 2VIII, 1XIV, 6IV.

787.1. Боль в конечности (судороги).

Боль в верхней конечности (в любой части):

Дисперсия — 5X, 3VI, 4II, 15II, 8X, 6IX, 10VI, 21XI, 14XIII.

Боль в нижней конечности (в любой части):

Дисперсия — 41XI, 37XI, 30XI, 26XI, 62VII, 60VII, 40VII, 36III, 4XIII.

787.3. Боль в суставе (артралгия).

Боль в запястье:

Дисперсия — 5X, 4II, 7IX, 4VI.

Боль в локтевом суставе:

Дисперсия — 8X, 10II, 10X, 8VI, 5I.

Боль в плечевом суставе:

Дисперсия — 15II, 16II, 10VI, 3VI, 21XI, 14XIII, 62VII, 11VII.

Боль в тазобедренном суставе:

Дисперсия — 41XI, 30XI, 26XI, 31XI, 60VII, 62VII.

Боль в коленном суставе:

Дисперсия — 62VII, 40VII, 41XI, 34XI, 35III, 36III, 9IV.

Боль в голеностопном суставе и стопе:

Дисперсия — 60VII, 62VII, 41XI, 3XII, 4VIII, 3VIII, 43XI, 42III.

788. Другие общие симптомы.

788.1. Чрезмерное потение.

Гипергидроз:

Дисперсия — 5X, 10VII, 4VI, 3VIII, 9VII, 8IX.

Тонизация — 7VIII, 20XI, 3X.

Ночные поты:

Дисперсия — 2VIII, 23VII, 5X, 10VII, 4II.

Тонизация — 7VIII, 20XI, 1VI.

788.2. Сыпь:

Тонизация — 40VII, 11VII, 8XII, 11II, 4II, 15II, 21III, 25III, 3XIV, 12XIV.

Дисперсия — 5I, 10II, 36III, 6IV.

790. Нервозность и астения.

790.1. Астения и чрезмерная утомляемость:

Тонизация — 36III, 4II, 6IX, 4IV.

790.2. Дисперсия:

Тонизация — 41III, 9V, 6IX, 6IV, 36III, 7VII.

Дисперсия: 5I, 7V, 1VIII.

Глава

IX

Аурикулотерапия

§ 1. История вопроса и сущность метода

Ухоиглотерапия — эр-чжень-ляо, или иглоукальвание в точки ушной раковины (аурикулотерапия), имеет большую историю. Не установлено точно, где впервые появился метод — у народов Востока, у персов или египтян. Истоки аурикулотерапии теряются примерно в 200—300-х годах до н. э. Согласно данным Sonen Kichan, еще в V веке до н. э. Pian Tsio применял аурикулотерапию в виде уколов уха бамбуковыми иглами. В описаниях Гипократа имеются указания, что пересечение вен, расположенных позади ушной раковины, приводило к мужскому бесплодию.

В работах Сун Сы-мяо (VII век н. э.) «Цзян Цзин-фан» («Тысяча золотых рецептов»); Чэн Цан-ци (VIII век н. э.) «Чжинюэфан» («Рецепты для лечения малярии»), Ян Цзи-чжоу (1644) «Чжень цзю гэнь» («Основы иглоукальвания и прижигания») представлены некоторые данные о лечении иглоукальванием точек ушной раковины. В указанных работах данный метод описывается под названием «маленькие иглы», «крошечные иглы», «чудесные иглы ушного дна», поскольку аурикулотерапия проводилась маленькими специальными иглами в виде кнопок.

Известно, что народные врачи Корсики и Аравии издавна использовали при лечении ишиалгии прижигание каленым железом ушной раковины у основания завитка и козелка. В XVII—XIX веках аурикулотерапия применялась для лечения ишиаса в Японии, Португалии, Персии. С этой целью производили прижигание корня завитка или завитка ушной раковины. Valsalva (1717) описывает лечение зубной боли методом прижигания области наружного уха, точнее, прикладыванием горячего железного инструмента позади противокозелка.

Широкое распространение аурикулотерапия получила в 50-х годах XX столетия. Французский врач P. Nogier начал свои исследования после того, как получил обезболивающий эффект от прижигания точки ушной раковины при ишиасе. В дальнейшем этим вопросом заинтересовался G. Bachmann (1959), основавший акупунктурный журнал, на страницах которого большое внимание уделяется аурикулотерапии.

В Советском Союзе впервые о методе рефлекторной терапии на наружном ухе сообщил В. Г. Вогралик (1961, 1962). Позднее этот метод был проанализирован и систематизирован нами совместно с Л. М. Клименко в монографии «Ухоиглотерапия» (1976), в которой особое внимание было уделено топографии точек воздействия на ушную раковину. Я. М. Балабан и Л. С. Гохман (1977) в книге, также посвященной этому вопросу, попытались обосновать механизм воздействия стимуляции точек на ушную раковину на функции организма человека с позиции нервного.

Аурикулотерапия является одним из методов рефлекторной терапии. Это составная часть корпоральной иглорефлексотерапии. Воздействием на определенные проекционные зоны ушной раковины можно вызвать направленные рефлекторные реакции, оказывающие терапевтический эффект при заболевании внутренних органов, нормализующие измененные функции нервной системы, воздействующие на психоэмоциональную сферу.

В уже упоминавшемся самом древнем дошедшем до наших дней письменном источнике китайской народной медицины «Хуанди Нэйцзин» («О природе и жизни», 246—270 гг. до н. э.) ухо рассматривается как орган, тесно связанный со всем организмом, в том числе и с внутренними органами

(чжан-фу). Связь эта, как следует из данного труда, осуществляется посредством меридианов и ответвлений. Указывается, что все янские линии (меридианы) проходят около уха, а все иньские линии — не проходят, но через бяо-ли (наружный покров и внутренняя часть) иньские линии имеют связь с янскими. Поэтому считается, что и все иньские меридианы также имеют связь с ухом.

По данным древневосточной литературы, при различных заболеваниях внутренних органов часто наблюдаются некоторые изменения в определенных зонах ушной раковины: например, изменения цвета и формы, появление изъязвлений, водяных пузырьков и т. д. У некоторых больных, страдающих язвенной болезнью, в области точки желудка появляется маленький, округлой формы бугорок, а после резекции желудка — маленький серповидный рубец в виде белой или красной полоски. При заболеваниях гениталий, колите, цистите, нефрите в соответствующих точках ушной раковины появляется сыпь. При острых воспалительных процессах описаны точкообразные, пластинчатообразные, глянцевидные ореолы или гиперемии, а при хронических воспалительных процессах — тусклые точки белого цвета, пластинки, углубления и возвышения. Однако чаще всего при различных заболеваниях в соответствующих точках ушной раковины возникают боль при надавливании, уменьшение электросопротивления. Такие изменения обычно появляются на одноименной с патологическим процессом стороне или с двух сторон и очень редко на противоположной.

Точки на ушной раковине расположены строго закономерно. Название точек дается в соответствии с их связью или влиянием на определенный внутренний орган или функцию органа. Например, существует точка сердца, печени, точка астмы, точка, регулирующая дыхание, точка, снижающая артериальное давление. Название некоторых точек соответствует названию заболевания внутреннего органа, принятому как в современной, так и в древней китайской медицине: точка гепатита, точка цирроза печени. Несколько точек имеют традиционные китайские названия: тай-ян («солнце»), шэнь-мэнь («ворота духа»).

Р. Nogier (1969) выдвинул гипотезу, согласно которой ухо напоминает по своему виду эмбрион, находящийся в утробе матери, причем тело человека проецируется на ушной раковине так же, как проецируется на коре головного мозга. Приняв эту гипотезу за основу, Р. Nogier разработал топографию точек и зон в области ушной раковины, являющихся проекциями определенных частей тела, позвоночника, конечностей, внутренних органов, органов чувств, эндокринных органов и др. (рис. 72).

Точка на наружном ухе — небольшой участок кожи, имеющий определенные физические и физиологические характеристики. Измерения электросопротивления кожи показывают, что область точки приблизительно составляет 0,2 мм. Имеются убедительные клинические и экспериментальные данные о том, что только стимуляция точки воздействия дает эффект, а стимуляция области, отстоящей от нее на несколько десятых долей миллиметра, не оказывает эффекта.

Электрофизиологическими исследованиями было установлено, что акупунктурные точки ушной раковины характеризуются более низким сопротивлением постоянному току, более высоким электрическим потенциалом, повышенной болезненностью по сравнению с соседними участками. Е. С. Вельховер (1972), определяя показатели электропроводности в проекционных точках ушной раковины у здоровых и больных людей, обнаружил, что изменения электропроводности ушной раковины у практически здоровых лиц регистрируются редко. Показатели электропроводности проекционных точек

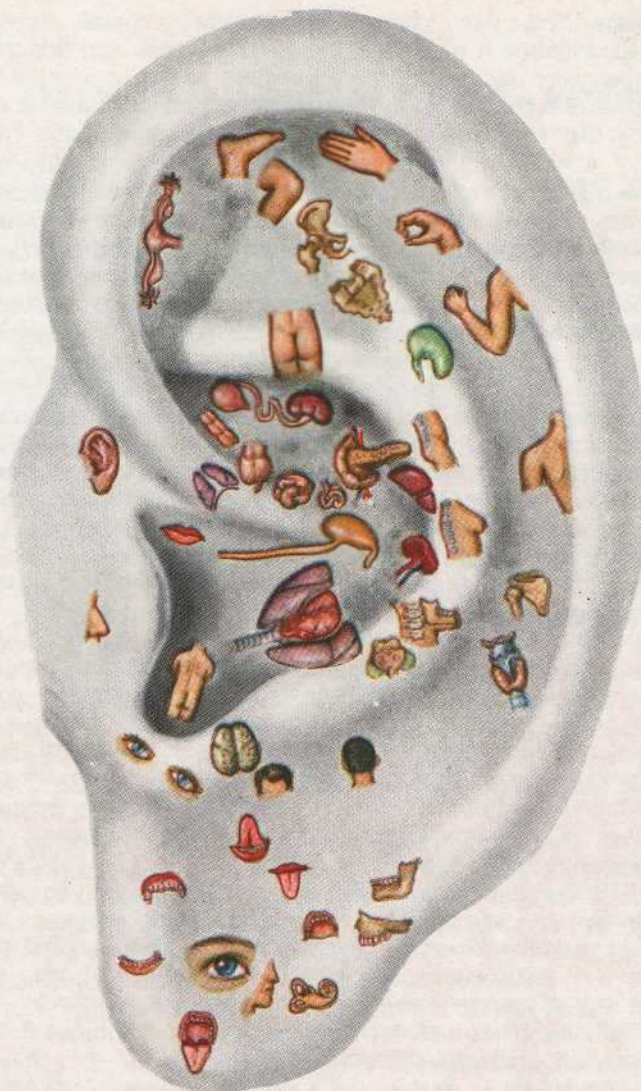


Рис. 72.

Проекция внутренних органов на ушной раковине.

у больных связаны с характером и степенью выраженности патологического процесса.

Нередко изменение электропроводности в ряде проекционных точек ушной раковины регистрировалось задолго до появления клинических признаков заболеваний внутренних органов.

В. И. Квирцишвили (1972) подтвердил в эксперименте наличие на ушной раковине зон с заметно уменьшенным электрическим сопротивлением и другими функциональными и морфологическими изменениями (изъязвление, гиперемия, шелушение). Он считает, что акупунктурные точки ушной раковины представляют собой ограниченные участки площадью 1—2 мм² и являются проекционными зонами различных частей тела.

Аурикулотерапия в настоящее время применяется не только с лечебной, но и с диагностической целью. Широкому распространению метода способствовала высокая эффективность его, большой круг показаний к применению, возможности использовать аурикулотерапию в качестве компонента комбинированного обезболивания при хирургических операциях. К достоинствам метода следует отнести несложность проведения укола и определения точек воздействия на ушной раковине.

В настоящее время эффективность аурикулотерапии при лечении ряда болевых синдромов, функциональных расстройств нервной системы и расстройств органов внутренней секреции достигает более 80—90%. Аурикулярным точкам при иглоанальгезии в ряде случаев специалисты отдают предпочтение перед корпоральными точками.

Однако многие вопросы аурикулотерапии, как и корпоральный рефлексотерапии, окончательно не разработаны и требуют дальнейших комплексных исследований.

§ 2. Предполагаемые механизмы аурикулотерапии

В последние годы медицинские школы ряда стран, исследуя научные основы аурикулотерапии, пытаются объяснить и механизм действия акупунктуры.

Согласно данным Р. Nogier (1968) и более поздним исследованиям I. Bossy (1970), Н. Jarricot (1973), на поверхности ушной раковины представлена вся соматическая и висцеральная чувствительность, выделены зоны симпатической и парасимпатической нервной системы, зоны гипоталамических, таламических и корковых областей мозга.

Эти данные являются результатом косвенных наблюдений и получены путем сопоставления локализации патологического очага и соответствующих проекционных акупунктурных точек ушной раковины.

Известно, что наружная часть ушной раковины, расположенная латерально от противозавитка, иннервируется преимущественно тройничным и лицевым нервами, глубокая ее часть и мочка уха — блуждающим нервом и шейным сплетением. В этом распределении зон иннервации Я. М. Балабан и А. С. Гохман (1976) видят разгадку появления висцеральных зон гиперальгезии в отделах ушной раковины, где имеет место парасимпатическая и симпатическая иннервация.

Можно полагать, что основной принцип аурикулотерапии тождественен механизму общей корпоральной иглорефлексотерапии. В главе II мы описали соответствующие подходы к изучению этих механизмов. Важная роль принадлежит взаимодействию ядер V, VII, IX и X черепных нервов между собой и с ретикулярной формацией ствола мозга, межоточного мозга, афферентными соматическими и висцеральными системами. Учитывая характер иннервации ушной раковины (в основном системой тройничного нерва верхнешейного сплетения, а также ветвями блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов), следует предполагать, что путем воздействия на афферентные системы указанных чувствительных нервов опосредованно через связи с блуждающим нервом, другими парасимпатическими путями и системой симпатической иннервации возникает тот или иной физиологический эффект.

Некоторые авторы отмечают сходство точек и зон повышенной кожно-болевой чувствительности ушной раковины с зонами Захарьина—Геда. Мож-

но проследить также их сходство с точками-глашатаями или точками тревоги (мо-пункты), которые располагаются преимущественно в области зон кожной гиперальгезии Захарьина—Геда. Мо-пункты рассматриваются сейчас как периферическая проекция сложного (сенсорно-моторно-вазомоторно-трофического) сегментарного рефлекса, замыкающегося на уровне спинного мозга. Отражая сегментарные анатомо-физиологические связи внутренних органов с поверхности тела, эти зоны отличаются относительным постоянством локализации, что имеет большое значение при топической диагностике заболеваний внутренних органов (Раздольский И. Я., 1957). Зоны и точки повышенной болевой чувствительности в ушной раковине также обладают большой толико-диагностической ценностью.

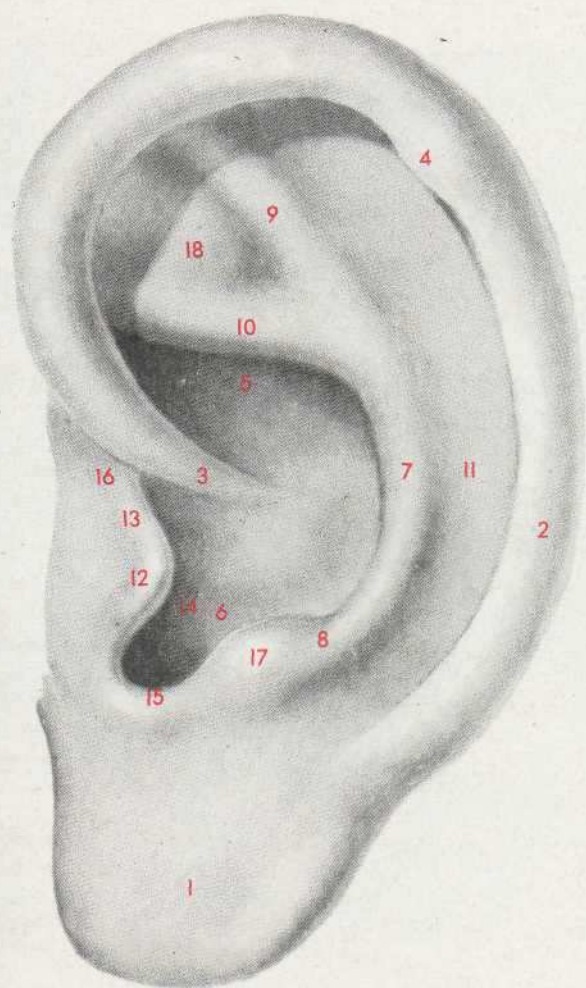
Е. С. Вельховер (1963) предлагает следующую гипотезу афферентной импульсации в эр-чжень-ляо. Он считает, что в отличие от зон Захарьина—Геда, рассматриваемых многими авторами как сегментарные рефлекс, дуги которых проходят через спинной мозг, рефлекторные дуги эр-чжень-ляо замыкаются в высших (церебральных) отделах центральной нервной системы. Ретикулярная формация ствола и желатинозная субстанция ядра тройничного нерва являются теми образованиями, из которых по тройничному, блуждающему и 3-му шейному нервам афферентные импульсы от внутренних органов и частей тела достигают точек и зон ушной раковины и коры головного мозга.

О рефлекторном влиянии поврежденной области тела на ушную раковину, осуществляющемуся через симпатическую нервную систему, сообщает В. И. Квирчишвили (1972).

Традиционное восточное представление об аурикулотерапии основано на теории меридианов. Во многих китайских классических медицинских трудах отмечено, что наружное ухо является местом, где встречаются меридианы всего тела, которые тесно связаны с пятью чжан и шестью фу органами, а также с отдельной частью тела. Китайские медики на основании практического опыта и своей интерпретации классических медицинских трудов полагают, что через соединения меридианов боль во внутренней области тела проявляется на наружном ухе, и, с другой стороны, укалывание соответствующей чувствительной области уха облегчает боль во внутренней области тела. Однако концепция меридианов не может с достоверностью объяснить механизм аурикулотерапии.

Резюмируя изложенное, можно отметить, что эффективность аурикулотерапии объясняется, по-видимому, тем, что имеются мощные нервные связи ушной раковины со специфическими и неспецифическими образованиями ствола и промежуточного мозга. Этим можно объяснить не только локальные, органоуправленные реакции, но и общее неспецифическое воздействие аурикулотерапии на организм.

Ухоиглотерапия является составной частью рефлексотерапии. С точки зрения современной медицины нас не могут удовлетворить представления об особой связи ушной раковины с ходом так называемых основных жизненных каналов, а также аналогии, подчеркивающие сходство строения ушной раковины с эмбрионом человека. Гораздо важнее тот факт, что ушная раковина с ее богатой иннервацией и васкуляризацией (при этом нервная система представлена практически исключительно не моторными, а чувствительными, афферентными нервами) является важной сенсорной зоной, при раздражении которой возникает мощный поток афферентной импульсации, направляющейся к мозгу. Крайне существенно, что этот поток приходит в мозг в основном на уровне его стволовых образований, где расположены ядра черепных нервов, тесно связанных с регуляцией внутренних органов и



Передняя поверхность ушной раковины.

Рис. 73.

1 — мочка уха; 2 — завиток; 3 — ножка завитка; 4 — дарвинов бугорок; 5 — чаша раковины; 6 — полость раковины; 7 — противозавиток; 8 — задняя ушная бороздка; 9 — верхняя ножка противозавитка; 10 — нижняя ножка противозавитка; 11 — ладьевидная ямка; 12 — козелок; 13 — надкозелковый бугорок; 14 — наружный слуховой проход; 15 — межкозелковая вырезка; 16 — передняя ушная бороздка; 17 — противокозелок; 18 — трехсторонняя ямка.

внутренней среды организма (IX и X пары), а также образования ретикулярной формации ствола мозга, оказывающей мощное регулирующее воздействие как в восходящем на вышележащие образования (в том числе лимбико-ретикулярный комплекс и новая кора), так и в нисходящем (спинной мозг, периферические отделы соматической и вегетативной систем, эндокринные аппараты) направлении. Есть основание предположить, что указанные анатомо-физиологические особенности определяют особую выраженность рефлекторных реакций при ухоиглотерапии.

Эти вопросы, однако, требуют дальнейшего систематического изучения, и до настоящего времени нет фундаментальных исследований в этой области.

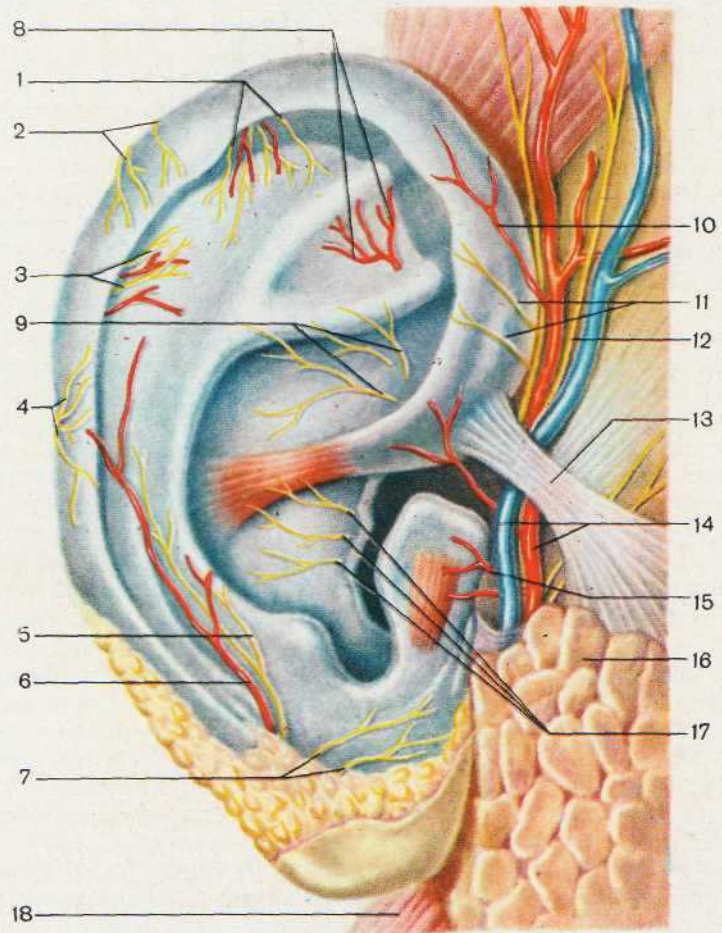


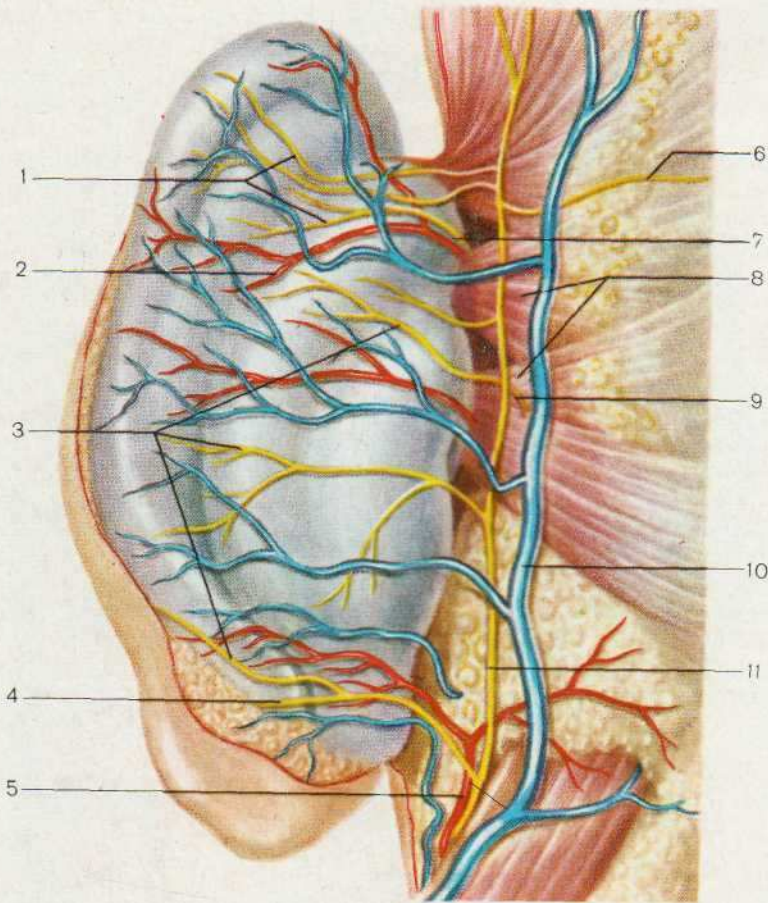
Рис. 74.

Иннервация и кровоснабжение ушной раковины.

1 — ветви задней ушной артерии и малого затылочного нерва; 2 — передние ветви малого затылочного нерва; 3 — ветви задней ушной артерии и малого затылочного нерва; 4, 5, 7 — передние ветви большого ушного нерва; 6 — передняя ветвь задней ушной артерии; 8 — ветви задней ушной артерии; 9 — передние ветви лицевого нерва; 10 — передняя ушная ветвь поверхностной височной артерии; 11 — передние ветви ушно-височного нерва; 12 — ушно-височный нерв; 13 — передняя связка; 14 — поверхностная височная артерия и вена; 15 — переднеушные ветви поверхностной височной артерии; 16 — околоушная железа; 17 — передние ветви блуждающего нерва; 18 — подкожная мышца.

§ 3. Краткие анатомические сведения об ушной раковине

Ушная раковина (*auricula*) состоит из тонкого эластичного хряща, покрытого кожей с подкожной клетчаткой, который прикрепляется к височной кости тремя связками. Хрящ имеет определенную форму, в основном соответствующую внешним очертаниям ушной раковины (рис. 73) типа сферы, которая своей вогнутостью, т. е. наружной, или латеральной стороной, обращена кпереди.



Иннервация и кровоснабжение ушной раковины.

Рис. 75.

1 — задние ветви малого затылочного нерва; 2 — ушная ветвь задней ушной артерии; 3 — задние ветви большого ушного нерва; 4 — передние ветви большого ушного нерва; 5 — задняя ушная артерия; 6 — малый затылочный нерв; 7 — задняя ушная ветвь лицевого нерва; 8 — задние ушные мышцы; 9 — задняя ушная ветвь лицевого нерва; 10 — задняя ушная вена; 11 — большой ушной нерв.

На долю хряща приходится $\frac{3}{4}$ либо $\frac{4}{5}$ общего размера ушной раковины. Остальная $\frac{1}{4}$ либо $\frac{1}{5}$ часть ушной раковины представляет собой кожную складку с жировой клетчаткой и носит название мочки уха, или ушной дольки (*lobus auriculae*).

Свободный край ушной раковины, валикообразно загнутый в сторону вогнутой ее поверхности, называется завитком (*helix*). Часть завитка, соединяющаяся с мочкой уха и утолщающаяся кверху, называется хвостом завитка (*cauda helix*). В месте перехода нижнего края завитка в верхний находится непостоянный дарвинов бугорок ушной раковины (*tuberculum auriculae Darvini*).

Завиток, проходя по верхнему краю ушной раковины, спускается вниз и переходит, отклоняясь кзади от оси (*spina helix*), в ножку завитка (*crus helix*), т. е. в его переднюю часть, расположенную над наружным слуховым проходом. Ножка завитка образует поперечный хрящевой выступ в центре

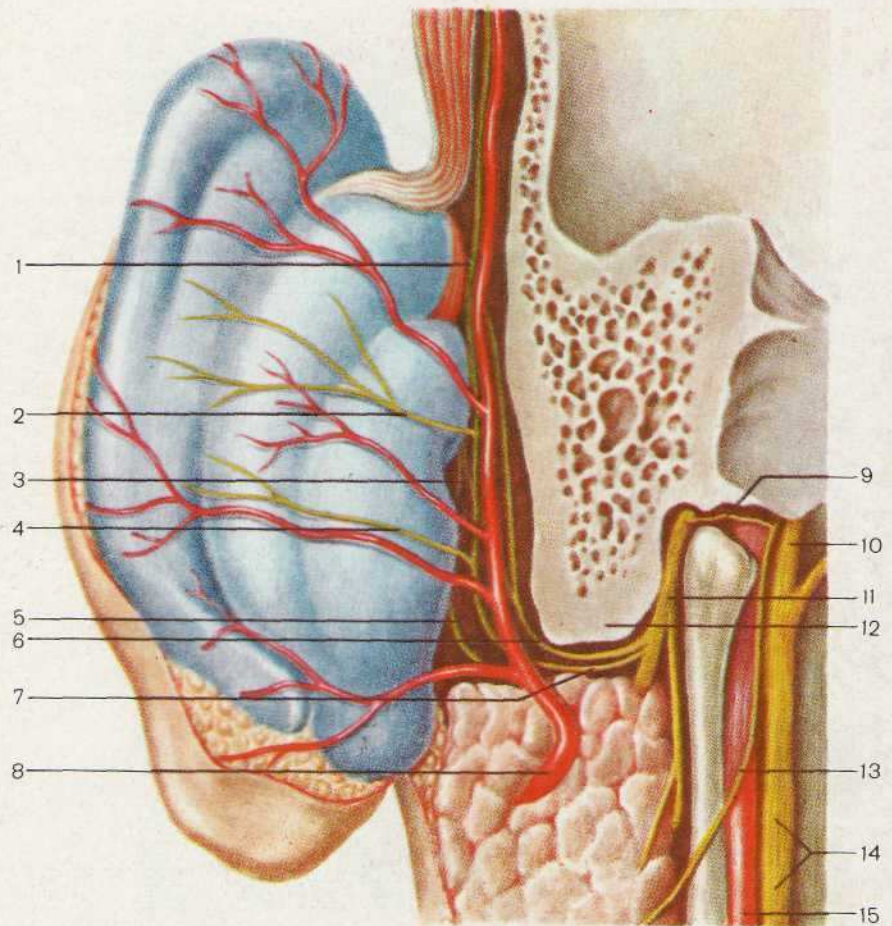


Рис. 76

Иннервация и кровоснабжение ушной раковины.

1 — передняя ветвь лицевого нерва; 2 — задняя ушная ветвь лицевого нерва; 3 — передние ветви блуждающего нерва; 4 — передние ветви лицевого нерва; 5 — передние ветви блуждающего нерва; 6 — ушная ветвь лицевого нерва; 7, 9 — ушная ветвь блуждающего нерва; 8 — задняя ушная артерия; 10 — блуждающий нерв; 11 — лицевой нерв; 12 — сосцевидный отросток; 13 — добавочный нерв; 14 — нервные узлы; 15 — внутренняя сонная артерия.

ушной раковины, разделяющий ее на две неравные части: меньшую, верхнюю — чашу раковины (*cymba conchae*) и большую, нижнюю — полость раковины (*caelum conchae*).

Параллельно завитку во впадине ушной раковины проходит второй валик, который называется противозавитком (*anthelix*). Он начинается от противокозелка (*antitragus*) и отделяется от последнего задней ушной бороздкой (*sulcus posterior auriculae*). Противозавиток идет вверх и, дугообразно загибаясь вперед, делится на две ножки — верхнюю и нижнюю (*crura anthelicis*), между которыми находится трехсторонняя ямка (*fossa triangularis*).

Отверстие наружного слухового прохода (*meatus acusticus externus*) расположено в углублении полости раковины (*concha auriculae*), т. е. в середине его латеральной поверхности. Кпереди от полости раковины имеется ясно выраженный выступ, который называется козелком (*tragus*). Над ним

находится небольшой надкозелковый бугорок (*tuberculum suprtragicum*), отделяемый от ножки завитка передней ушной бороздкой (*incisura anterior s. sulcus helicotragicus*). Внизу козелок переходит в межкозелковую вырезку (*incisura intertragica*) и противокозелок (*antitragus*). Последний в свою очередь переходит в заднюю ушную бороздку (*sulcus posterior auriculae*).

Впереди завитка, вдоль его края, расположен желоб, который образует ладьевую ямку (*scapha*), ограниченную валиком противозавитка.

Кровоснабжение ушной раковины осуществляется за счет задней ушной артерии, поверхностной височной артерии и ветви внутренней челюстной артерии (рис. 74).

Кровь с ушной раковины собирается в поверхностную височную и заднюю ушную вены, которые обычно идут вместе с артериями (рис. 75).

Иннервация ушной раковины осуществляется большим ушным, малым затылочным, тройничным нервами, нервными окончаниями смешанных ветвей блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов (рис. 76).

Ушная раковина имеет довольно густую сеть лимфатических сосудов, по которым осуществляется отток лимфы.

Лимфа с передней поверхности ушной раковины оттекает в передние ушные лимфатические узлы (*nodī lymphaticī auriculares anteriores*), расположенные впереди ушной раковины. Лимфа мочки уха и нижней стенки наружного слухового прохода поступает в нижние ушные лимфатические узлы (*nodī lymphaticī auriculares inferiores*), расположенные под ушной раковиной. Лимфа с задней поверхности ушной раковины — в задние лимфатические узлы (*nodī lymphaticī auriculares posteriores*) и в лимфатические узлы околоушной железы, расположенные позади ушной раковины.

§ 4. Методика аурикулотерапии

Хорошие результаты аурикулотерапии зависят не только от правильной диагностики, квалифицированной техники, знания локализации активных точек, строгого соблюдения правил асептики, но и в значительной степени от правильного деонтологического подхода к больному во время проведения процедуры.

Несоблюдение деонтологических принципов может вызвать у больного чувство страха и как следствие эмоциональной реакции — мышечное напряжение. Аурикулотерапия является более болезненной процедурой по сравнению с иглоукалыванием корпоральных точек. Поэтому больного следует обязательно информировать о степени болезненности процедуры и других ощущениях; и больной также должен своевременно сообщать врачу о малейших изменениях своего состояния. Необходимо еще раз подчеркнуть ответственность врача перед больным во время проведения процедуры. Это позволяет избежать осложнений, оказывает позитивное психотерапевтическое воздействие, что улучшает результаты лечения и дает возможность своевременно выявить реакцию организма на проводимую процедуру.

Методика обследования ушной раковины. Врач перед процедурой, ухойглотерапии, помимо обычного общего обследования больного, должен тщательно осмотреть ушные раковины, так как они отличаются большой индивидуальностью.

Существуют трудности, связанные с определением линий, размеров, углублений и выпуклостей уха. Вертикальное исследование наружного уха производят в положении больного сидя. Часто приходится исследовать ухо в положении больного лежа, что вызывает определенные затруднения. Врач должен использовать атлас расположения активных точек на ушной раковине и при этом помнить, что все точки тесно связаны с анатомическим рельефом уха и что только абсолютное знание последнего обеспечит точное определение расположения точек.

Исследование ушных раковин можно начинать с пальпации, концентрируя внимание на осязательных ощущениях. При этом выявляется характер подвижных частей, эластичность хряща, округлость или резкость форм.

При исследовании больного в положении лежа на спине, с приподнятой головой, врач садится у изголовья и ощупывает сразу обе ушные раковины, причем пальпацию желательнее проводить I и II пальцами.

В процессе пальпации можно выявить аномалии в стенке наружного уха (уплотнения, кисты), а также определить температуру наружных покровов. Важно фиксировать сообщения больного об изменении чувствительности наружного уха в ответ на прикосновение или движение.

При пальпации часто выявляются детали, которые не улавливаются зрительно. У молодых людей уши гибкие и эластичные, у старых эта гибкость исчезает за счет уплотнения хрящей.

Правое ухо отличается от левого, причем различия между ними выражены в значительно большей степени, чем об этом принято думать. Исследование ушной раковины рекомендуется производить снизу вверх, после исследования мочки пальпируют противокозелок. При улыбке или зевоте козелок обычно сокращается за счет своих мышц. У некоторых людей подвижность козелка весьма значительна, и ее можно наблюдать визуально.

После пальпации ушной раковины переходят к обследованию ретроаурикулярной области. Следующим этапом обследования может быть определение чувствительности наружного уха. Повышенная чувствительность наружного уха сопутствует выраженному состоянию психического напряжения, и, наоборот, выраженная потеря чувствительности наружного уха зачастую свойственна вялым, эмоционально заторможенным людям.

Кроме общей чувствительности наружного уха, можно определить при исследовании тактильную чувствительность (прессорная) и тепловую. Определение этих видов чувствительности имеет определенное значение в диагностике.

Тактильную чувствительность лучше исследовать путем прикосновения к коже, затем легким давлением под прямым углом или путем легких поглаживаний исследуемой области. При этом может оказаться, что в некоторых зонах ушной раковины повышена тактильная чувствительность, в то время как другие зоны совершенно нечувствительны. Эти реакции обычно соответствуют периферическим расстройствам. Контактную чувствительность исследовать лучше при помощи тонкого остроконечного зонда, укрепленного на пружине. В этом случае также в некоторых зонах чувствительность отсутствует, а в других — ощущение покалывания интенсивное. Таким путем могут быть выявлены некоторые периферические расстройства. Этим методом можно также выявить болезненные точки, которые в дальнейшем используются при акупунктуре.

Тепловую чувствительность можно исследовать только в том случае, если ушная раковина имеет нормальную окраску. Например, после воздействия холода на больного исследование не может быть начато до тех пор, пока наружное ухо не приобретет нормальной чувствительности.

Для определения холодовой чувствительности к уху на несколько секунд прикладывают палочку, которая предварительно была помещена в стаканчик с тающим льдом. Больного спрашивают об ощущении. При этом иногда выявляются точки с пониженной холодовой чувствительностью, что может интерпретироваться как отражение периферического расстройства вазоконстрикторного типа на уровне соответствующих зон. Чтобы исключить ошибки, надо провести 2—3 контрольных обследования. В первый раз проверяют область противозавитка от нижней части по направлению к верхушке, во второй раз — в обратном направлении, а в третий — в любом направлении. При этом практическое значение будут иметь только те точки, которые являются нечувствительными к холоду при всех обследованиях.

Тепловую чувствительность можно определить с помощью зонда, нагретого до 38—40° С. Зонд прикладывается к наружному уху не более чем на 1—4 с.

При этом могут быть обнаружены два вида аурикулярных точек: с пониженной и повышенной чувствительностью к теплу.

Наличие точек со сниженной чувствительностью к теплу означает, что в соответствующей зоне тела, возможно, имеется вазодилатация, воспаление, а зачастую и боли. Боль в этих точках усиливается при прикосновении, массаже, движениях, в то время как боль в точках с пониженной чувствительностью к холоду при массаже и движениях уменьшается.

Способы определения точек воздействия

Эффект лечения при ауркулотерапии в большой степени зависит от того, насколько правильно выбраны точки для воздействия. Поэтому первостепенное значение придается методике определения точек на ушной раковине. Она состоит в том, что специальной тупой иглой делают легкие, осторожные и равномерные надавливания на ушную раковину. В Китае для этой цели применяют специальную пулеобразную иглу-искатель, во Франции используют пуговчатый зонд. Используется также механический шуп с внутренней пружиной.

Поиски активной точки, как правило, начинают около зоны проекции пораженного органа и постепенно приближаются к ней. При этом нужно иметь в виду, что в момент прикосновения и надавливания на активную точку появляется болезненность, о чем больной должен немедленно сообщать врачу. Одновременно врач сам внимательно следит за реакцией больного, которая может проявиться подергиванием века, смыканием век, наморщиванием лба, отдергиванием головы, прерывистым дыханием. Надавливание должно быть легким, равномерным, одинаковым во всех зонах.

Если при таком прессиорном методе не будет обнаружено признаков болезненности зоны на одной ушной раковине, то необходимо, сделав легкий массаж пальцем исследованной зоны, перейти к обследованию второй ушной раковины. И только после того, как она будет тщательно обследована, можно начать повторное обследование первой.

По нашим наблюдениям, активность точек зависит от многих факторов, в том числе от психического состояния больного, тяжести заболевания. Например, при острых воспалительных процессах и резко выраженном болевом синдроме активность точек больше и их легче обнаружить. Напротив, при хронических заболеваниях и тупых ноющих болях точки выявляются с трудом.

Для нахождения активных точек созданы и аппараты, принцип действия которых основан на том, что электрическое сопротивление в зоне активной

точки, как правило, ниже, чем в окружающей области. Использование такой аппаратуры позволяет намного быстрее отыскать активные точки у больного. В то же время метод определения болевых точек аппаратом хотя быстр и прост, но, к сожалению, не всегда достаточно точен. Недостатком его является то, что сила, с которой придавливается электрод к коже, температура кожи человека, случайное попадание капельки воды на ушную раковину могут повлиять на точность определения местонахождения активной точки. Поэтому в клинике обычно пользуются сразу двумя методами — обычным методом поиска точек с помощью искателя-палочки и аппаратным.

Подготовка и порядок проведения аурикулотерапии

После предварительной подготовки к процедуре и выбора необходимых точек больной должен расположиться в удобной для него позе. Амбулаторно аурикулотерапия обычно проводится в положении сидя. Исключение составляют ослабленные больные, которым аурикулотерапия проводится только в положении лежа. Больным, страдающим атеросклерозом и гипертонической болезнью, при иглоукалывании в точку, снижающую артериальное давление, необходимо до процедуры и после нее отдохнуть лежа в течение получаса. При повышенной температуре тела лечение проводить не рекомендуется.

Больным, впервые обратившимся к врачу, либо испытывающим чувство страха перед процедурой, необходимо во избежание обморочного состояния проводить лечение также в положении лежа.

В условиях стационара лечение проводится в специально оборудованном кабинете или непосредственно в палатах в положении как лежа, так и сидя.

Отыскав точное месторасположение точки, ее отмечают заостренной спичкой с тонким слоем ваты, которая смачивается в 2,5% растворе йода. Спичка оставляет точечный след. В связи с тем, что ушная раковина имеет неправильную форму, а поверхность ее неровная, складчатая, с выпуклостями и углублениями, на ней легко задерживаются часть секрета потовых желез, клетки эпидермиса, пыль и т. д. При небрежной дезинфекции легко могут возникнуть воспалительные процессы, что явится досадным осложнением и даже может лишить возможности продолжить лечение больного. Поэтому место укола следует тщательно протереть ватными тампонами, смоченными в 96% спирте.

Если во время проведения лечения аурикулотерапией возникло воспаление ушной раковины, применяется антибактериальная терапия, параллельно с которой можно провести раздражение следующих точек: наружное ухо, надпочечник, затылок, почка (см. ниже).

Способы введения и извлечения игл

Важно соблюдать правильную методику введения иглы и антисептику. Для контроля над глубиной укола I палец фиксируют у точки воздействия, а II — на задней поверхности как раз напротив него. Это делается для того, чтобы II пальцем можно было контролировать глубину укола. При этом оба пальца не только предотвращают чрезмерно глубокое вхождение иглы и выход ее на заднюю поверхность ушной раковины, но также и уменьшают

боль при иглоукалывании. При большом опыте врач может проводить уколы и без фиксации уха. Необходимо помнить, что иннервация ушной раковины весьма сложна и имеет богатое крово- и лимфоснабжение. Поэтому во избежание болезненности при введении иглы укол нужно проводить очень быстро.

Правильное и технически совершенное введение иглы является важным звеном процедуры аурикулотерапии.

Различают три способа введения иглы

Способ вращением иглы. Ручку иглы держат I и II пальцем правой руки (некоторые врачи предпочитают вводить иглу тремя пальцами — I, II и III). Конец иглы направляют в активную точку и быстрыми вращательными движениями с легким надавливанием вводят в нее.

Способ быстрым поверхностным уколом. Иглу вводят под кожу быстрым и решительным движением без вращения путем резкого надавливания на нее.

Способ уколом с последующими вращательными движениями. Вначале прокалывают поверхностный слой кожи, затем производят вращательные движения иглой, продвигая ее вглубь. Этот способ является наименее болезненным, и поэтому обычно применяется лицам с повышенной болевой чувствительностью.

Различают два вида укола: вертикальный и под острым углом. При вертикальном уколе игла вводится в ткань строго перпендикулярно к поверхности кожи, при уколе под острым углом с небольшим наклоном ($45-60^\circ$) в ту же или иную сторону.

Первый вид укола применяют при акупунктуре точек мочки уха, полости раковины и чаши раковины (легкое, селезенка, почка, глаза, толстая кишка и т. д.).

Второй вид укола применяют при акупунктуре точек ладьевидной ямки, противокозелка, противозавитка, верхней и нижней ножки противозавитка, завитка (плечо, кисть, локоть, седалищный нерв и т. д.). Но это правило не является абсолютным.

По данным литературы, направление и наклон иглы при уколе некоторых точек имеет важное значение. Так, например, в точку сердца у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями проводят вертикальный укол, а у больных с перикардитом — под острым углом. При уколе в точку коры головного мозга под острым углом проявляется седативный эффект, а под прямым углом — раздражающий, возбуждающий эффект.

В некоторые точки противозавитка и завитка можно вводить иглу под прямым углом. В данном случае все зависит от клинического опыта врача, проводящего процедуру, и от индивидуальных особенностей больного.

При правильном проведении аурикулотерапии у больного в месте введения иглы должно появиться ощущение распирания, жара, тепла, холода. Иногда появляется ощущение нестерпимой боли и ломоты. Если ни одно из названных ощущений у больного не появилось, следует изменить направление укола, не извлекая иглы, вертикальное на косое под острым углом и наоборот. По нашим наблюдениям, при появлении ощущения тепла и жара эффект лечения наилучший.

Глубина укола зависит также от характера и тяжести заболевания. Больным с резкими болями необходимо проводить более глубокое укалывание и более сильное раздражение, частично вводя при этом иглу в хрящ.

Ослабленным больным, особенно страдающим хроническими заболеваниями, нужно проводить поверхностные уколы. Детям уколы в ушную раковину делаются поверхностные, самыми тонкими иглами.

Имеет значение диаметр иглы. Более толстые иглы применяют для нанесения сильного раздражения. Поэтому при лечении любого заболевания у неослабленных и неистощенных больных основные точки следует укалывать иглами с большим диаметром, а вспомогательные точки — более тонкими иглами. Тогда первые иглы оказывают сильное раздражающее действие, а вторые — слабое, и результат лечения будет выше, чем при использовании только тонких игл.

Если у лиц, страдающих хроническими заболеваниями, обычная аурикулотерапия не вызывает эффекта, то для усиления раздражения можно в одну и ту же точку вводить сразу 2—3 иглы, т. е. применять так называемое многоигловчатое раздражение. У некоторых больных иглоукалывание вызывает такое сильное раздражение, что после введения игл появляется резкая боль в ушной раковине, головная боль, головокружение и похолодание нижних и верхних конечностей. Для того, чтобы уменьшить раздражение, нужно немного приподнять иглу вверх либо вынуть часть игл. Описанные симптомы сразу же исчезнут.

Иглы после введения оставляют на 20—30 мин. У больных с хроническими заболеваниями их можно оставлять на 1 ч и дольше.

При травматических и воспалительных процессах в суставах верхних и нижних конечностей, сопровождающихся во время сеанса иглотерапии резко выраженным болевым синдромом, можно усилить раздражение вращением введенной иглы. При этом больной должен одновременно совершать движения в пораженном суставе, что будет содействовать улучшению результата лечения. То же самое следует делать при невритах и невралгиях. Болевой синдром у этих больных после указанных согласованных действий уменьшается или исчезает быстрее.

Вращение иглы, уже введенной в ушную раковину, применяется для усиления интенсивности раздражения. Раздражение увеличивается при более быстром вращении; для более сильного раздражения иглу можно поворачивать до 360° . Вращение преимущественно в одну сторону действует более резко, чем равномерный поворот на 180° в одну и другую стороны. Усилить раздражение можно также путем пунктирования, колебания иглы, постукивания по ней.

Некоторые больные, страдающие головными болями, головокружениями, заболеваниями внутренних органов, при лечении в положении лежа во время сеанса засыпают. Обычно лечение у таких больных оказывается более успешным. Их не следует будить раньше, чем через час после введения иглы. Детям иглы либо оставляют на очень короткое время, примерно на 5—10 мин, либо вынимают сразу после укола.

После окончания сеанса нужно извлечь иглу, протерев место укола ватным тампоном, смоченным в 95% спирте. Если из места укола вытекает кровь, необходимо эту точку прижать стерильным ватным тампоном. Чаше всего небольшое кровотечение наблюдается из следующих точек: шэнь-мэнь, затылка, желез внутренней секреции, матки (сексуальная точка), почки. Как показывает клинический опыт, больные, у которых вышло несколько капель крови, обычно отмечают улучшение сразу же после сеанса, и эффект лечения у них обычно выше.

Существуют три способа извлечения иглы: извлечение с легким вращательным движением, устойчивое извлечение и извлечение с быстрой вибрацией.

При первом способе иглу извлекают, периодически слегка вращая ручку. При втором способе ушная раковина фиксируется I и II пальцами левой руки, как при введении иглы, а правой рукой врач быстрым движением извлекает иглу. Третий способ извлечения иглы обычно применяют при поверхностном уколе. Нужно помнить, что движения врача должны быть легкими и быстрыми.

За один сеанс проводят иглоукальвание в 2—4, реже — в 6—8 точек. При болевых синдромах верхних и нижних конечностей можно проводить уколы в симметричные точки. Однако чаще всего иглоукальвание проводится лишь на одной с заболеванием стороне, особенно если пальпаторная болезненность была выражена на одной ушной раковине. При головокружении, неврите слуховых нервов, заболеваниях желудочно-кишечного тракта, расстройстве мочеполовой системы иглоукальвание проводят на обеих ушных раковинах.

Болевой синдром у многих во время первого же сеанса резко уменьшается или исчезает примерно через 10—15 мин после окончания аурикулотерапии. Но через несколько часов после извлечения иглы боль вновь возникает с прежней интенсивностью. То же самое происходит и после второго сеанса. При последующих сеансах, а чаще после пятого, боли либо не возникают вообще, либо интенсивность их уменьшается и становится незначительной.

Курс иглотерапии состоит из 8—12 сеансов. Больным с острыми болями, воспалительными процессами необходим более короткий курс лечения. Лицам, ослабленным или страдающим хроническими заболеваниями, наоборот, назначают более длительный курс лечения. У них улучшение часто начинается только после 7—8 сеансов. Поэтому курс лечения им продлевают до 12 и реже до 15 сеансов.

Результат лечения чаще всего проявляется уже после первого курса. Если он оказывается неэффективным или малоэффективным, нет необходимости повторять аурикулотерапию. Лишь за редким исключением второй курс лечения (после 5—7 дней перерыва) может быть эффективным при безуспешном первом. Если и второй курс лечения не даст положительного результата, в дальнейшем аурикулотерапию проводить не следует.

Ежедневное раздражение одних и тех же точек вызывает болезненную реакцию. Кроме того, чувствительность ушной раковины на укол может быть повышенной, в результате чего появляется гиперемия. Поэтому при одном и том же заболевании используют несколько точек, которые следует чередовать так, чтобы одни и те же сочетания (по 2—4 точки) повторялись не более двух дней подряд.

Кроме обычного ежедневного иглоукальвания, применяют также метод оставления иглы на 7—10 дней. При этом происходит постоянное и длительное раздражение точки больного органа. Для данного метода используют специальные подкожные иглы либо иглы-кнопки (см. рис. 22).

Способ введения игл-кнопок отличается от способа введения обычной тонкой иглы. Иглу-кнопку вводят, надавливая II и поддерживая ее I пальцем правой руки, в область мочки уха, завитка, противозавитка и в другие легко доступные места ушной раковины. При этом I и II пальцы левой руки фиксируют ушную раковину так, что ноготь I пальца находится непосредственно у точки, в которую вводится игла. Некоторые врачи предпочитают вводить иглу, надавливая I и поддерживая II пальцем правой руки. При этом необходимо следить, чтобы игла не была сдвинута с активной точки больного органа. Если же игла чуть сдвинулась, ее следует немедленно извлечь, дать больному отдохнуть в течение получаса и вновь, отыскав активную точку, ввести иглу.

Если у больного после введения иглы не наблюдается осложнений в виде

резкой боли, неприятного ощущения, головокружения и т. д., то иглу сверху заклеивают лейкопластырем и оставляют в ушной раковине в течение 7—10 дней; больной остается под наблюдением врача.

В течение этого периода врач (или больной) I и II пальцами периодически сжимает ушную раковину, надавливая тем самым на иглу и усиливая раздражение. Способ оставления иглы в ушной раковине на длительное время может применяться и в амбулаторных условиях, но при этом необходимо ежедневное наблюдение врача.

Осложнения аурикулотерапии

У некоторых больных при проведении аурикулотерапии падает артериальное давление, начинается головокружение, появляется холодный пот. Больной бледнеет. У него может наступить обморочное состояние. Эти явления обычно наблюдаются при проведении процедуры в положении сидя. При появлении указанных признаков больного немедленно следует уложить на кушетку и извлечь иглы из ушной раковины. Если обморочное состояние продолжается, то необходимо провести соответствующие лечебные мероприятия.

При проведении процедуры в положении лежа у больного после глубокого укола некоторых точек, особенно надпочечника, симпатической точки, точки желез внутренней секреции, иногда может возникнуть резкая боль в ушной раковине, головная боль, головокружение, рвота, ощущение «скованности» мышц лица. В данном случае извлечение иглы или небольшой подъем ее вверх приводит к исчезновению указанных симптомов.

Наиболее частым и досадным осложнением аурикулотерапии является воспаление ушной раковины. Для того чтобы исключить это осложнение, нужно тщательно дезинфицировать ушную раковину и иглы перед началом процедуры, а также чередовать использование различных точек на ушной раковине. Довольно редкое осложнение — поломка иглы может повлечь за собой оставление кончика иглы в ушной раковине. В этом случае необходимо конец иглы удалить оперативным путем. Следует ежедневно тщательно осматривать иглы, чтобы это осложнение не осталось незамеченным.

Противопоказания к аурикулотерапии сходны с общими противопоказаниями к иглорефлексотерапии.

§ 5. Топография точек воздействия и их клиническое использование

Для обнаружения точек воздействия на ушной раковине (рис. 77) мы подробно описываем местоположение 18 зон (рис. 78). Важно учитывать локализацию, топографическую анатомию и показания каждой из активных точек, расположенных в этих зонах. Мы подробно остановимся на всех этих вопросах, а также опишем показания к проведению оперативных вмешательств с помощью иглоанальгезии.

Зона I — мочки уха

Для того чтобы отыскать точки мочки уха, необходимо на передней поверхности мочки уха провести горизонтальную линию, которая проходила бы непосредственно под нижним концом хряща межкозелковой вырезки,

повторяя ее наклон. Под ней нужно провести еще две параллельные линии, причем так, чтобы они были на одинаковом расстоянии друг от друга. Затем верхнюю горизонтальную линию необходимо разделить на три равные части и опустить два перпендикуляра.

Таким образом мочка уха будет разделена на девять участков, нумерация которых проводится от внутреннего края ушной раковины к наружному и сверху вниз, т. е. «по этажам» (рис. 79).

Ниже приводятся описания активных точек, расположенных на этих участках.

АТ11 — верхняя точка анальгезии
при экстракции зубов (бай-мацзуй-дянь)

Локализация: у нижнелатерального края первого участка.

Т. А.: соответствует внутренневерхней границе передней поверхности мочки уха. Здесь распределяются нижняя ветвь поверхностной височной артерии, передняя ветвь нижней ветви поверхностной височной вены, ушно-височный нерв, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: выраженная боль зубов верхней челюсти. Иглоукальвание этой точки используется для анальгезии при экстракции зубов верхней челюсти.

АТ21 — небо (шан-э)
(точка верхней части ротовой полости)

Локализация: во втором участке, на $\frac{1}{4}$ снизу второго перпендикуляра.

Т. А.: соответствует верхнелатеральному краю передней поверхности мочки уха. Здесь распределены передние ветви нижних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: воспалительные процессы и язвы ротовой полости.

Анальгезия при операции по поводу волчьей пасти.

АТ31 — дно ротовой полости (ся-э)

Локализация: во втором участке мочки уха, на верхней горизонтальной линии, на первой трети ее от внутреннего края ушной раковины.

Т. А.: соответствует верхнему краю передней поверхности мочки уха, где распределены передние ветви нижних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: воспалительные процессы ротовой полости, язвы рта и воспаление десен. Иглоукальвание этой точки проводят и для анальгезии при операции по поводу волчьей пасти.

АТ41 — язык (шэ)

Локализация: центральная точка второго участка.

Т. А.: соответствует верхнему краю передней поверхности мочки уха. Здесь распределены передние ветви нижних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: воспалительные процессы и боли в языке, язвы в ротовой полости.

АТ51 — верхняя челюсть (шан-хэ)

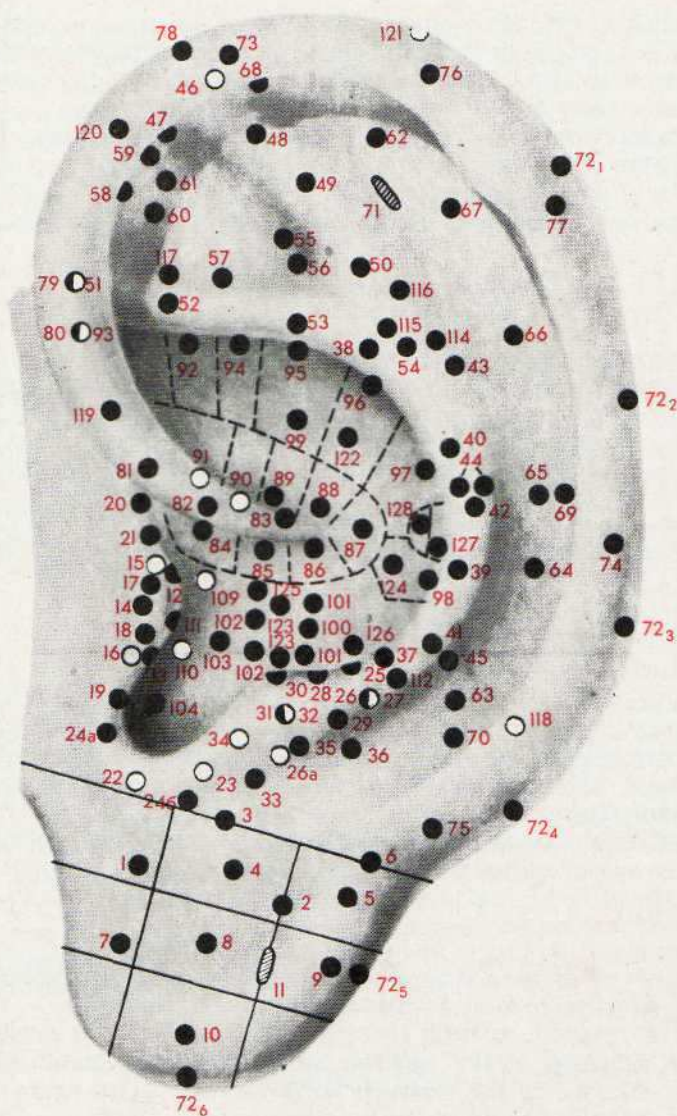
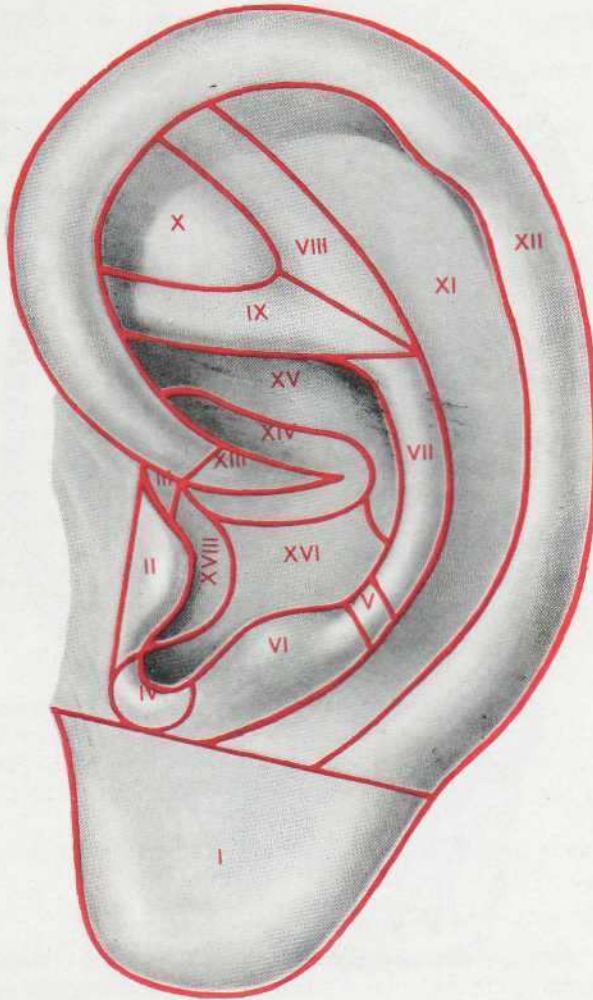


Рис. 77.

Ушная раковина с точками воздействия (картография).

1 — верхняя точка анальгезии при экстракции зубов; 2 — небо (точка верхней части ротовой полости); 3 — дно ротовой полости; 4 — язык; 5 — верхняя челюсть; 6 — нижняя челюсть; 7 — нижняя точка анальгезии при экстракции зубов; 8 — глаза, первая; 9 — внутреннее ухо; 10 — миндалина, четвертая; 11 — скула (щека); 12 — вершина козелка; 13 — надпочечник; 14 — наружный нос; 15 — горло и гортань; 16 — полость носа; 17 — жажда; 18 — голод; 19 — гипертония; 20 — наружное ухо; 21 — сердце, вторая; 22 — железы внутренней секреции; 23 — яичник; 24б — зрение, первая; 24а — зрение, вторая; 25 — ствол мозга; 26 — зубная боль; 26а — придаток мозга; 27 — гортань и зубы (точка коренных зубов); 28 — гипофиз (точка мозга); 29 — затылок; 30 — околоушная слюнная железа; 31 — регулирующая дыхание; 32 — яичко; 33 — лоб; 34 — кора головного мозга; 35 — тай-ян (висок); 36 — вершина черепа (точка макушки); 37 — шейный отдел позвоночника; 38 — крестцовый отдел позвоночника; 39 — грудной отдел позвоночника; 40 — поясничный отдел позвоночника; 41 — шея; 42 — грудь; 43 — живот; 44 — молочная железа; 45 — щитовидная железа; 46 — пальцы ноги; 47 — пятка; 48 — голено-стопный сустав; 49 — коленный сустав; 50 — тазобедренный сустав; 51 — симпатическая нервная система (симпатическая точка); 52 — седлищный нерв; 53 — ягодица; 54 — люмбагия (болевая точка поясницы); 55 — шэнь-мэнь (точка ЦНС и наркоза при операциях); 56 — полость таза (шейка матки); 57 — бедро; 58 — матка (сексуальная точка); 59 — снижающая артериальное давление, первая (гипотензивная точка); 60 — астма (бронхолитическая точка); 61 — гепатит, первая; 62 — пальцы кисти (чжи); 63 — ключица; 64 — плечевой сустав; 65 — плечо; 66 — локоть; 67 — кисть; 68 — аппендикс, первая; 69 — аппендикс, вторая; 70 — аппендикс, третья; 71 — крапивница; 72, — завиток, первая; 72₂ — завиток, вторая; 72₃ — завиток, третья; 72₄ — завиток, четвертая; 72₅ — завиток, пятая; 72₆ — завиток, шестая; 73 — миндалина, первая; 74 — миндалина, вторая; 75 — миндалина,



Зоны ушной раковины.

Рис. 78.

I — зона мочки уха — АТ 1-11; II — зона козелка АТ 12-19; 111, III — зона передней ушной бороздки АТ 20-21; IV — зона межкозелковой вырезки — АТ 22-23; 24а, б; V — зона задней ушной бороздки — АТ 25-27; VI — зона противозавитка — АТ 26а, 28-36, 113; VII — зона противозавитка — АТ 37-45, 112, 114; VIII — зона верхней ножки противозавитка — АТ 46-50, 116; IX — зона нижней ножки противозавитка — АТ 51-54, 115; X — зона трехсторонней ямки — АТ 55-61, 117; XI — зона ладьевидной ямки — АТ 62-71, 118; XII — зона завитка — АТ 72_{а-д}, 73-81, 119, 120; 121; XIII — зона ножки завитка — АТ 82-83; XIV — зона, прилежащая к ножке завитка — АТ 84-91; XV — зона чаши раковины — АТ 92-99, 122, 124, 127, 128; XVI — зона полости раковины — АТ 100-121, 123, 125, 126; XVII — зона задней поверхности раковины АТ 105-108, 129, 130; XVIII — зона наружного слухового прохода — АТ 109-110.

← третья; 76 — синдром ян печени, первая; 77 — синдром ян печени, вторая; 78 — верхушка уха; 79 — наружные половые органы; 80 — мочеиспускательный канал; 81 — прямая кишка; 82 — диафрагма (точка «ze-go» — нулевая, по P. Nogier); 83 — разветвление (точка солнечного сплетения, по P. Nogier); 84 — рот; 85 — пищевод; 86 — кардиальная; 87 — желудок; 88 — двенадцатиперстная кишка; 89 — тонкая кишка; 90 — аппендикс; четвертая; 91 — толстая кишка; 92 — мочевой пузырь; 93 — простата; 94 — мочеточник; 95 — почка; 96 — поджелудочная железа (слева) и желчный пузырь (справа); 97 — печень; 98 — селезенка; 99 — асцит; 100 — сердце, первая; 101 — легкое; 102 — бронхи; 103 — трахея; 104 — три части туловища; 109 — нижняя часть живота; 110 — верхняя часть живота; 111 — носоглазная; 112 — укачивание; 113 — возбуждение; 114 — внешний живот; 115 — тепло; 116 — колено; 117 — запор; 118 — нефрит; 119 — анальное отверстие; 120 — геморрой; 121 — малый затылочный нерв; 122 — панкреатит; 123 — бронхоэктазия; 124 — гепатит, вторая; 125 — глаза, вторая; 126 — туберкулез; 127 — увеличенная печень; 128 — цирроз печени.

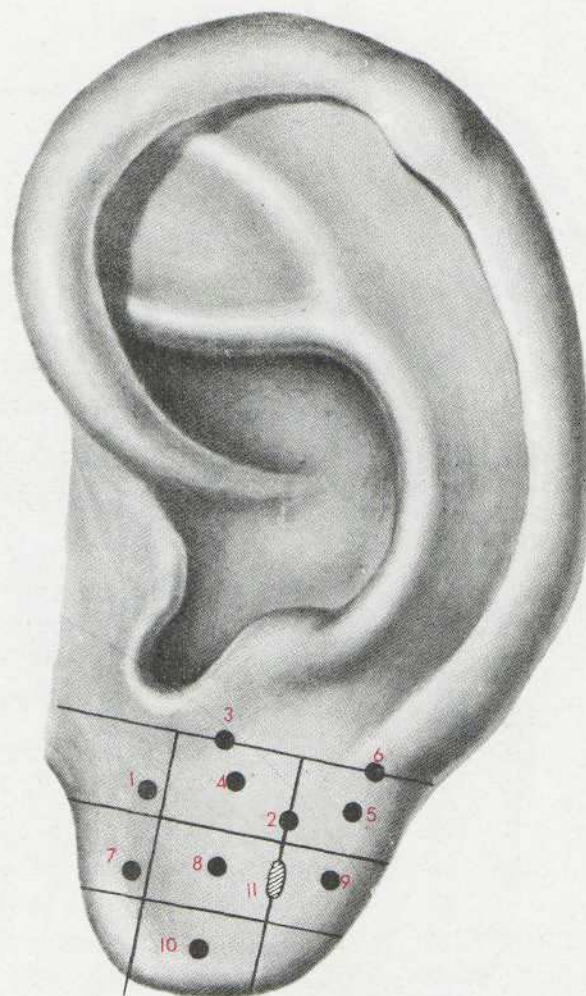


Рис. 79.

Зона I мочки уха.

1 — верхняя точка анальгезии при экстракции зубов; 2 — небо (точка верхней части ротовой полости); 3 — дно ротовой полости; 4 — язык; 5 — верхняя челюсть; 6 — нижняя челюсть; 7 — нижняя точка анальгезии при экстракции зубов; 8 — глаза, первая; 9 — внутреннее ухо; 10 — миндалина, четвертая; 11 — скула (щека).

Локализация: в центре третьего участка.

Т. А.: соответствует верхненаружному краю передней поверхности мочки уха. Здесь распределены передняя часть нижней ветви задней ушной артерии, передняя ветвь нижней ветви поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: боль зубов верхней челюсти, задержка роста зубов, шаткость зубов, воспаление десен. Раздражение этой точки проводят и для анальгезии при экстракции зубов.

АТ61 — нижняя челюсть (ся-хэ)

Локализация: в третьем участке, посредине первой горизонтальной линии.

Т. А.: соответствует верхненаружному краю передней поверхности мочки уха. Она расположена под нижним концом хвоста завитка и соответствует передним ветвям нижних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передней ветви нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: боль зубов нижней челюсти, воспаление нижнечелюстного сустава, задержка роста зубов, шаткость зубов, гингивит, панкреатит. Иглоукальвание точки проводят и для анальгезии при экстракции зубов.

АТ71 — нижняя точка анальгезии
при экстракции зубов (ба-я-ма-цзуй-дянь)

Локализация: у нижненаружного угла четвертого участка.

Т. А.: соответствует внутренненижнему краю передней поверхности мочки уха, где распределены передние ветви нижних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: резко выраженная боль зубов нижней челюсти.

Иглоукальвание этой точки используется для анальгезии при экстракции зубов нижней челюсти.

АТ81 — глаза, первая (янь)

Локализация: в центре пятого участка.

Т. А.: посредине передней поверхности мочки уха, где распределены передние ветви нижних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: конъюнктивит, снижение сумеречного зрения, близорукость, глаукома.

АТ91 — внутреннее ухо (нэй-эр)

Локализация: чуть выше от центра шестого участка.

Т. А.: у наружного края передней поверхности середины мочки уха, где распределены передние ветви нижних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: головокружение, шум и звон в ухе, снижение слуха, воспаление среднего уха. Иглоукальвание этой точки при симптомокомплексе «укачивание» производят не только с лечебной, но и с профилактической целью.

АТ101 — миндалина, четвертая (бянь-тяо-ти)

Локализация: в центре восьмого участка.

Т. А.: у середины нижнего края передней поверхности мочки уха, где распределены передние ветви нижних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передняя часть нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: острый тонзиллит.

АТ11 — скула (мянь-цзя-бу) (щека)

Локализация: занимает область вокруг перпендикуляра, разделяющего мочку уха на пятый и шестой участки.

Т. А.: на передней поверхности мочки уха и несколько сдвинута от ее середины к наружному краю. Здесь распределены передние ветви нижних ветвей ушной артерии и поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: паротит, невралгия тройничного нерва, периферический паралич лицевого нерва, фурункулы в области лица.

Зона II — козелка¹

Эта зона представлена на рис. 80.

АТ12II — вершина козелка (пин-цзянь)

Локализация: в центре верхней половины ребра козелка (или вершины, если козелок имеет две вершины).

Т. А.: соответствует выступающей вверх верхней части хряща козелка, где распределены нижние ветви поверхностной височной вены и артерии, ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва.

Показания: иглоукалывание этой точки оказывает кровоостанавливающее, противовоспалительное, жаропонижающее, седативное, болеутоляющее действие.

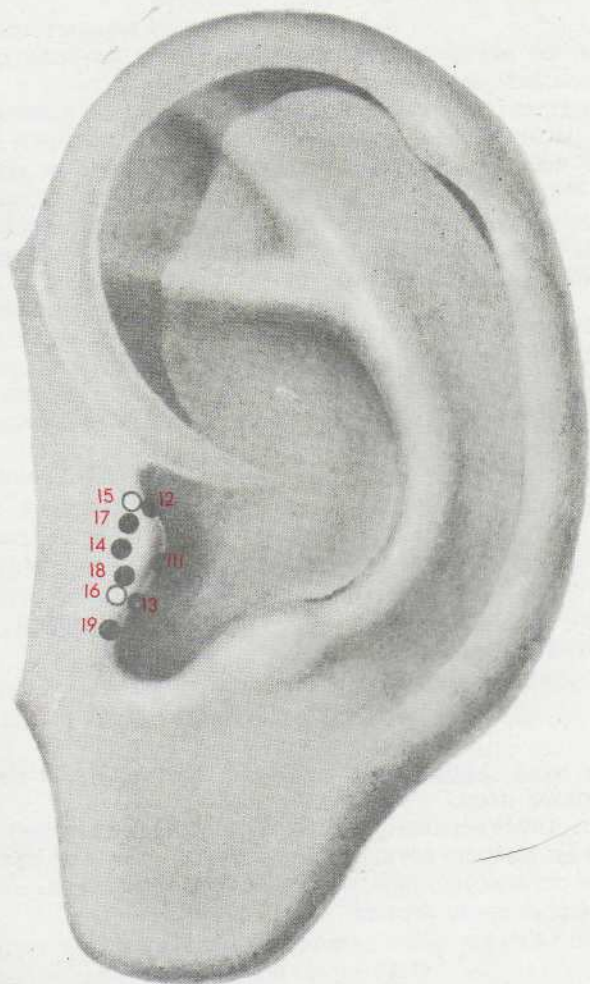
АТ13II — надпочечник (шэнь-шан-сянь)

Локализация: в центре нижней половины ребра козелка (или вершины, если козелок имеет две вершины).

Т. А.: соответствует выступающей вверх нижней части хряща козелка, где распределены нижние ветви поверхностной височной вены и артерии, ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва.

Показания: при раздражении этой точки проявляется противовоспалительный, противоаллергический, противошоковый, противозудный, противоревматический, рассасывающий, кровоостанавливающий, антиастматический, тонизирующий, нормализующий сосудистый тонус, жаропонижающий, расслабляющий гладкую мускулатуру, отхаркивающий и другие эффекты. Поэтому круг показаний к использованию этой точки самый широкий: кашель, простудные заболевания, бронхит, бронхиальная астма, коклюш, пневмония, бронхопневмония, коронарная болезнь, ишиалгия, последствия полиомиелита, тепловой удар, гипергидроз, шок, пиелонефрит, цистит, орхит, простатит, малярия, воспалительные процессы плечевого сустава, мастит, васкулиты, обморожения I и II степени, карбункулы, фурункулы, рожистое воспаление, болевой синдром при переломах костей, привычные вывихи, носовые кровотечения, язвы преддверия носа, гипертрофические и аллергические риниты, хронические фарингиты, гингивиты, конъюнктивит, фолликулит, опоясывающий лишай, кожный (включая неврогенный) зуд, уртикарная сыпь, аллергический дерматит, экзема.

¹ В зону II и другие входят точки, номер которых выходит за пределы порядковых номеров точек этих зон. Данные точки описываются отдельно в соответствии с их порядковым номером.



Зона II — козелка.

Рис. 80.

12 — вершина козелка; 13 — надпочечник; 14 — наружный нос; 15 — горло и гортань; 16 — полость носа; 17 — жажда; 18 — голод; 19 — гипертония; 111 — носоглазная.

AT14II — наружный нос (ваи-би)

Локализация: в центре основания козелка. Соединение точки вершины козелка с точкой надпочечника и этой точкой образует равносторонний треугольник.

Т. А.: соответствует переднему краю хряща козелка. Здесь распределены нижние ветви поверхностной височной артерии и вены, ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва.

Показания: фурункулы носа.

АТ15П — горло и гортань (янь-хоу)

Локализация: на внутренней стороне козелка, у слухового прохода, на уровне точки вершины козелка.

Т. А.: соответствует верхней половине внутренней поверхности хряща козелка. Здесь распределены нижние ветви поверхностной височной вены и артерии, ветвь наружного слухового прохода и ушно-височного нерва.

Показания: острые и хронические воспаления гортани, осиплость голоса, ангина, бронхит, бронхиальная астма, кашель. Иглоукалывание этой точки оказывает отхаркивающее действие.

АТ16П — полость носа (нэй-би)

Локализация: на внутренней стороне козелка, у слухового прохода, на уровне точки надпочечника.

Т. А.: соответствует нижней половине внутренней поверхности хряща козелка. Здесь распределены нижние ветви поверхностной височной вены и артерии, ветвь наружного слухового прохода и ушно-височного нерва.

Показания: воспалительные процессы придаточных полостей носа — фронтит, гайморит, острый назофарингит; вазомоторный ринит, язвы слизистой оболочки носа.

АТ17П — жажда (кэ-дянь)

Локализация: чуть выше середины линии, соединяющей точки вершины козелка и наружного носа.

Т. А.: соответствует верхнему краю хряща передней поверхности козелка. Здесь распределены нижние ветви поверхностной височной артерии и вены, ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва.

Показания: неврогенная жажда.

АТ18П — голод (цзи-дянь)

Локализация: чуть ниже середины линии, соединяющей точки надпочечника и наружного носа. Точка голода симметрична точке жажды.

Т. А.: соответствует нижнему краю хряща передней поверхности козелка. Здесь распределяются нижние ветви поверхностной височной артерии и вены, ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва.

Показания: острый и хронический гастриты, панкреатит.

АТ19П — гипертония (гао-сюся-дянь)

Локализация: посредине между точкой надпочечника и второй точкой зрения.

Т. А.: соответствует нижнему краю хряща козелка в месте его перепада в межкозелковую вырезку. Здесь распределены нижние ветви поверхностной височной артерии и вены, ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва.

Показания: гипертоническая болезнь.

Зона III — передней ушной бороздки

Эта зона представлена на рис. 81.

AT20III — наружное ухо (вай-эр)

Локализация: в самой вогнутой, углубленной части передней ушной борозды, на одной вертикальной линии с точкой наружного носа, между верхним концом козелка и восходящей ветвью завитка.

Т. А.: соответствует хрящу передней ушной бороздки, где распределены средние ветви поверхностной височной артерии и вены, ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва.

Показания: звон и шум в ушах, снижение слуха, обморожение и инфекции ушной раковины, фурункулы наружного слухового прохода, воспаление среднего уха, неврит слуховых нервов, вестибулярное головокружение. При воздействии на эту точку отмечен также седативный эффект.

AT21III — сердца, вторая (сосуды)
(синь-цзянь-дянь)

Локализация: примерно на середине линии, соединяющей точку наружного уха и точку вершины козелка.

Т. А.: соответствует хрящу передней ушной бороздки, где распределены средняя ветвь и нижняя ветвь поверхностной височной вены и артерии, ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва.

Показания: все виды нарушения сердечного ритма.

Зона IV — межкозелковой вырезки

Эта зона представлена на рис. 82.

AT22IV — железы внутренней секреции
(нэй-фэн-ми)

Локализация: в межкозелковой вырезке на 0,2 см ниже середины углубления ее, по внутреннему краю.

Т. А.: соответствует хрящу центра межкозелковой вырезки, с ее внутренней стороны. Здесь распределены передняя ветвь нижней ветви задней ушной артерии, нижняя ветвь поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва, смешанные ветви блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов.

Показания: точка относится к одной из часто используемых в аурикулотерапии. Раздражение ее оказывает противоаллергическое, отхаркивающее, противовоспалительное, противозудное, способствующее лактации, регулирующее менструальный цикл действие. Поэтому иглоукальвание точки желез внутренней секреции проводят при многих заболеваниях органов пищеварения, в том числе при расстройстве процесса всасывания в кишечнике, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, нарушениях функции желез внутренней секреции, заболеваниях мочеполовой системы. Таким образом, круг показаний очень широк: хронический и острый холецистит, хронический панкреатит, аллергический колит, диспепсия, пневмония, коронарная болезнь, неврогенная жажда, последствия полиомиелита у детей, гипертония, болезненные менструации, обильные бели, нарушение менстру-

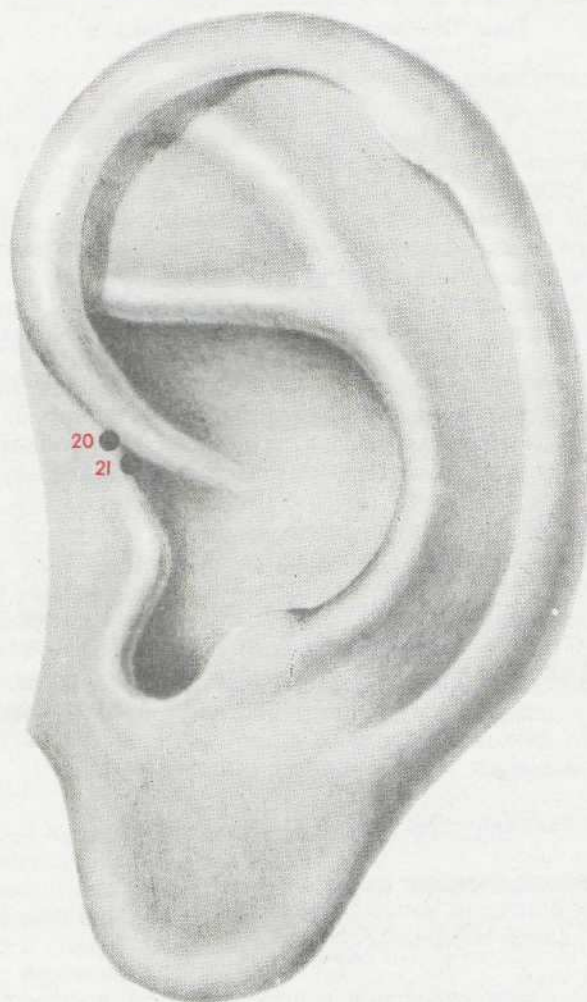


Рис. 81.

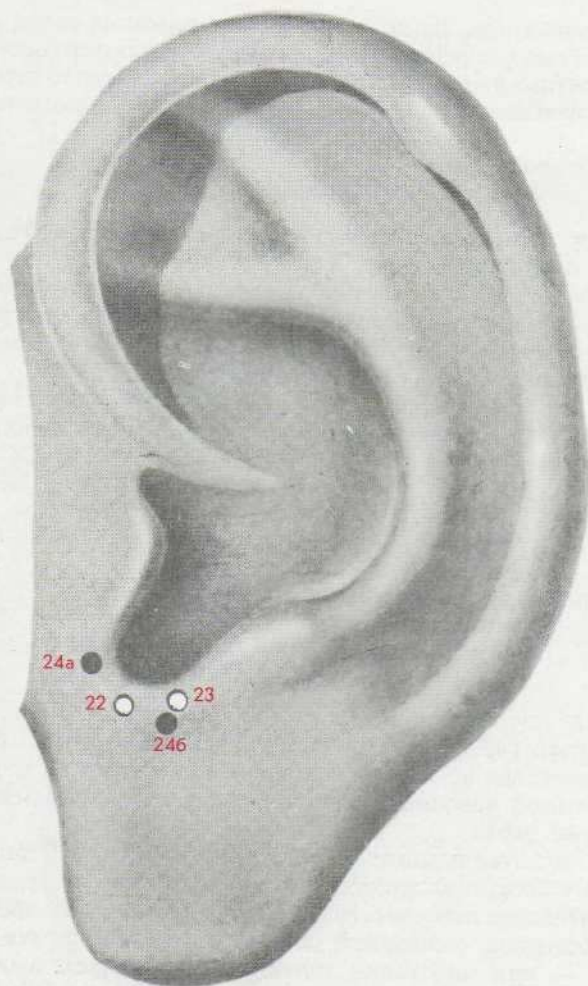
Зона III — передней ушной бороздки.
20 — наружное ухо; 21 — сердце, вторая (сосуды).

ального цикла, климактерический невроз, аднексит, эндометрит, функциональные маточные кровотечения, зуд влагалища, фурункулы наружного слухового прохода, аллергический ринит, хронический фарингит, хронический ларингит, язвы ротовой полости, фолликулит, опоясывающий лишай, кожный зуд, уртикарная сыпь, аллергический дерматит, выпадение волос, заеды.

AT23IV — яичник (луань-чао)

Локализация: у границы, где противокозелок переходит в межклезковую вырезку между точкой желез внутренней секреции и точкой коры головного мозга.

Т. А.: соответствует верхней части хряща межклезковой вырезки, где распределяются передняя ветвь нижней ветви задней ушной артерии; средняя ветвь поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви



Зона IV — межкозелковой вырезки.

Рис. 82.

22 — железы внутренней секреции; 23 — яичники; 246 — зрение, первая; 24а — зрение, вторая.

большого ушного нерва, а также смешанные ветви блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов.

Показания: расстройства менструального цикла, обильные бели, климактерический невроз, аднексит, эндометрит, другие хронические воспалительные процессы органов малого таза, нарушение функции желез внутренней секреции у женщин, бесплодие. Кроме того, иглоукалывание этой точки нормализует состояние вегетативной нервной системы.

AT246IV — зрение, первая (μ_1)

Локализация: под межкозелковой вырезкой (на переходе ее в мочку), у заднего края наружной поверхности ее.

Т. А.: соответствует нижнему краю хряща межкозелковой вырезки со

стороны противокоселка. Здесь распределены передняя ветвь нижней ветви задней ушной артерии, передняя ветвь нижней ветви поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: хроническая глаукома, атрофия зрительного нерва.

AT24aIV — зрения, вторая (му₂)

Локализация: под межкозелковой вырезкой (при переходе ее в мочку), у переднего края наружной поверхности ее.

Т. А.: соответствует нижнему краю хряща межкозелковой вырезки со стороны корня уха. Здесь распределяются нижняя ветвь поверхностной височной вены и артерии, ветвь козелка ушно-височного нерва, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: иглоукальвание точки в сочетании с точкой печени (AT97XV) улучшает зрение и применяется при всех глазных заболеваниях, связанных со снижением остроты зрения.

Зона V — задней ушной бороздки

Эта зона представлена на рис. 83.

AT25V — ствол мозга (нао-гань)

Локализация: посредине задней ушной бороздки.

Т. А.: соответствует центру хряща задней ушной бороздки, где распределены передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: иглоукальвание этой точки оказывает противошоковое, противоаллергическое, противосудорожное, седативное, кровоостанавливающее, обезболивающее действие. Иглоукальвание в этой точке производится при истерии, олигофрении, менингите, последствиях менингита и сотрясения мозга; в Китае — при миастении, шизофрении, боковом амиотрофическом склерозе и перибральной атаксии.

AT26V — зубная боль (я-тэн-дянь)

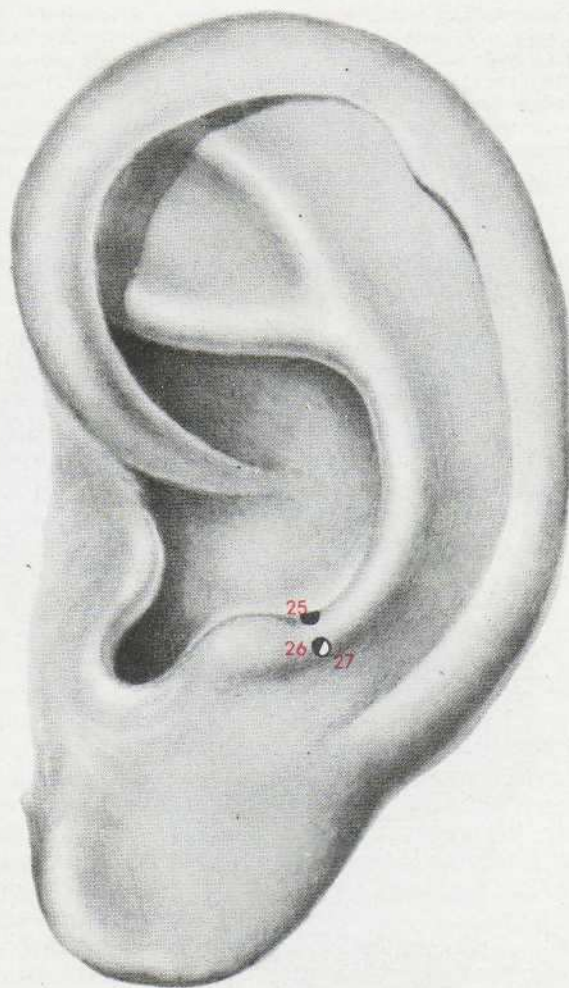
Локализация: с внутренней стороны под точкой ствола мозга, на 2 мм ниже этой точки.

Т. А.: соответствует нижнему краю хряща задней ушной бороздки. Здесь распределены передняя ветвь нижней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва, смешанные ветви блуждающего языкоглоточного, лицевого нервов.

Показания: зубная боль, задержка роста зубов у детей.

AT27V — гортань и зубы (хоя)
(точка коренных зубов)

Локализация: на наружной поверхности ушной раковины, под центром задней ушной бороздки; эта точка симметрична точке зубной боли по отношению к точке ствола мозга.



Зона V — задней ушной бороздки.
25 — ствол мозга; 26 — зубная боль; 27 — гортань и зубы.

Рис. 83.

Т. А.: соответствует нижнему краю хряща центра задней ушной бороздки. Здесь распределены передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: те же, что и для точки АТ26V.

Зона VI — противокзелка

Для удобства местонахождения активных точек в этой области необходимо край противокзелка разделить на три части (рис. 84).

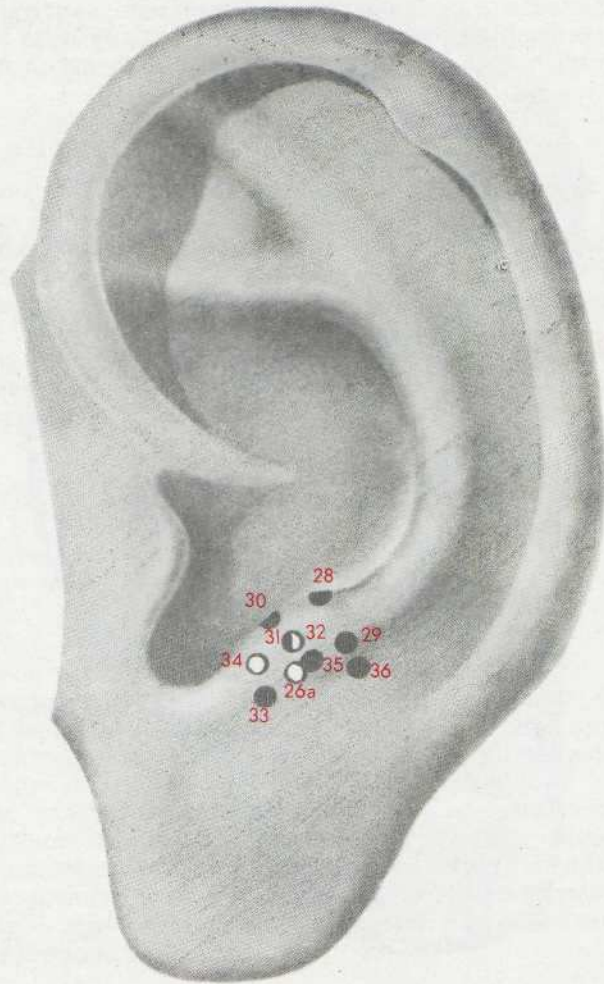


Рис. 84.

Зона VI — противокозелка.

26а — придаток мозга; 28 — гипофиз; 29 — затылок; 30 — околоушная слюнная железа; 31 — точка, регулирующая дыхание; 32 — яичко; 33 — лоб; 34 — кора головного мозга; 35 — тай-ян (висок); 36 — вершина черепа; 113 — возбуждение.

AT26aVI — придаток мозга

Локализация: на внутренней стороне противокозелка, в точке, соответствующей AT35VI, расположенной на внешней поверхности противокозелка, в середине его основания (см. рис. 84).

Т. А.: соответствует внутренней стороне хряща противокозелка. Здесь распределяются передняя ветвь нижней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, окончания блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов, разветвляющиеся в полости раковины.

Показания: важный общий пункт анальгезии. Эта точка соответствует точке «таламус» (ранее «гипоталамус») по Р. Nogier, который часто применял ее при самых различных гомолатеральных болях.

Р. Nogier (1969) так описывает точку таламуса: «Чтобы рассмотреть основание полости раковины, необходимо отклонить козелок вперед, а противокозелок — книзу. Наиболее важной точкой этой зоны является точка таламуса, расположенная на основании противокозелка. Эта точка содержит в своем подчинении все невралгии одной половины тела (полусомы). Например, больной жалуется на колики в левой стороне и на левосторонний ишиас; в таком случае бесполезно искать соответствия всех этих пораженных соматических пунктов. Лишь точка таламуса иногда дает возможность восстановить всю совокупность симптомов, поскольку речь идет об односторонней невралгии».

AT28VI — гипофиз (нао-чуй-ти) (мозг) (нао-дянь)

Локализация: в центре верхней трети края противокозелка, посредине между точками ствола мозга и точкой околоушной железы.

Т. А.: соответствует верхней границе хряща противокозелка. Здесь распределяются передняя ветвь нижней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: нарушения роста, расстройства мочеиспускания, обильные менструации, функциональные маточные кровотечения, мастопатия, нарушения функций желез внутренней секреции. Иглокальвание этой точки дает хороший седативный бронхолитический и снотворный эффект. Раздражение точки используют также при ночном энурезе.

AT29VI — затылок (чжэнь)

Локализация: в верхней трети наружной поверхности противокозелка, напротив точки мозга.

Т. А.: соответствует нижнему краю хряща противокозелка, задней трети субантитрагальной складки. Здесь разветвляются передняя ветвь нижней ветви задней ушной артерии и средняя ветвь поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: эта точка является одной из основных при терапии тошноты и рвоты, головной боли и головокружения, нарушений сна, навязчивых сновидений, невралгии тройничного нерва и межреберных нервов, ишиаса, неврита седлищного нерва, последствий менингита и сотрясений мозга, а также при истерической гемиплегии, истерическом мутизме, неврастении, эпилепсии, шизофрении, гипергидрозе, тепловом ударе, ночном энурезе, симптомокомплексе «укачивания». Иглокальвание этой точки дает противовоспалительный, седативный, болеутоляющий, противокашлевый и нормализующий дыхание эффект.

AT30VI — околоушная слюнная железа (сай-сянь)

Локализация: на самой выступающей вверх точке противокозелка. Если этот выступ выражен плохо, то точку находят в средней трети ребра противокозелка, в центре ее.

Т. А.: соответствует передней поверхности ушной раковины, на середине выступающей вверх части хряща противокозелка, где распределены передняя ветвь нижней ветви задней ушной артерии и средняя ветвь поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: закрытие протока околоушной железы, паротит.

AT31VI — регулирующая дыхание (пин-чуань)

(«точка, успокаивающая астму», «успокоитель затрудненного дыхания»).

Локализация: приблизительно на 0,2 см ниже точки околоушной железы (в средней трети наружной поверхности противокозелка).

Т. А.: соответствует передней стенке хряща ушной раковины, расположена на 0,2 см вниз от вершины противокозелка. Здесь распределены передняя ветвь нижней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ветви большого ушного нерва.

Показания: иглоукальвание этой точки оказывает регулирующее действие на дыхательный центр и противоаллергическое действие, поэтому ее используют для лечения затруднения дыхания аллергического и невротического генеза, ощущения тяжести и распирания в груди, аллергического зуда.

АТ32VI — яичко (гао-вань)

Локализация: примерно на 0,2 см ниже точки околоушной железы, но по стенке, обращенной в сторону полости раковины. Таким образом, точка, регулирующая дыхание, симметрична точке яичка относительно точки околоушной железы.

Т. А.: соответствует внутренней поверхности хряща противокозелка, где со стороны полости раковины распределяются смешанные ветви блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов и с наружной стороны — передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва. Кровоснабжение этой области осуществляется за счет передней ветви нижней задней ушной артерии. Венозная кровь собирается в среднюю ветвь поверхностной височной вены.

Показания: половые расстройства у мужчин — преждевременная эякуляция, импотенция, орхит.

АТ33VI — лоб (э)

Локализация: в нижней трети наружной поверхности противокозелка, немного выше перехода его в межкозелковую вырезку.

Т. А.: соответствует нижнему краю хряща противокозелка, где распределены передние ветви нижних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва и ветвь ушно-височного нерва.

Показания: является одной из основных точек при лечении головной боли в области лба, головокружения, неврастении, нарушений сна, навязчивых сновидений. Раздражение этой точки применяется и при носовых кровотечениях, язвочках преддверия носа, простудных, вазомоторных, гипертрофических ринитах, ларингитах и фронтитах, оказывает седативное и болеутоляющее действие.

АТ34VI — кора головного мозга (пи-чжи-си-цзюй)

Локализация: в нижнем участке противокозелка на внутренней стороне его, т. е. со стороны полости раковины. Центральная точка нижней трети внутренней поверхности противокозелка.

Т. А.: соответствует внутренней стороне хряща противокозелка, где распределяются передняя ветвь нижней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва, а также нервные окончания блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов, разветвляющихся в полости раковины.

Показания: по мнению зарубежных авторов, эта точка представляет кору полушарий головного мозга. Иглоукальвание ее дает седативный, болеутоляющий, противовоспалительный, рассасывающий и противошоковый эффекты, поэтому и круг показаний ее очень широк: тошнота, рвота, спастическое состояние мышц диафрагмы, запоры, сердцебиения, экстрасистолия, головная боль, головокружение, мигрень, парез, контрактура и тики мышц, иннервируемых лицевым нервом, последствия менингита и сотрясения мозга, а также эпилепсия, неврастения, шизофрения, истерия (истерический мутизм, истерическая гемиплегия), шоковое состояние, неврогенная жажда, последствия полиомиелита у детей, тепловой удар. Применяют раздражение этой точки и при опущении внутренних органов, гипергидрозе, травмах. Эта точка одна из основных при лечении расстройств мочеиспускания: болезненном мочеиспускании, частичной задержке мочи в мочевом пузыре, недержании мочи.

АТ35VI — висок (тай-ян)

Локализация: посредине между точкой затылка и точкой лба, по нижнему краю противокозелка, на его наружной поверхности.

Т. А.: соответствует нижнему краю середины хряща противокозелка, напротив самой выдающейся вверх части хряща. Здесь распределены передние ветви нижних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: повышенная сонливость, ночной энурез. Эта точка является основной при лечении мигрени.

АТ35VI — вершина черепа (дин) (точка макушки)

Локализация: в верхнем участке противокозелка, под точкой затылка, примерно на 0,2 см ниже ее.

Т. А.: соответствует наружной поверхности противокозелка под нижним краем его хряща. Здесь распределены передняя ветвь нижней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: неврастения, головная боль. Иглоукальвание точки оказывает седативный эффект при проведении укола под острым углом кнутри, а также тонизирующее действие, если укальвать под прямым углом.

Зона VII — противозавитка

Эта зона представлена на рис. 85.

Выделяют две группы активных точек:

1) точки туловища, расположенные по наружному краю противозавитка, соответствующие передней стороне туловища;

2) точки позвоночника, расположенные по внутреннему краю противозавитка, соответствующие позвоночнику и задней стороне туловища.

Р. Nogier (1969) так описывает нахождение точек в зоне противозавитка: «Если краем ногтя мы проведем по противозавитку, ноготь задержится в бороздке, называемой противокозелковой бороздкой, которая соответствует пространству между затылком и атлантом, который расположен непосредственно за этой бороздкой. Вновь поднимаясь по кромке противозавитка, ноготь снова задержится в небольшом углублении, которое является признаком границы между шейным отделом позвоночника и дорсальным отделом. Третий

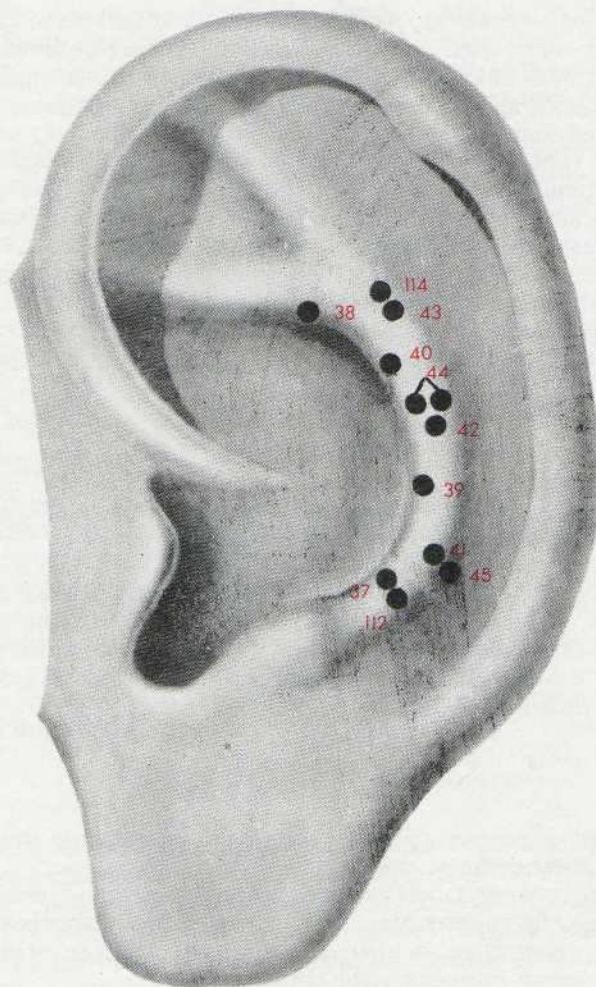


Рис. 85.

Зона VII — противозавитка.

37 — шейный отдел позвоночника; 38 — крестцовый отдел позвоночника; 39 — грудной отдел позвоночника; 40 — поясничный отдел позвоночника; 41 — шея; 42 — грудь; 43 — живот; 44 — молочная железа; 45 — щитовидная железа; 112 — укачивание; 114 — внешний живот.

шейный позвонок находится на середине между этими двумя бороздками. Под третьим шейным позвонком в чаше уха находится точка М, называемая «чудесной» точкой; эта точка оказывает действие прежде всего при гипертонии. Поднимаясь далее вверх, ноготь задержится в другой бороздке, которая отграничивает дорсальный отдел позвоночника от поясничного. Рельеф дорсального края позвоночника закруглен, более широк, чем шейного отдела позвоночника, который расположен под острым углом. В точке, где тупой край суживается, становясь ламеллярным, начинается пояснично-крестцовый отдел позвоночника, который также разделен маленькой бороздкой. Крестцовый отдел расположен в конце противозавитка и завершается под восходящей ветвью завитка. Два склона противозавитка соответствуют двум анатомическим компонентам, периферическая сторона затрагивает задние ветви позвоночных нервов. На этой стороне мы найдем мышечные контуры, которые зависят от спинномозговых рокировок, вместе с чувствительной и нейровегетативной моторной зоной. Внутренняя сторона, которая обращена к чаше раковины, оказывает действие на васкулярно-нервный пучок, который находится внутри спинномозгового канала. Чувствительные нервы, вазомоторный аппарат, артерии, вены и лимфатические сосуды, поскольку это касается их больших стволов, проецируются в этой области».

АТ37VII — шейный отдел позвоночника
(цзин-чжун)

Локализация: у самого начала противозавитка, сразу за задней ушной бороздкой.

Т. А.: соответствует началу хряща противозавитка, самой выдающейся вверх его части. Здесь распределены передние ветви задней ушной артерии и большого ушного нерва.

Показания: заболевания и травмы шейного отдела позвоночника, боли и напряжение мышц в этой области.

АТ38VII — крестцовый отдел позвоночника
(ди-чжуй)

Локализация: на внутренней стороне верхнего конца противозавитка и начала его нижней ножки.

Т. А.: соответствует выступающей вверх части хряща начала нижней ножки противозавитка. Здесь распределены передние ветви верхних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: заболевания и травмы крестцового отдела позвоночника; онемение, ощущение «стягивания» и мышечные боли в области крестцового отдела позвоночника.

АТ39VII — грудной отдел позвоночника
(сюн-чжуй)

Локализация: для того чтобы найти эту точку, необходимо провести линию по форме противозавитка между точкой шейного отдела позвоночника и точкой крестцового отдела позвоночника, затем разделить ее на три равные отрезки. На $\frac{1}{3}$ расстояния от точки шейного отдела позвоночника, у внутреннего края противозавитка будет точка грудного отдела позвоночника.

Т. А.: соответствует самой выдающейся вверх и вперед части нижнего отдела хряща противозавитка. Здесь распределены передние ветви задней ушной артерии и большого ушного нерва.

Показания: заболевания и травмы грудного отдела позвоночника, ощущение «стягивания» и мышечные боли в области грудного отдела позвоночника.

АТ40VII — поясничный отдел позвоночника
(яо-чжуй)

Локализация: на расстоянии $\frac{2}{3}$ линии от точки шейного отдела позвоночника до точки крестцового отдела позвоночника.

Т. А.: соответствует внутреннему краю верхнего отдела хряща противозавитка. Здесь распределены передние ветви задней ушной артерии и большого ушного нерва.

Показания: заболевания и травмы поясничного отдела позвоночника; онемение, парестезии, мышечные боли в области поясничного отдела позвоночника.

АТ 41VII — шея (цзин)

Локализация: посередине между точкой грудного отдела позвоночника и точкой шейного отдела позвоночника, у наружного края противозавитка.

Т. А.: соответствует наружному краю начального отдела хряща противозавитка. Здесь распределены передние ветви задней ушной артерии и большого ушного нерва.

Показания: миозит мышц шеи, травмы шеи, тиреотоксикоз.

АТ42VII — грудь (сюн)

Локализация: на середине расстояния между точкой шейного отдела позвоночника и точкой крестцового отдела позвоночника, у наружного края противозавитка.

Т. А.: соответствует середине наружного края хряща противозавитка. Здесь распределены передние ветви большого ушного нерва и задней ушной артерии.

Показания: мышечные боли и травмы мышц передней поверхности грудной клетки, невралгия межреберных нервов, заболевания органов грудной полости.

АТ43VII — живот (фу)

Локализация: посередине между точкой поясничного отдела позвоночника и точкой крестцового отдела позвоночника, у наружного края противозавитка.

Т. А.: соответствует средневерхнему отделу наружного края хряща противозавитка. Здесь распределены передние ветви большого ушного нерва и задней ушной артерии.

Показания: гастродуоденит, спазмы органов брюшной полости.

АТ44VII — молочная железа (жусянь)

Локализация: существуют две точки молочной железы. Они расположены над точкой груди так, что две точки молочной железы и одна точка груди составляют равносторонний треугольник, одна точка молочной железы находится на внутренней, а другая — на внешней стороне противозавитка.

Т. А.: соответствуют середине хряща противозавитка, его наружной и внутренней стороне. Здесь распределены передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

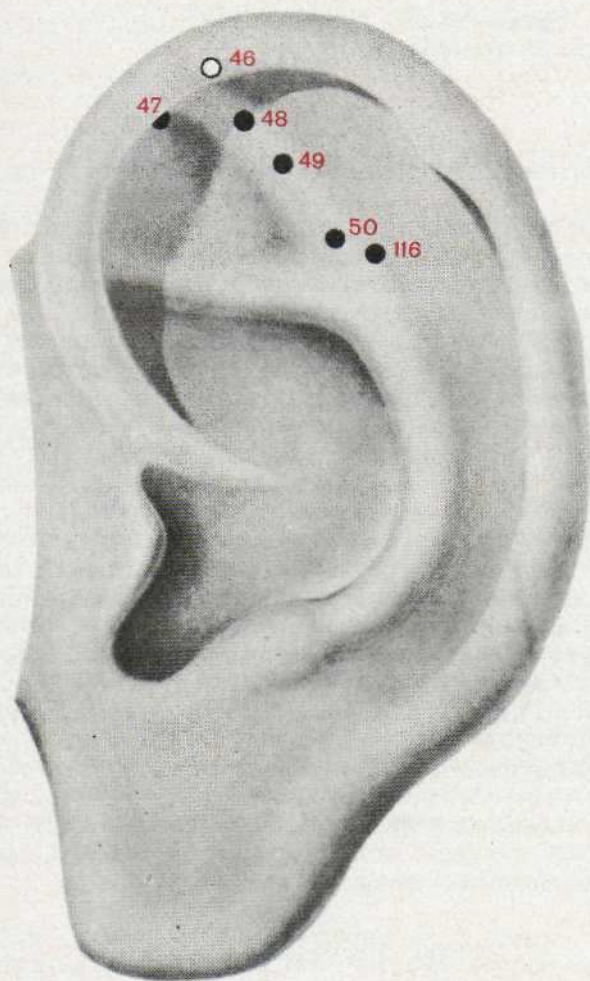
Показания: мастит, гипогалактия.

АТ45VII — щитовидная железа (цзя-чжуан-сянь)

Локализация: на уровне середины линии, проведенной между точками шейного и грудного отделов позвоночника, у внешнего края противозавитка, на одном уровне с точкой шеи (если провести линию, параллельную линии наклона межкозелковой вырезки), у желобка завитка на высоте конца противозавитка.

Т. А.: соответствует наружному краю начального отдела хряща противозавитка. Здесь распределены передние ветви задней ушной артерии и большого ушного нерва.

Показания: заболевания щитовидной железы.



Зона VIII — верхней ножки противозавитка.

Рис. 86.

46 — пальцы ноги; 47 — пятка; 48 — голеностопный сустав; 49 — коленный сустав; 50 — тазобедренный сустав; 116 — колено.

Зона VIII — верхней ножки противозавитка

Эта зона представлена на рис. 86.

AT46VIII — пальцы ноги

Локализация: на верхнезадней части конца верхней ножки противозавитка.

Т. А.: соответствует верхнезадней части конца хряща верхней ножки противозавитка. Здесь распределены передние ветви верхних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передние ветви верхних ветвей большого ушного нерва и малого затылочного нерва.

Показания: травмы стопы, заболевания мышц и сухожилий стопы, болевой синдром стопы, обморожения.

АТ47VIII — пятка (гэнь)

Локализация: на верхнепередней части конца верхней ножки противозавитка.

Т. А. соответствует верхнепередней части конца хряща верхней ножки противозавитка. Здесь распределены передние ветви верхних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передние ветви верхних ветвей большого ушного и малого затылочного нервов.

Показания: травмы стопы, заболевания мышц и сухожилий в области голеностопного сустава; болевой синдром голеностопного сустава, воспалительные процессы в области пятки, пяточные шпоры, обморожения.

АТ48VIII — голеностопный сустав

(ху-ай-гуань-цзе)

Локализация: вниз и кнаружи от точки пятки, вниз и кнутри от точки передней части стопы. Точка пятки, точка передней части стопы и точка голеностопного сустава составляют равнобедренный треугольник. Эту же точку можно найти и другим методом. От точки пятки провести прямую к точке коленного сустава, на полпути ее и будет точка голеностопного сустава.

Т. А.: соответствует верхнему отделу хряща верхней ножки противозавитка, самой выступающей вверх его части, где распределены передние ветви верхних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передние ветви верхних ветвей большого ушного и малого затылочного нервов.

Показания: заболевания мышц и сухожилий в области голеностопного сустава, болевой синдром голеностопного сустава и воспалительные процессы в нем, травмы и переломы.

АТ49VIII — коленный сустав (си-гуань-цзе)

Локализация: в центре верхней ножки противозавитка.

Т. А.: соответствует середине центральной оси, т. е. самой выступающей вверх части хряща верхней ножки противозавитка. Здесь распределены передние ветви задней ушной артерии и большого ушного нерва.

Показания: заболевания коленного сустава.

АТ50VIII — тазобедренный сустав

(куань-гуань-цзе)

Локализация: у начала верхней ножки противозавитка; кнаружи и вверх от точки крестцового отдела позвоночника.

Т. А.: соответствует нижней трети центральной оси, т. е. самой выступающей вверх части хряща верхней ножки противозавитка. Здесь распределены передние ветви верхних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передняя ветвь верхней ушной ветви большого ушного нерва и нижняя треть малого затылочного нерва.

Показания: травмы, воспалительные процессы и иные болевые синдромы тазобедренного сустава.

Зона IX — нижней ножки противозавитка

Эта зона представлена на рис. 87.

AT51IX — симпатическая нервная система
(симпатическая точка) (цзяо-гань)

Локализация: в конце нижней ножки противозавитка, непосредственно на ее пересечении с внутренней стороной завитка, причем точка чуть прикрыта завитком. Поэтому для отыскания симпатической точки нужно немного отогнуть в сторону завиток.

Т. А.: соответствует концу хряща нижней ножки противозавитка от центральной оси его, т. е. по наиболее выступающей вверх части хряща. Здесь распределены передние ветви верхних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передние ушные нервы ушно-височного нерва, являющегося ветвью тройничного нерва, смешанные веточки блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов.

Показания: одна из наиболее часто используемых в иглоукалывании точек при лечении многих заболеваний, в том числе болезней вегетативной нервной системы.

Раздражение симпатической точки дает хорошо выраженный болеутоляющий эффект, поэтому ее часто применяют при резких болях, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, острых болях в кишечнике, аскаридозе желчных путей, желчнокаменной болезни, альгодисменорее, камнях мочеочника. Иглоукалывание в этой точке способствует расширению кровеносных сосудов. Поэтому раздражение точки применяется при спастических состояниях кровеносных сосудов, воспалительных процессах их стенки, стенокардии. Можно использовать иглоукалывание симпатической точки при аритмиях, сердечных блокадах, экстрасистолиях, ишемической болезни сердца, гипергидрозе, головокружении.

Эффективно иглоукалывание симпатической точки в практике глазных заболеваний.

Симпатическая точка является одной из основных при лечении заболеваний органов пищеварительного тракта: остром и хроническом гастрите, желудочных заболеваниях неврогенного характера, хроническом холецистите и хроническом панкреатите, колите, энтерите, метеоризме. Часто используют иглоукалывание этой точки и при бронхиальной астме, коклюше, бронхопневмониях.

При иглоукалывании симпатической точки проявляется противовоспалительный эффект, поэтому иглоукалывание данной точки часто используется при цистите, остром нефрите, остром гепатите. Симпатическая точка является основной для проведения анальгезии при хирургических операциях на органах грудной и брюшной полости.

AT52IX — седалищный нерв (цзо-гу-шэнь-цин)

Локализация: слегка кнутри от середины нижней ножки противозавитка.

Т. А.: соответствует середине наиболее выступающей вверх части хряща нижней ножки противозавитка. Здесь распределены передние ветви задней ушной артерии и поверхностной височной вены, а также смешанные ветви блуждающего, языко-глоточного, лицевого нервов.

Показания: пояснично-крестцовый радикулит, гемиплегия, паралич

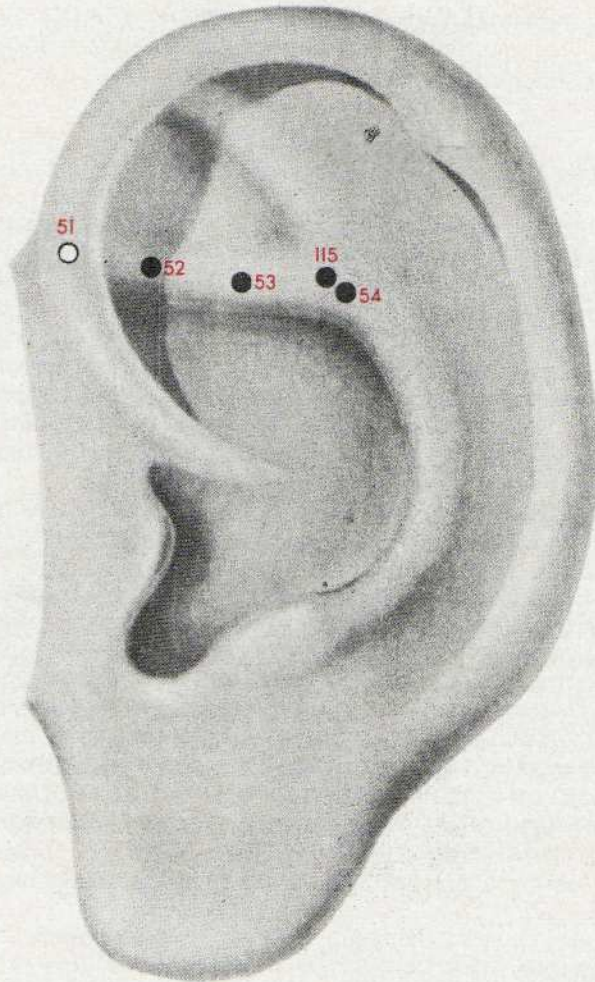


Рис. 87.

Зона IX — нижней ножки противозавитка.

51 — симпатическая нервная система; 52 — седалищный нерв; 53 — ягодица; 54 — люмбагия; 115 — тепло.

нижних конечностей, последствия полиомиелита у детей с нарушением функции нижних конечностей.

АТ531Х — ягодица (тунь)

Локализация: посредине между точкой седалищного нерва и точкой люмбагии.

Т. А.: соответствует начальному отделу наиболее выступающей вверх части хряща нижней ножки противозавитка. Здесь распределены: передняя ветвь задней ушной артерии и конечные веточки большого ушного нерва, окончания блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов.

Показания: болевые синдромы в области ягодичных мышц.

AT54IX — люмбалгия (яотэнь-дянь)

Локализация: на выступающей части противозавитка, на уровне нижней ножки его, приблизительно на 2 мм кнаружи от точки крестцового отдела позвоночника.

Т. А.: соответствует самой выступающей вверх части хряща начала нижней ножки противозавитка. Здесь распределены передние ветви задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: люмбалгия.

Зона X — трехсторонней ямки

Эта зона представлена на рис. 88.

AT55X — шэнь-мэнь

(точка ЦНС и наркоза при операциях)

Локализация: у нижнего края конца верхней ножки противозавитка, впереди от точки AT56X полости таза (шейки матки).

Т. А.: соответствует внутреннему краю хряща верхней ножки противозавитка, чуть выше наружного угла трехсторонней ямки. Здесь распределяются передние ветви верхних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передние ветви нижней ветви большого ушного нерва и верхней ветви малого затылочного нерва, смешанные ветви блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов.

Показания: точка относится к одной из наиболее часто используемых в аурикулотерапии при лечении многих заболеваний, а также является основной обезболивающей точкой для наркоза при хирургических операциях на грудной и брюшной полостях и операциях на голове. Иглоукальвание точки оказывает седативный, обезболивающий, противовоспалительный эффект. Она является основной при лечении заболеваний органов пищеварения, остром и хроническом гастрите, желудочно-кишечных дискинезиях, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, спазме мышц диафрагмы. Иногда при раздражении этой точки усиливается ощущение тяжести в животе.

Иглоукальвание точки шэнь-мэнь дает противокашлевый эффект, но только при сухом кашле. При кашле, сопровождающемся обильным выделением мокроты, иглоукальвание точки шэнь-мэнь проводить не следует. Эта точка является основной при лечении болей в груди, бронхита, бронхиальной астмы, гипертонической болезни, экстрасистолий, миокардита, головной боли и головокружения, нарушений сна, мигрени, невралгии тройничного нерва, невралгии межреберных нервов, пояснично-крестцового радикулита, последствий менингита и сотрясений мозга, неврастении, эпилепсии, шизофрении, истерии — истерического мутизма и истерической гемиплегии, тика и контрактур мышц лица, последствий полиомиелита у детей, болезненного мочеиспускания, частого мочеиспускания, различных травм, послеродовых болей, аднекситов, симптомокомплекса «укачивания», изъязвлений в ротовой полости, зубной боли, кожных заболеваний. Иглоукальвание этой точки дает выраженный противозудный эффект.

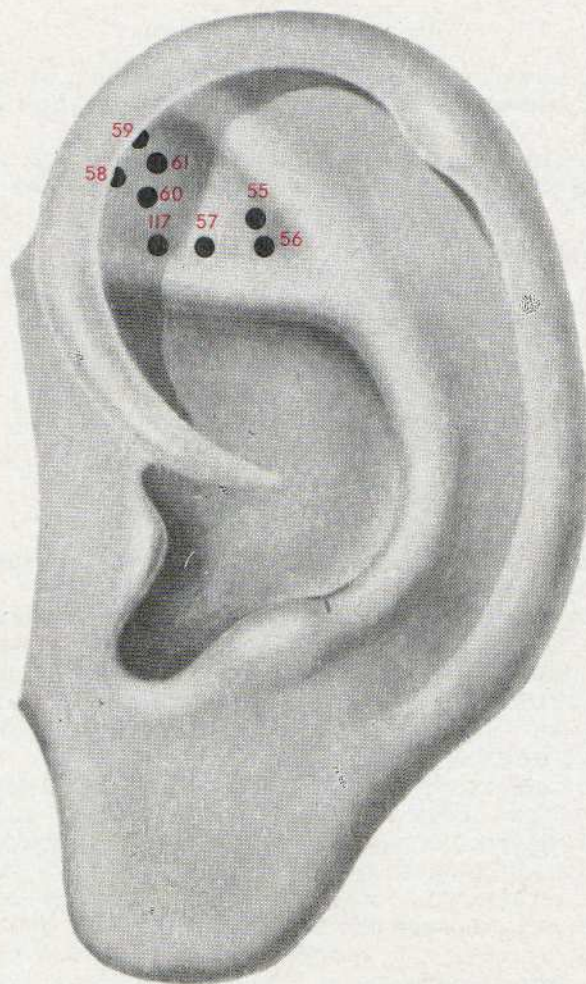


Рис. 88.

Зона X — трехсторонней ямки.

55 — шэнь-мэнь точка ЦНС и наркоза при операциях; 56 — полость таза (шейка матки); 57 — бедро; 58 — матка (сексуальная точка); 59 — снижающая артериальное давление, — первая; 60 — астма; 61 — гепатит, первая; 117 — запор.

AT56X — полость таза (шейка матки) (пэнь-цян)

Локализация: дорсальный угол трехсторонней ямки, между ножками противозавитка, под точкой AT55X—шэнь-мэнь, у верхнего края нижней ножки противозавитка.

Т. А.: соответствует внутреннему краю хряща противозавитка, где расходятся его верхняя и нижняя ножки у нижненааружной вершины трехсторонней ямки. Здесь распределены передние ветви верхних ветвей задней ушной артерии и височной поверхностной вены, передние ветви нижней ушной ветви большого ушного нерва и верхней ветви малого затылочного нерва, смешанные ветви блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов.

Показания: травмы, болевые синдромы органов малого таза.

AT57X — бедро (гу-гуань)

Локализация: у верхнего края нижней ножки противозавитка. Эта точка с точкой седалищного нерва и с точкой ягодицы составляет равносторонний треугольник.

Т. А.: соответствует верхнему краю хряща нижней ножки противозавитка, в начальном отделе ножки. Здесь распределены передние ветви верхних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, смешанные ветви блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов.

Показания: болевые синдромы мышц бедра.

AT58X — матка (сексуальная точка — цзы-гун)

Локализация: около края завитка, в трехсторонней ямке, на середине расстояния между ножками противозавитка.

Т. А.: соответствует середине внутреннего края хряща трехсторонней ямки, в самой углубленной его точке. Здесь распределены передние ветви верхних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передние ушные нервы ушно-височного нерва и смешанные ветви блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов.

Показания: различные воспалительные процессы органов малого таза и слизистой оболочки матки, функциональные маточные кровотечения, нарушения менструального цикла, обильные бели, послеродовые боли, аднекситы, метроптоз, климактерический невроз.

Иглоукальвание этой точки применяют у мужчин при половых расстройствах (преждевременная эякуляция, импотенция).

AT59X — снижающая артериальное давление,
первая (сян-ядань)

Локализация: у места соединения завитка и верхней ножки противозавитка в трехсторонней ямке.

Т. А.: соответствует нижней границе конечного отдела верхней ножки противозавитка. Здесь распределены передние ветви верхних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передние ушные нервы, ушно-височный нерв, нервные окончания смешанных ветвей блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов.

Показания: артериальная гипертония.

AT60X — астма (чуань-дянь)
(бронхолитическая)

Локализация: приблизительно на 2 мм кнаружи и чуть вниз от точки AT58X — матки (сексуальной точки).

Т. А.: соответствует средневнутренней части хряща трехсторонней ямки, где распределены передние ветви верхних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передние ушные ветви ушно-височного нерва.

Показания: заболевания органов дыхания.

АТ61Х — гепатит, первая (гань-янь-дянь)

Локализация: приблизительно на 2 мм кнаружи от точки АТ58Х—матки и выше точки АТ60Х—астмы.

Т. А.: соответствует верхневнутреннему отделу хряща трехсторонней ямки. Здесь распределены передние ветви верхних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передние ушные ветви ушно-височного нерва.

Показания: острый и хронический гепатит.

Зона XI — ладьевидной ямки

Местонахождение точек этой зоны ушной раковины легче отыскать, если вначале отметить точку ключицы и точку пальцев кисти, затем расстояние между этими точками разделить на 4 равные части (рис. 89).

АТ62ХI — пальцы кисти (чжи)

Локализация: в верхней части ладьевидной ямки, у верхнего края дарвинова бугорка, где завиток переходит из вертикальной в свою горизонтальную часть. Точка находится по центральной оси ямки от наружного к внутреннему ее краю.

Т. А.: соответствует верхней части передней поверхности хряща ладьевидной ямки, где распределяются передние ветви верхних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передняя ветвь верхней ветви большого ушного нерва, а также нижняя ветвь малого затылочного нерва.

Показания: травмы костей кисти.

АТ63ХI — ключица (согу)

Локализация: в нижней части ладьевидной ямки, почти в конце ее, на уровне точки сердца. Точка находится по центральной оси ладьевидной ямки от наружного к ее внутреннему краю.

Т. А.: соответствует нижней части хряща ладьевидной ямки, где распределены передняя ветвь нижней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

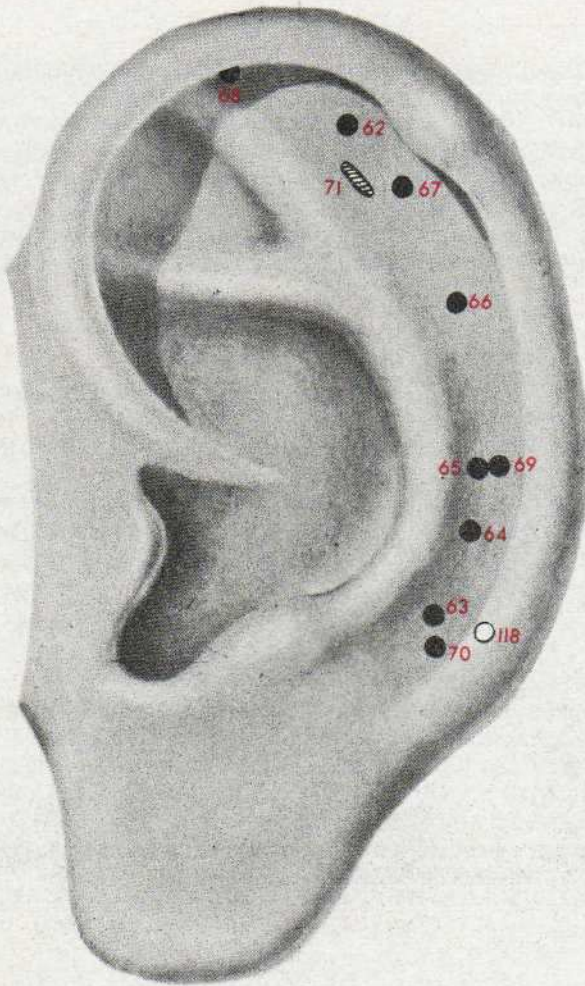
Показания: боли в области плеча, воспалительные процессы плечевого сустава. Иглокальвание точки проводят также при болях в связи с переломами ключицы и ее фиксации.

АТ64ХI — плечевой сустав (цзянь-гуань-цзе)

Локализация: на границе $\frac{1}{4}$ расстояния от точки ключицы до точки пальцев кисти снизу вверх. Точка находится по центральной оси ладьевидной ямки.

Т. А.: соответствует нижней части хряща ладьевидной ямки, где распределены передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: травмы плечевого сустава, боли в области плеча, лопатки.



Зона XI — ладьевидной ямки.

Рис. 89.

62 — чжи (пальцы кисти); 63 — ключица; 64 — плечевой сустав; 65 — плечо; 66 — локоть; 67 — кисть; 68 — аппендикс, первая; 69 — аппендикс, вторая; 70 — аппендикс, третья; 71 — крапивница; 118 — нефрит.

AT65XI — плечо (цзянь)

Локализация: посредине 2-й четверти расстояния от точки ключицы до точки пальцев снизу вверх, на уровне передней ушной бороздки.

Т. А.: по центральной оси хряща ладьевидной ямки слева направо. Здесь распределены передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: травмы плечевой кости и плечевого сустава, болевые синдромы плеча и плечевого сустава, воспалительные процессы этой области.

AT66XI — локоть (чжоу)

Локализация: на уровне нижней ножки противозавитка в ладьевидной ямке, посередине между точкой кисти и точкой плеча.

Т. А.: по центру хряща ладьевидной ямки слева направо и выше середины его. Здесь распределены передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены и передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: травмы локтевого сустава, боли и ощущения ломоты, чувство онемения и распирания в области локтевого сустава.

AT67XI — кисть (вань)

Локализация: обычно эта точка находится напротив выдающейся части дарвинова бугорка.

Т. А.: в верхней части по центру хряща ладьевидной ямки слева направо. Здесь распределены передние ветви верхних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передняя ветвь верхней ушной ветви большого ушного нерва, нижняя ветвь малого затылочного нерва.

Показания: травмы костей кисти и запястно-пястных суставов, неврогенные гастриты, крапивница.

AT68XI — аппендикс, первая (лань-вэй-дянь₁)

Локализация: в ладьевидной ямке, над точкой пальцев кисти, в углу между завитком и верхней ножкой противозавитка.

Т. А.: соответствует самой верхней части хряща ладьевидной ямки, у границы перехода его в хрящ завитка. Здесь распределены передние ветви верхних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передние ветви верхних ветвей большого ушного нерва и малого затылочного нерва.

Показания: хронический аппендицит вне обострения.

AT69XI — аппендикс, вторая (лань-вэй-дянь₂)

Локализация: в ладьевидной ямке на уровне точки плеча, но чуть сдвинута в сторону завитка.

Т. А.: соответствует середине хряща ладьевидной ямки, тая снизу вверх. Здесь распределены передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: хронический аппендицит вне периода обострения.

AT70XI — аппендикс, третья (лань-вэй-дянь₃)

Локализация: под точкой ключицы, чуть сдвинута в сторону хвоста завитка.

Т. А.: соответствует нижнему краю хряща ладьевидной ямки. Здесь распределены передняя ветвь нижней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: хронический аппендицит вне обострения.

АТ71ХI — крапивница (сюнма-чженьдянь)

Локализация: весь промежуток между точкой пальцев кисти и точкой кисти, но не по центральной оси ладьевидной ямки, а ближе к противозавитку.

Т. А.: соответствует верхнему отделу хряща ладьевидной ямки, где распределяются передние ветви верхних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передняя ветвь верхней ушной ветви большого ушного нерва, нижняя ветвь малого затылочного нерва.

Показания: уртикарная сыпь.

Зона XII — завитка

Эта зона представлена на рис. 90.

АТ72₁ХII — завиток, первая (лунь₁)

Локализация: в нижнем отделе дарвинова бугорка, на боковой поверхности, в месте перехода передней поверхности завитка в заднюю.

Т. А.: соответствует наружному краю хряща завитка, передней ветви верхней ветви задней ушной артерии, верхней ветви поверхностной височной вены, нижней ветви малого затылочного нерва.

Показания: иглоукальвание точки дает противовоспалительный, жаропонижающий, рассасывающий, гипотензивный эффект. Кровопускание в этой точке проводят при остром тонзиллите, гипертонической болезни.

АТ72₂ХII — завиток, вторая (лунь₂)

Локализация: для того чтобы найти вторую и последующие точки завитка, нужно по форме наружного края ушной раковины от самой нижней точки мочки уха, где находится шестая точка завитка, провести линию до первой точки завитка и затем разделить ее на пять равных отрезков. Таким образом, первая, вторая, третья, четвертая и пятая точки завитка будут находиться на этой линии на равном расстоянии друг от друга, на боковой поверхности завитка, в месте перехода передней поверхности завитка в заднюю.

Т. А.: соответствует наружному краю хряща завитка, передней ветви средней ветви задней ушной артерии, верхней и нижней ветвям поверхностной височной вены, передней ветви нижней ветви большого ушного нерва.

Показания: те же, что и для АТ72₁ХII.

АТ72₃ХII — завиток, третья (лунь₃)

Локализация: между второй и четвертой точками завитка, примерно на одном горизонтальном уровне с точкой шеи.

Т. А.: соответствует наружному краю хряща завитка, передней ветви средней ветви задней ушной артерии, передней ветви нижней ветви поверхностной височной вены, передней ветви нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: те же, что и для АТ72₁ХII.

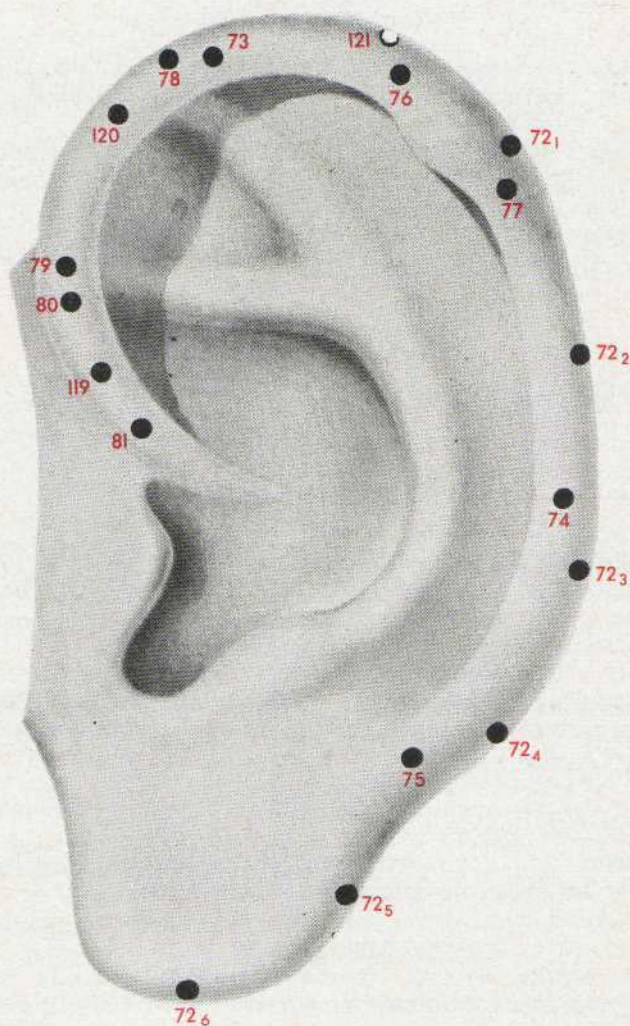


Рис. 90.

Зона XII — завитка

72₁ — завиток, первая; 72₂ — завиток, вторая; 72₃ — завиток, третья; 72₄ — завиток, четвертая; 72₅ — завиток, пятая; 72₆ — завиток, шестая; 73 — миндалина, первая; 74 — миндалина, вторая; 75 — миндалина, третья; 76 — синдром ян печени, первая; 77 — синдром ян печени, вторая; 78 — верхушка уха; 79 — наружные половые органы; 80 — мочеиспускательный канал; 81 — прямая кишка; 119 — анальное отверстие; 120 — геморрой; 121 — малый затылочный нерв.

AT72₄XII — завиток, четвертая (лунь₄)

Локализация: между третьей и пятой точками завитка выше уровня первой горизонтальной линии мочки уха, примерно на одном уровне с точкой AT35VI тай-ян.

Т. А.: соответствует концу хряща хвоста завитка. Здесь распределены передние ветви нижней ветви задней ушной артерии, нижней ветви поверхностной височной вены, нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: те же, что и у AT72₁XII.

АТ72₅ХП — завиток, пятая (лунь₅)

Локализация: между четвертой точкой завитка и шестой точкой завитка.

Т. А.: соответствует наружному краю мочки уха, где распределены передние ветви нижних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ветви большого ушного нерва.

Показания: те же, что и для АТ72₁ХП.

АТ72₆ХП — завиток, шестая (лунь₆)

Локализация: точка расположена на середине нижнего края мочки уха.

Т. А.: соответствует середине нижнего края мочки уха. Здесь распределены нижние ветви задней ушной артерии и поверхностной височной вены, нижняя ушная ветвь большого ушного нерва.

Показания: те же, что и для АТ72₁ХП.

АТ73ХП — миндалина, первая (бянь-тяоти₁)

Локализация: кнаружи от точки вершины уха, над наружным краем верхней ножки противозавитка, на одной перпендикулярной линии с точкой АТ101 (миндалины, четвертая), расположенной в восьмом участке мочки уха.

Т. А.: соответствует центральной оси хряща верхнего отдела его, над наружным краем верхней ножки противозавитка. Здесь распределены передняя ветвь верхней ветви задней ушной артерии, верхняя ветвь поверхностной височной вены, верхняя ветвь малого затылочного нерва.

Показания: тонзиллит, ларингит, фарингит.

АТ74ХП — миндалина, вторая (бянь-тяоти₂)

Локализация: для того чтобы найти эту точку, необходимо по форме завитка провести линию от первой до четвертой точек миндалин. Точка находится на передней части завитка, на середине этого расстояния.

Т. А.: соответствует центральной оси нижнесреднего отдела хряща завитка. Здесь распределены передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, нижняя ветвь поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ветви большого ушного нерва.

Показания: те же, что и у АТ73ХП.

АТ75ХП — миндалина, третья (бянь-тяоти₃)

Локализация: на передней части завитка, посередине линии, проведенной по форме завитка и соединяющей между собой четвертую и вторую точки миндалин.

Т. А.: соответствует концу хвоста завитка, верхнему отделу мочки. Здесь распределены передние ветви нижних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: те же, что и для АТ73ХП.

АТ76ХП — синдром ян печени, первая (гань-ян₁)

Локализация: над дарвиновым бугорком, на самой выдающейся вверх части завитка.

Т. А.: соответствует центральной оси хряща завитка непосредственно над дарвиновым бугорком. Здесь распределены передние ветви верхней ветви задней ушной артерии и верхней ветви поверхностной височной вены, нижняя ветвь малого затылочного нерва.

Показания: хронические гепатиты.

АТ77ХП — синдром ян печени, вторая (гань-ян₂)

Локализация: под дарвиновым бугорком, на самой выдающейся верхней части завитка.

Т. А.: соответствует центральной оси хряща завитка непосредственно под бугорком. Здесь распределены передние ветви верхней и средней ветвей задней ушной артерии, верхняя ветвь поверхностной височной вены, нижняя ветвь малого затылочного нерва, передняя ветвь верхней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: те же, что и для АТ76ХП.

АТ78ХП — верхушка уха (эр-цзянь)

Локализация: для отыскания этой точки нужно завиток уха отогнуть вперед так, чтобы ушная раковина завитком коснулась козелка. Точка располагается на самой вершине перегнутого завитка.

Т. А.: соответствует верхнему отделу центральной оси хряща завитка. Здесь распределены: верхняя ветвь поверхностной височной артерии, передняя ветвь верхней ветви поверхностной височной вены, передние ушные ветви ушно-височного нерва, передняя ветвь верхней ветви малого затылочного нерва.

Показания: чаще всего в этой точке проводят иглокальвание с появлением капель крови. Каждый раз должно выходить по 2—3 капли крови. При этом проявляется жаропонижающее, гипотензивное, противовоспалительное действие. При носовых кровотечениях следует надавливать на эту точку. При иглокальвании проявляется болеутоляющее и седативное действие.

АТ79ХП — наружные половые органы
(вай-шэнь-чжици)

Локализация: на восходящей ветви завитка симметрично симпатической точке. Внизу под этой частью завитка заканчивается нижняя ножка противозавитка.

Т. А.: соответствует центральной оси хряща завитка. Здесь распределены верхняя ветвь поверхностной височной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, передние ушные ветви ушно-височного нерва.

Показания: вагинит, зуд влагалища, пояснично-крестцовые боли. Иглокальвание этой точки оказывает нормализующее действие на состояние вегетативной нервной системы.

АТ80ХП — мочеиспускательный канал (няо-дао)

Локализация: на восходящей ветви завитка, на уровне нижнего края нижней ножки противозавитка, на уровне точки мочевого пузыря.

Т. А.: соответствует центральной оси восходящей ветви хряща завитка. Здесь распределены средние ветви поверхностной височной артерии и вены, ушно-височный нерв.

Показания: воспалительные заболевания мочеиспускательного канала, недержание мочи, болезненное мочеиспускание, частое мочеиспускание.

АТ81ХП — прямая кишка (чжичан-сядуань)

Локализация: на восходящей ветви завитка, на одном уровне с точкой толстой кишки и чуть выше точки наружного уха.

Т. А.: соответствует началу хряща восходящей части завитка. Здесь распределены средние ветви поверхностной височной артерии и вены, ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва, смешанные ветви блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов.

Показания: геморрой, трещины анального отверстия, выпадение прямой кишки, запоры, тенезмы.

Зона ХІІІ — ножки завитка

Эта зона представлена на рис. 91.

АТ82ХІІІ — диафрагма (гэ)

(точка «зего», «нулевая», по Р. Nogier)

Локализация: в месте перехода ножки завитка в восходящую ветвь завитка. Чтобы найти эту точку, можно от точки рта провести линию к точке пищевода, затем перпендикулярно к ней провести другую линию вверх от точки рта. На самой выступающей части ножки завитка находится точка диафрагмы.

Т. А.: соответствует центральной оси начального отдела хряща восходящей ветви завитка. Здесь распределены средние ветви поверхностной височной артерии и вены, ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва, смешанные ветви блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов.

Показания: заболевания диафрагмы, болезни крови, кожные заболевания, внутреннее кровотечение, кровохарканье.

Р. Nogier (1969) пишет: «Весьма важной точкой для ушной раковины является так называемая нулевая точка, которая находится на ножке завитка, сразу перед расширением ножки завитка в его восходящую ветвь. Эта нулевая точка может рассматриваться как центр окружности, которая как бы описывается по противозавитку. Каждый луч, который отходит от нулевой точки и, проходя через противозавиток, направляется к краю ушной раковины, можно будет обозначить названием плоскости позвоночника, который он пересекает. Например, мы говорим, что точка плеча находится на линии, которая исходит от нулевой точки и проходит через первый дорсальный позвонок. Нулевая точка обладает достойными внимания свойствами. Может случиться, что исследование ушной раковины не даст определенной картины, т. е. не дает возможности выявить точки, болезненные при пальпации или чувствительные к приспособлениям, используемым в качестве детектора (обнаружителя). Эта общая нечувствительность находится в зависимости от нулевой точки. Достаточно возбудить эту точку, чтобы пробудить чувствительность ушной раковины. И наоборот, избыток чувствительности может быть приглушен (подавлен) опять-таки через нулевую точку. По этой

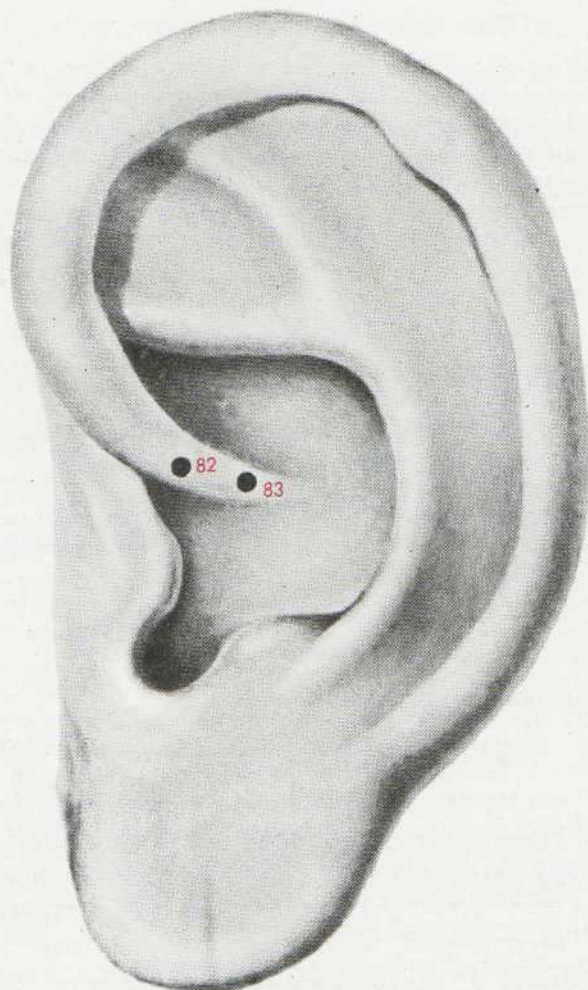


Рис. 91.

Зона XIII — ножки завитка.

82 — диафрагма („zero“ — нулевая); 83 — разветвление (точка солнечного сплетения по P. Nogier).

причине нулевая точка рассматривается как главная (господствующая) точка уха. Необходимо пользоваться ею с осторожностью и только по необходимости. Например, при ушной терапии не достигаются хорошие результаты, если больной находится в состоянии стресса или подвержен сильному нервному напряжению; в этих случаях возбуждение нулевой точки восстанавливает равновесие, которое благоприятствует исходу лечения, и следует начинать сеанс, укалывая прежде всего эту точку. В других случаях несмотря на правильно проводимое лечение ушная терапия не дает никаких результатов. Возбуждение нулевой точки действует как стимул, благоприятствующий устранению периферического расстройства, который не был устранен при укалывании соответствующей точки.

AT83XIII — разветвление (чжидян)

(точка солнечного сплетения по P. Nogier)

Локализация: кнаружи от точки диафрагмы, примерно на $\frac{1}{3}$ длины корня завитка, на выступающей вверх части ножки завитка.

Т. А.: соответствует центральной оси среднего отдела ножки завитка. Здесь распределены средние ветви поверхностной височной артерии и вены, ветви наружного слухового прохода ушно-височного нерва, смешанных ветвей блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов.

Показания: болезни сердечно-сосудистой системы, половой сферы, расстройства пищеварения и нарушения всасывания в кишечном тракте, метеоризм, перитонит, межреберная невралгия, одышка, анемия. Можно проводить иглокальвание этой точки при отеках невыясненной этиологии, болях в плече. Показаниями также являются заболевания диафрагмы, болезни крови, кожные заболевания, внутренние кровотечения, кровохарканье.

Зона XIV — прилежащая к ножке завитка

Эта зона представлена на рис. 92.

AT84XIV — рот (коу)

Локализация: под ножкой завитка, над вершиной слухового отверстия.

Т. А.: соответствует хрящу ушной раковины, над наружным слуховым проходом, непосредственно под хрящом ножки завитка. Здесь распределены средние ветви поверхностной височной артерии и вены, смешанные ветви блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов, ветви наружного слухового прохода, ушно-височного нерва.

Показания: изъязвления ротовой полости, глоссит, гингивит.

AT85XIV — пищевод (шидао)

Локализация: под передней половиной ножки завитка, у нижнего края его, на линии, соединяющей точку желудка и точку рта (приблизительно на 1/3 ее от точки рта).

Т. А.: соответствует хрящу полости раковины, внизу, под ножкой завитка. Здесь распределены передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии и средняя ветвь поверхностной височной вены, смешанные ветви блуждающего языкоглоточного, лицевого нервов.

Показания: тошнота, рвота, воспалительные процессы пищевода.

AT86XIV — кардиальная (пимэнь)

Локализация: под задней половиной ножки завитка, у нижнего края его. Для того чтобы найти эту точку, нужно провести линию по нижнему краю ножки завитка от точки желудка до точки рта, строго соблюдая форму этой ножки. Затем следует разделить ее на три равных отрезка и, считая от точки желудка, первой будет кардиальная точка, второй — точка пищевода.

Т. А.: соответствует нижнему краю хряща ножки завитка в концевом его отделе. Здесь распределены передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, смешанные ветви блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов.

Показания: заболевания пищевода, спазм кардии желудка.

AT87XIV — желудок (вэй)

Локализация: вокруг основания ножки завитка.

Т. А.: соответствует границе хряща чаши раковины и полости раковины, в месте окончания хряща ножки завитка. Здесь распределены передняя ветвь

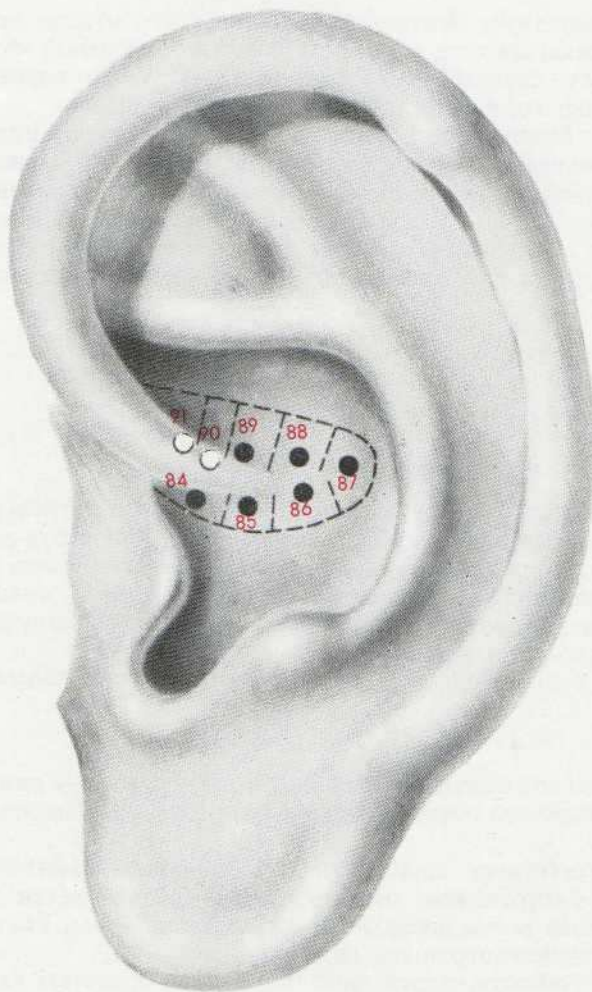


Рис. 92.

Зона XIV — прилежащая к ножке завитка.

84 — рот; 85 — пищевод; 86 — кардиальная; 87 — желудок; 88 — двенадцатиперстная кишка; 89 — тонкая кишка; 90 — аппендикс; 91 — толстая кишка.

средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, передние ветви нижней ушной ветви большого ушного нерва, смешанные ветви блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов.

Показания: раздражение точки желудка дает выраженный обезболивающий, седативный, противовоспалительный эффекты. Точка является одной из наиболее часто используемых при лечении заболеваний пищеварительного тракта, а также нервных и психических болезней. Поэтому применение этой точки показано при следующих заболеваниях и симптомах: тошнота, острый и хронический гастрит, желудочно-кишечные дискинезии, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастроптоз, ухудшение аппетита, гиперсекреция и гипосекреция желудка, частые сильные рвоты, шизофрения, неврастения, истерия, истерическая гемиплегия, нарушение сна. Определенный эффект отмечен и при лечении головной боли в лобной области, а также зубной боли.

АТ88ХIV — двенадцатиперстная кишка
(шиэр-чжичан)

Локализация: над задней половиной ножки завитка, у верхнего края ее, симметрично кардиальной точке. Таким образом, точка двенадцатиперстной кишки лежит непосредственно над кардиальной точкой.

Т. А.: соответствует верхнему краю хряща ножки завитка в концевом его отделе. Здесь распределены передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, смешанные нервы блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов.

Показания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, желудочно-кишечные дискинезии, аскаридоз желчных путей.

АТ89ХIV — тонкая кишка (сяо-чан)

Локализация: над передней половиной ножки завитка, у верхнего края ее, симметрично точке пищевода.

Т. А.: соответствует верхнему краю хряща ножки завитка, в месте перехода его в хрящ чаши раковины. Здесь распределены передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь височной поверхностной вены, смешанные ветви блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов, ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва.

Показания: понос, диспепсия, резкие боли в кишечнике, метеоризм, желудочно-кишечные дискинезии, нарушения всасывающей функции желудка и кишечника. Определенный успех дает раздражение точки тонкой кишки и при гипогалактии.

АТ90ХIV — аппендикс, четвертая (лань-вэй₄)

Локализация: над передней половиной ножки завитка, у верхнего края ее, посредине между точками толстой и тонкой кишки.

Т. А.: соответствует верхнему краю верхнего отдела хряща ножки завитка. Здесь распределены передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, смешанные ветви блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов, ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва.

Показания: хронический аппендицит вне периода обострения.

АТ91ХIV — толстая кишка (да-чан)

Локализация: у верхнего края перехода ножки завитка в восходящую ветвь завитка, симметрично точке рта.

Т. А.: соответствует верхнему краю конца хряща ножки завитка и началу его восходящей ветви. Здесь распределены передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, смешанные ветви блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов, ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва.

Показания: заболевания органов пищеварения, колиты, поносы, запоры, метеоризм, желудочно-кишечные дискинезии. Раздражение точки толстого кишечника производят и при лечении заболеваний органов дыхания.

Зона XV — чаши раковины

Эта зона представлена на рис. 93.

AT92XV — мочевого пузыря (пан-гуан)

Локализация: под нижней ножкой противозавитка, над точкой толстой кишки, кзади от точки предстательной железы.

Т. А.: соответствует верхнему краю хряща чаши раковины. Здесь распределены средние ветви височной поверхностной артерии и вены, нервные окончания смешанных ветвей блуждающего, лицевого, языкоглоточного нервов.

Показания: острый и хронический цистит, гломерулонефрит, простатит. Точка является одной из основных при лечении всех видов нарушения мочеиспускания: болезненное мочеиспускание, ночной энурез, задержка мочи. Довольно эффективно иглокальвание этой точки при лечении головной боли, люмбалгиях, невралгии, нарушении сна.

AT93XV — простата (цзянь-лесянь)

Локализация: кнутри от точки мочевого пузыря, под нижним краем нижней ножки противозавитка, в углу, образованном восходящей ветвью завитка и нижней ножкой противозавитка, под симпатической точкой.

Т. А.: соответствует внутреннему краю хряща чаши раковины. Здесь распространены средние ветви поверхностной височной артерии и вены, смешанные ветви нервных окончаний блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов.

Показания: заболевания предстательной железы — гипертрофия, простатит.

AT94XV — мочеточник (шуняо-гуань)

Локализация: между точкой мочевого пузыря и точкой почки. Чтобы найти эту точку, нужно по форме нижнего края нижней ножки завитка провести линию между вышеупомянутыми точками. На ее середине и находится точка мочеточника, над местом перехода ножки завитка в его восходящую ветвь.

Т. А.: соответствует верхнему краю хряща чаши раковины. Здесь распределены передняя ветвь верхней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, нервные окончания смешанных ветвей блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов.

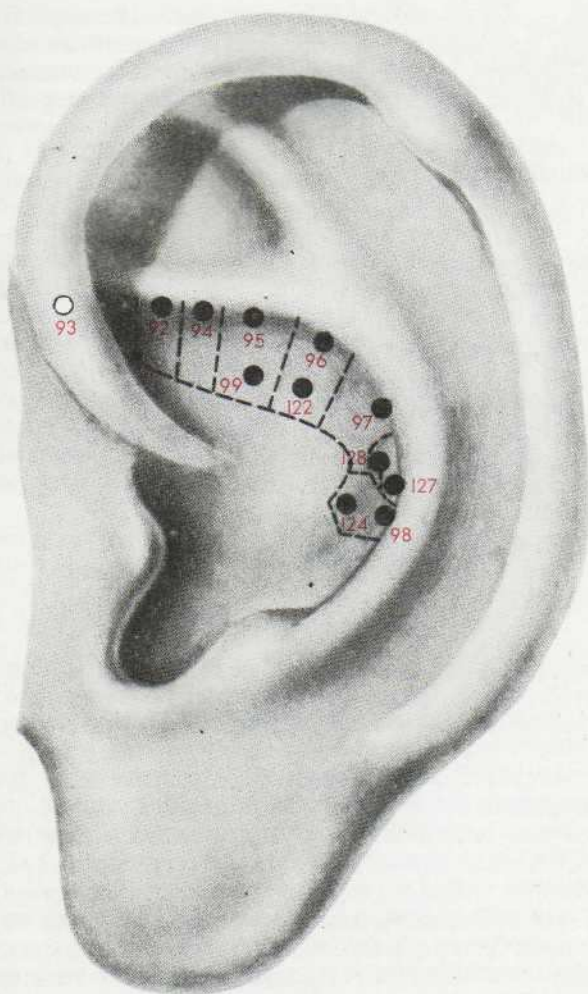
Показания: камни мочеточника.

AT95XV — почка (шэнь)

Локализация: в средней части чаши раковины под нижней ножкой противозавитка, под точкой ягодицы, над точкой тонкой кишки.

Т. А.: соответствует верхнему отделу хряща чаши раковины. Здесь распределены передняя ветвь верхней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва, нервные окончания смешанных ветвей блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов.

Показания: точка является одной из наиболее часто используемых в ухоиглокальвании при лечении очень многих заболеваний.



Зона XV — чаши раковины.

Рис. 93.

92 — мочевой пузырь; 93 — простата; 94 — мочеточник; 95 — почка; 96 — поджелудочная железа (слева) и желчный пузырь (справа); 97 — печень; 98 — селезенка; 99 — асцит; 122 — панкреатит; 124 — гепатит, вторая; 127 — увеличенная печень; 128 — цирроз печени.

Медики древнего Китая считали связь уха с почкой наиболее тесной. Считалось также, что почки связаны с головным мозгом, костями, половыми органами. Отсюда и очень широкий круг показаний: острый и хронический нефрит, пиелонефрит, цистит, частое мочеиспускание, болезненное мочеиспускание, задержка мочеиспускания, камни мочеточника, импотенция, нарушение функции желез внутренней секреции, болезненные менструации, нарушение менструального цикла, климакс, воспаление среднего уха, фурункулы наружного уха, шум и звон в ушах, понижение слуха, задержка роста зубов, гингивит, конъюнктивиты, хроническая глаукома, нарушения сна, чрезмерные сновидения, мигрень, невралгия и невриты седлишного нерва, последствия менингитов и сотрясения мозга, неврастения, шизофрения, истерический мутизм, неврогенная жажда. Иглоукалывание этой точки применяют при выпадении волос, при различных травмах костей.

Раздражение точки почки способствует пищеварению. Поэтому можно проводить уколы при пониженном аппетите, привычных запорах, а также различных хронических заболеваниях, сопровождающихся выраженной астенизацией. Иглоукальвание точки почки стимулирует обмен веществ в организме.

АТ96ХV — поджелудочная железа (слева),
желчный пузырь (справа) (и-дань)

Локализация: в верхненаружном углу чаши раковины, над точкой двенадцатиперстной кишки. Чтобы найти эту точку можно по форме противозавитка по внутренней стороне его провести линию. На середине ее и будет находиться точка поджелудочной железы — на левом ухе и желчного пузыря — на правом ухе.

Т. А.: соответствует верхненаружной части хряща чаши раковины, где распределены передняя ветвь верхней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва, нервные окончания смешанных ветвей блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов.

Показания: заболевания поджелудочной железы и желчного пузыря, диспепсия.

АТ97ХV — печень (гань)

Локализация: ниже и кзади от точки поджелудочной железы и желчного пузыря, у внутренней стороны противозавитка, выше и кзади от точки желудка. На левом ухе нижнюю половину этой зоны занимает точка селезенки.

Т. А.: соответствует наружному краю хряща чаши раковины. Здесь распределены передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва, нервные окончания смешанных ветвей блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов.

Показания: заболевания печени, желчного пузыря и желчевыводящих протоков, в частности, хронические и острые гепатиты, гепатохолециститы, кожный зуд при желтухе. Иглоукальвание точки печени успешно применяют при головокружении, судорогах, постинсультных гемиплегиях, мышечной гипотонии, заболеваниях крови, геморрагиях. Эта точка является основной при таких заболеваниях глаз, как ячмень, острый конъюнктивит, снижение сумеречного зрения, миопия, хроническая глаукома.

Иглоукальвание точки печени проводят и при желудочно-кишечных дискинезиях, климактерическом неврозе.

АТ98ХV — селезенка

Локализация: только на левом ухе. Кнаружи и вниз от точки желудка, почти у внутреннего края противозавитка под точкой цирроза печени и точкой увеличенной печени, ниже уровня точки грудного отдела позвоночника.

Т. А.: соответствует месту перехода хряща противозавитка в полость раковины. Здесь распределены передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, окончания смешанных ветвей блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: при иглоукальвании этой точки проявляется болеутоляющий,

противосудорожный, противовоспалительный эффект. Круг показаний широк: острый гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечные дискинезии малярия, выпадение прямой кишки, послеродовые боли, ячмень, эпилепсия. Иглоукальвание точки селезенки обладает действием, повышающим тонус сосудов, и применяется при кровотечениях, гипохромной и других видах анемии, при снижении мышечного тонуса, мышечных гипотрофиях и язвах ротовой полости.

АТ99ХV – асцит (фу-шуй)

Локализация: в центре чаши раковины. Точка находится посредине треугольника, проведенного через три точки: почки, поджелудочной железы и желчного пузыря, тонкого кишечника.

Т. А.: соответствует центральной части хряща чаши раковины, где распределяется ветвь верхней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, нервные окончания смешанных ветвей блуждающего, лицевого, языкоглоточного нервов.

Показания: цирроз печени, асцит при заболеваниях печени, метеоризм.

Зона XVI – полости раковины

Эта зона представлена на рис. 94.

АТ100ХVI – сердце, первая (синь)

Локализация: в самой вогнутой части полости раковины. Если вогнутость выражена нечетко, то примерно в центре полости раковины на уровне слухового отверстия, под кардиальной точкой.

Т. А.: соответствует самой углубленной части хряща полости раковины. Здесь распределены передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, нервные окончания смешанных ветвей блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов.

Показания: точка сердца относится к одной из наиболее часто используемых в аурикулотерапии. Раздражение точки нормализующе действует на тонус кровеносных сосудов и проводится при гипертонической и гипотонической болезнях, сердцебиениях, миокардите, экстрасистолиях, ишемической болезни сердца. Иглоукальвание точки проводят и при одышке, удушье, нарушениях сна, чрезмерных сновидениях, последствиях сотрясений мозга, неврастении, эпилепсии, шизофрении, истерии, истерических гемиплегиях, истерическом мутизме, шоковых состояниях, тепловом ударе, васкулитах, осиплости голоса, хроническом фарингите, глосите.

АТ101ХVI – легкое (фэй)

Локализация: (2 точки) сверху и снизу от точки сердца; занимает довольно большую часть полости раковины, почти всю центральную часть вокруг сердца.

Т. А.: соответствует средненижней и средневерхней части хряща полости раковины. Здесь распределены передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, нервные окончания смешанных ветвей блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов.

Показания: являются одной из наиболее часто используемых точек. Раздражение точки легкого применяют не только при лечении заболеваний

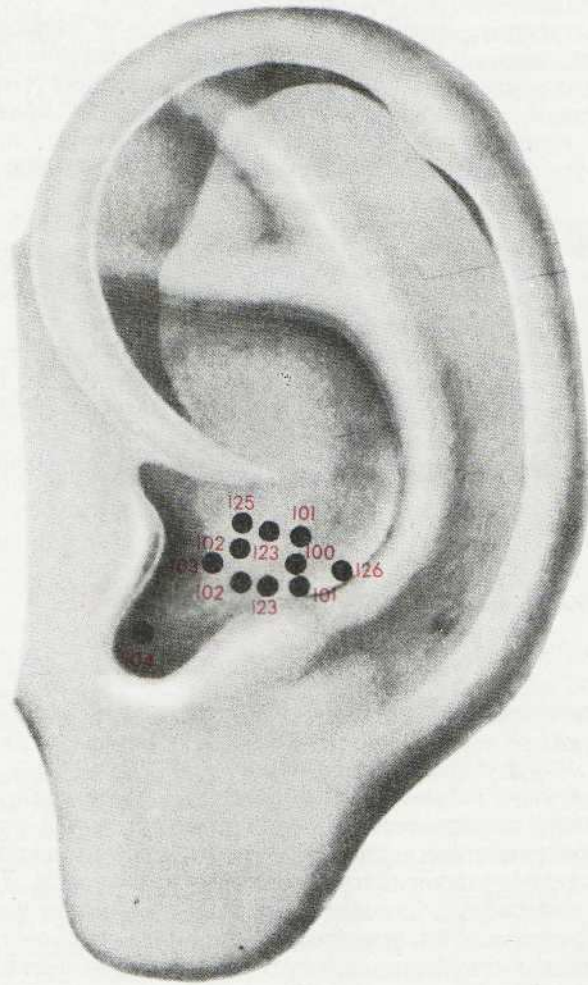


Рис. 94.

Зона XVI — полости раковины.

100 — сердце, первая; 101 — легкое; 102 — бронхи; 103 — трахея; 104 — три части туловища; 123 — бронхоэктазия; 125 — глаза, вторая; 126 — туберкулез.

дыхательной системы, в том числе при туберкулезе легких, но и оказывает выраженный противовоспалительный, противоаллергический, обезболивающий эффекты. Поэтому круг показаний раздражения данной точки очень широк: язвенная болезнь желудка, хронический холецистит, колит, острый назофарингит, пневмония, бронхиальная астма, гипергидроз, обморожения первой и второй степени, функциональные маточные кровотечения, зуд влагалища, носовые кровотечения, язвы преддверия носа, острый и хронические риниты, аллергические риниты, язвы ротовой полости, воспаление языка, трещины угла рта, острый конъюнктивит, фолликулит, потница, опоясывающий лишай, аллергический зуд кожи, уртикарная сыпь, невротический зуд, кожный зуд невыясненной этиологии, фурункулы, карбункулы, выпадение волос, экзема и многие другие кожные заболевания.

Восточные медики подчеркивают тесную связь легких с кожей. Поэтому при хирургических операциях эта точка является основной в ухоголоанестезии при разрезах кожи.

AT102XVI — бронхи (чжи-цигуань)

Локализация: (2 точки) перед зоной легкого и кзади от точки трахеи.

Т. А.: соответствует внутреннесредней части хряща полости раковины. Здесь распределены передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, нервные окончания смешанных ветвей блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов.

Показания: острый и хронический бронхит, коклюш, бронхопневмония.

AT103XVI — трахея (цигуань)

Локализация: у внутреннего края полости раковины, на уровне средней части заднего края слухового отверстия, на одном уровне с точкой сердца.

Т. А.: соответствует внутреннему краю хряща полости раковины. Здесь распределены нижняя ветвь поверхностной височной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, нервные окончания смешанных ветвей блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов.

Показания: острый и хронический трахеит, бронхит.

AT104XVI — три части туловища (сань-инь-цзяо)

(точка таламуса, по P. Nogier)

Локализация: в зоне нижнего края слухового отверстия, кнутри от точки трахеи и вверх от точки желез внутренней секреции.

Т. А.: соответствует внутреннему краю полости раковины. Здесь распределены нижняя ветвь поверхностной височной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, нервные окончания смешанных ветвей блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов.

Показания: точка относится к одной из наиболее часто используемых в аурикулотерапии. Круг показаний широк: стенокардия, невралгия межреберных нервов, одышка, желудочно-кишечные дискинезии, метеоризм, нарушение всасывающей функции кишечника, анемия, гепатит, перитонит. Иглоукальвание этой точки оказывает слабительное действие и поэтому применяется при запорах. При раздражении точки проявляется мочегонное действие, улучшает аппетит. Применяют раздражение этой точки и при болях в области плеча.

Зона XVII — задней поверхности ушной раковины

Эта зона представлена на рис. 95.

AT105XVII — снижающая артериальное давление,

вторая (сян-я-гоу)

Локализация: в верхней трети углубления задней поверхности ушной раковины, где противозавиток обращен выпуклостью вперед и на задней поверхности имеется резко очерченное углубление.

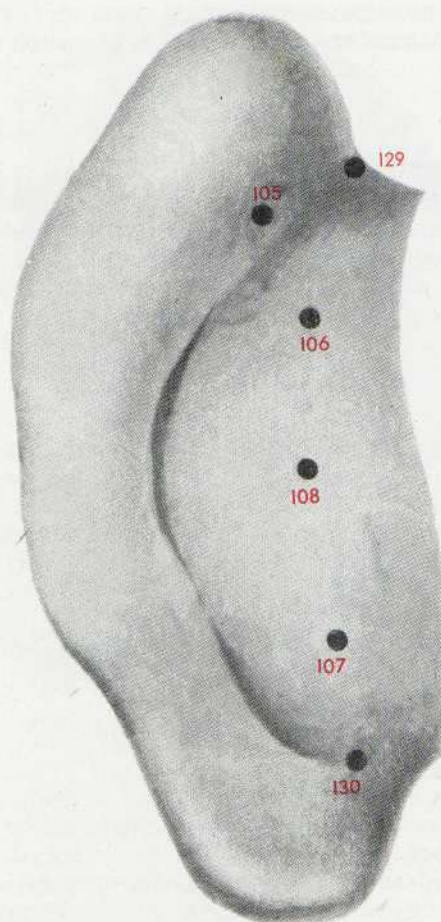


Рис. 95.

Зона XVII — задней поверхности ушной раковины.

105 — снижающая артериальное давление, вторая; 106 — нижний отдел спины; 107 — верхний отдел спины; 108 — средний отдел спины; 129 — спинной мозг, первая; 130 — спинной мозг, вторая.

Т. А.: соответствует задней поверхности хряща противозавитка. Здесь распределены ветвь задней ушной артерии, задняя ушная вена, малый затылочный нерв. В нижней части гипотензивной канавки распределены ветви блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов.

Показания: гипертоническая болезнь. В гипотензивной канавке обычно делают кровопускание, но можно также проводить и иглоукалывание этой области.

AT106XVII — нижний отдел спины (шан-бэй)

Локализация: у верхнего края середины выпуклой задней поверхности ушной раковины.

Т. А.: соответствует задней поверхности хряща чаши раковины, верхней

ветви задней ушной артерии, задней ушной вене, малому затылочному нерву.

Показания: кожные заболевания и кожный зуд в области спины, боли в спине.

АТ107XVII — верхний отдел спины (ся-бэй)

Локализация: у нижнего края середины выпуклой задней поверхности ушной раковины, примерно на уровне сосцевидного отростка.

Т. А.: соответствует середине нижней границы хряща полости раковины. Здесь распределены средняя ветвь задней ушной артерии, задняя ушная вена, нижняя ушная ветвь большого ушного нерва.

Показания: те же, что и для АТ106XVII.

АТ108XVII — средний отдел спины (чжун-бэй)

Локализация: в средней части задней поверхности полости раковины, в самой выпуклой части ее, на одной вертикали с точками нижнего отдела и верхнего отдела спины.

Т. А.: соответствует средней части хряща ушной раковины, где распределены средняя ветвь задней ушной артерии, задняя ушная вена, нервные окончания блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов.

Показания: те же, что и для АТ106XVII.

Зона XVIII — наружного слухового прохода

Эта зона представлена на рис. 96.

АТ109XVIII — нижняя часть живота (ся-фу)

Локализация: на верхней стенке наружного слухового прохода.

Т. А.: соответствует центру верхнего края хряща наружного слухового прохода. Здесь распределены средняя ветвь поверхностной височной вены, средняя ветвь поверхностной височной артерии, ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва.

Показания: резко выраженный болевой синдром внутренних органов брюшной полости. Иглоукальвание точки проводят при болях в кишечнике, желчном пузыре, мочеточнике.

АТ110XVIII — верхняя часть живота (шан-фу)

Локализация: на нижней стенке наружного слухового прохода.

Т. А.: соответствует центру нижнего края хряща наружного слухового прохода. Здесь распределены ветви внутренней челюстной артерии, нижняя ветвь поверхностной височной вены, ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва.

Показания: те же, что и для АТ109XVIII.

Перечисленные выше 110 аурикулярных точек соответствуют международной европейской классификации. Существует еще ряд точек (их насчитывается 20), которые пока не вошли в эту классификацию, но используются в Китае и в нашей стране. Даем их описание.

АТ111 — носоглазная (биянь-цзин)

Локализация: посередине между точкой вершины козелка и точкой надпочечника в зоне II — козелка.

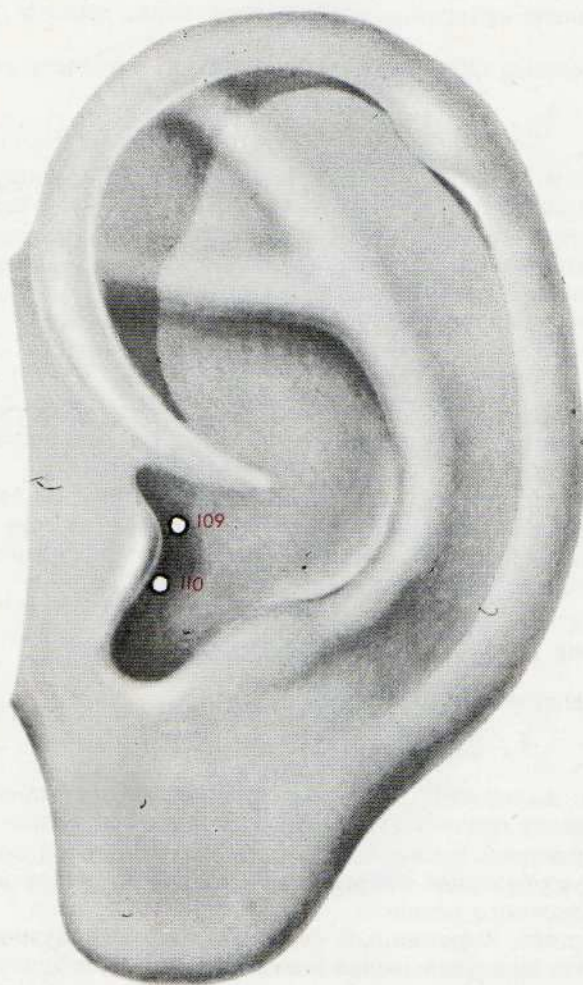


Рис. 96.

Зона XVIII — наружного слухового прохода.
109 — нижняя часть живота; 110 — верхняя часть живота.

Т. А.: соответствует середине вершины хряща козелка. Здесь распределяются нижняя ветвь поверхностной височной артерии и вены, ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва.

Показания: конъюнктивиты, риниты.

АТ112VII — укачивание

Локализация: на $\frac{1}{3}$ расстояния от точки шеи до точки, регулирующей дыхание, в зоне VII — противозавитка.

Т. А.: соответствует началу хряща противозавитка. Здесь распределены передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: рвота, тошнота, симптомокомплекс «укачивания». Иглоукальвание этой точки проводится не только с лечебной, но и с профилактической целью.

AT113VI — возбуждение (синфэнь-дянь)

Локализация: посредине между точкой яичка и точкой легких в зоне IV — противокозелка.

Т. А.: соответствует внутренней стороне хряща противокозелка. Здесь распределяются передняя ветвь нижней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, нервные окончания блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов, разветвляющиеся в полости раковины.

Показания: сонливость, ночной энурез.

AT114VII — внешний живот (фу-вэй)

Локализация: у наружного края противозавитка, на уровне середины линии, проведенной между точкой живота и болевой точкой поясницы. Точка находится на уровне точки почки в зоне VII — противозавитка.

Т. А.: соответствует наружному краю хряща противозавитка. Здесь распределены передние ветви верхней ветви задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: боли, травмы мышц живота, болевой синдром при почечнокаменной и желчнокаменной болезни.

AT115IX — тепло (жэ-сюэ)

Локализация: вверх от середины линии, проведенной между точкой крестцового отдела позвоночника и болевой точки поясницы, на одном горизонтальном уровне с точкой ягодицы в зоне IX — нижней ножки противозавитка.

Т. А.: соответствует началу хряща верхней ножки противозавитка. Здесь распределены передние ветви верхней ветви задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: острые травмы поясничной области; раздражение точки дает седативный и сосудорасширяющий эффекты.

AT116VIII — колено (си)

Локализация: у начала верхней ножки противозавитка, снаружи и вверх от болевой точки поясницы в VIII зоне верхней ножки противозавитка.

Т. А.: соответствует наружному краю начала хряща верхней ножки противозавитка. Здесь распределены передние ветви верхних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, передняя ветвь верхней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: заболевания коленного сустава.

AT117X — запор (бяньми)

Локализация: тесно примыкает к верхнему краю нижней ножки противозавитка непосредственно над точкой седалищного нерва, в трехсторонней ямке, в зоне X — трехсторонней ямки.

Т. А.: соответствует месту перехода хряща нижней ножки завитка в трехстороннюю ямку, где распределены передние ветви верхних ветвей задней ушной артерии и поверхностной височной вены, нервные окончания блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов.

Показания: привычные запоры.

АТ118ХI — нефрит (шэньян-дянь)

Локализация: у наружной границы ладьевидной ямки, кнаружи от точки ключицы. Сверху точка прикрыта завитком. Находится в зоне XI — ладьевидной ямки.

Т. А.: соответствует нижненаружному краю хряща ладьевидной ямки. Здесь распределены передняя ветвь нижней ветви задней ушной артерии и средние ветви поверхностной височной вены, передняя ветвь большого ушного нерва.

Показания: острый и хронический нефрит.

АТ119ХII — анальное отверстие

Локализация: на самой выдающейся вверх части завитка, посредине между точкой нижнего отдела прямой кишки и точкой мочеиспускательного канала в зоне XII — завитка.

Т. А.: соответствует центральной оси выдающейся вверх части хряща завитка. Здесь распределены средние ветви поверхностной височной артерии и вены, ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва.

Показания: трещины анального отверстия, геморрой.

АТ120ХII — геморрой (чжихэ-дянь)

Локализация: вниз от точки верхушки уха, на одном уровне с гипотензивной точкой в зоне XII — завитка.

Т. А.: соответствует центральной оси хряща завитка, напротив верхнего угла трехсторонней ямки. Здесь распределены верхние ветви поверхностной височной артерии и вены, передние ушные ветви ушно-височного нерва.

Показания: геморрой.

АТ121ХII — малый затылочный нерв
(чжэнь-сяо-шэньцин)

Локализация: в углу с внутренней стороны завитка, примерно на 0,2 см выше верхней границы дарвинова бугорка в зоне XII — завитка.

Т. А.: соответствует внутренней стороне хряща над дарвиновым бугорком. Здесь распределены передняя ветвь верхней ветви задней ушной артерии, передняя ветвь верхней ветви поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ветви малого затылочного нерва, передняя ветвь верхней ветви большого ушного нерва.

Показания: раздражение точки проводится при желудочно-кишечных дискинезиях, головной боли, вегетативно-трофическом синдроме шейного остеохондроза, головокружении, мигрени, невралгии тройничного нерва, последствиях менингита и сотрясений мозга, эпилепсии, шизофрении, истерической гемиплегии, тиках и контрактурах мимической мускулатуры, тепловых ударах, симптомокомплексе «укачивания».

Иглоукальвание точки дает седативное и болеутоляющее действие. Точка относится к одной из наиболее часто используемых.

АТ122ХV — панкреатит (исяньян-дянь)

Локализация: в чаше раковины, над точкой двенадцатиперстной кишки. Чтобы точно найти месторасположение этой точки, необходимо провести линию от точки двенадцатиперстной кишки к точке поджелудочной железы и желчного пузыря. На $\frac{1}{2}$ расстояния от точки двенадцатиперстной кишки и будет точка панкреатита. Находится в зоне XV — чаши раковины.

Т. А.: соответствует средненааружной части хряща чаши раковины, где распределены передняя ветвь верхней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, нервные окончания смешанных ветвей блуждающего нерва, языкоглоточного, лицевого нервов.

Показания: хронический панкреатит.

AT123XVI — бронхоэктазия (чжицигуань-когжандянь)

Локализация: (2 точки) посередине между точкой бронхов и точкой легких.

Т. А.: соответствует частям хряща полости раковины, чуть выше и чуть ниже от центральной ее части. Здесь распределены передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, нервные окончания смешанных ветвей блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов.

Показания: эмфизема легких, бронхоэктатическая болезнь.

AT124XV — гепатит, вторая (ганьян-цзюй)

Локализация: к внутреннему краю уха от точек цирроза печени и точки увеличенной печени, в сторону точки легких. Чтобы найти эту точку, нужно провести линию между точкой селезенки и точкой желудка. Чуть ниже середины этой линии и находится точка гепатита.

Т. А.: соответствует внутренневерхнему краю хряща полости раковины. Здесь распределяются передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, нервные окончания смешанных ветвей блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов.

Показания: острый и хронический гепатит.

AT125XVI — глаза, вторая (синьянь-дянь)

Локализация: в полости раковины над точкой бронхов.

Т. А.: соответствует верхнему отделу хряща полости раковины. Точка почти примыкает к нижнему краю концевой отдела ножки завитка. Здесь распределены передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, нервные окончания смешанных ветвей блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов.

Показания: иглоукальвание этой точки улучшает зрение, поэтому часто используется при лечении глазных заболеваний, сопровождающихся понижением зрения.

AT126XVI — туберкулез (цзэхэ-дянь)

Локализация: под задней ушной бороздкой, чуть ниже уровня точки сердца.

Т. А.: соответствует нижненааружному отделу хряща полости раковины. Здесь распределены: передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, нервные окончания смешанных ветвей блуждающего, лицевого, языкоглоточного нервов.

Показания: туберкулез.

AT127XV — увеличенная печень (ганьчжунда-цзюй)

Локализация: напротив места окончания ножки завитка, непосредственно под противозавитком, к наружной стороне от точки желудка. Эта точка находится между точкой цирроза печени и точкой селезенки.

Т. А.: соответствует наружному краю хряща полости раковины, непосредственно примыкающей к противозавитку. Здесь распределены

передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва, нервные окончания смешанных ветвей блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов.

Показания: острый и хронический гепатит.

AT128XV — цирроз печени (ганьиньхуа-цзюй)

Локализация: у наружного края полости раковины, в месте окончания ножки завитка, около противозавитка, у точки увеличенной печени.

Т. А.: соответствует наружному краю хряща полости раковины. Здесь распределены передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены, нервные окончания смешанных ветвей блуждающего, языкоглоточного нервов, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва.

Показания: цирроз печени.

AT129XVII — спинной мозг, первая (цзисуй₁)

Локализация: в самой верхней части места прикрепления ушной раковины, на задней ее поверхности.

Т. А.: соответствует области хряща ушной раковины над корнем уха. Здесь распределены верхняя ветвь задней ушной артерии, верхняя ветвь поверхностной височной вены, малый затылочный нерв.

Показания: гемиплегия и мышечные атрофии в любой части тела.

AT130XVII — спинной мозг, вторая (цзисуй₂)

Локализация: кнаружи от места прикрепления задней поверхности ушной раковины, на одной вертикали с точками верхнего, среднего и нижнего отделов спины.

Т. А.: непосредственно под нижним краем хряща полости раковины. Здесь распределены нижняя ветвь задней ушной артерии, нижняя ветвь поверхностной височной вены, нижняя ветвь большого ушного нерва.

Показания: те же, что и для AT129XVII.

§6. Терапевтический указатель

Лечебные эффекты

отдельных сочетаний аурикулярных точек

После детального описания местонахождения показаний к применению каждой активной точки мы для удобства в практической работе представляем наиболее часто встречающиеся сочетания точек, иглоукалывание в которые оказывает следующее воздействие на организм.

Седативное действие
на центральную нервную систему

Основные точки: AT55X — шэнь-мэнь; AT33VI — лоб; AT29VI — затылок.

Вспомогательные точки: AT100XVI — сердце первая; AT21III — сердце вторая; AT34VI — кора головного мозга.

Снотворное действие

Основные точки: АТ55Х — шэнь-мэнь; АТ95ХV — почка; АТ29VІ — затылок; АТ100ХVІ — сердце, первая; АТ87ХIУ — желудок; АТ92ХV — мочевой пузырь.

Противосудорожное действие

Основные точки: АТ55Х — шэнь-мэнь; АТ78ХII — верхушка уха; АТ29VІ — затылок; АТ34VІ — кора головного мозга; АТ51IХ — симпатическая нервная система.

Вспомогательные точки: АТ98ХV — селезенка; АТ95ХV — почка; АТ29VІ — затылок.

Тонизирующее действие

Основные точки: АТ100ХVІ — сердце, первая; АТ34VІ — кора головного мозга; АТ51IХ — симпатическая нервная система; АТ13II — надпочечник.

Вспомогательная точка: АТ97ХV — печень.

Нормализующее сердечный ритм действие

Основные точки: АТ100ХVІ — сердце, первая; АТ34VІ — кора головного мозга; АТ51IХ — симпатическая нервная система; АТ89ХIУ — тонкая кишка; АТ101ХVІ — легкие; АТ21III — сердце, вторая.

Вспомогательная точка: АТ55Х — шэнь-мэнь.

Повышение тонуса сосудов

Основные точки: АТ21III — сердце, вторая; АТ34VІ — кора головного мозга; АТ101ХVІ — легкие; АТ13II — надпочечник.

Вспомогательные точки: АТ97ХV — печень; АТ98ХV — селезенка.

Гипотензивное действие

Основные точки: АТ55Х — шэнь-мэнь; АТ59Х, АТ105ХVII — снижающие артериальное давление; АТ100ХVІ — сердце, первая; АТ34VІ — кора головного мозга; АТ78ХII — верхушка уха.

Диуретическое действие

Основные точки: АТ95ХV — почка; АТ92ХV — мочевой пузырь; АТ104ХVІ — три части туловища; АТ98ХV — селезенка.

Вспомогательные точки: АТ100ХVІ — сердце, первая; АТ101ХVІ — легкие.

Слабительное действие

Основные точки: АТ104ХVІ — три части туловища; АТ91ХIV — толстая кишка; АТ81ХII — прямая кишка; АТ117Х — запор.

Вспомогательная точка: АТ34VІ — кора головного мозга.

Способствующие улучшению аппетита

Основные точки: АТ87ХIУ — желудок; АТ98ХV — селезенка; АТ89ХIУ — тонкая кишка.

Вспомогательные точки: АТ95ХV — почка; АТ104ХVІ — три части туловища; АТ96ХV — поджелудочная железа; АТ96ХV — желчный пузырь.

Антиспазматическое действие
на тонус гладкой мускулатуры

Основные точки: AT55X — шэнь-мэнь; AT511X — симпатическая нервная система.

Вспомогательные точки: AT31VI — регулирующая дыхание; AT13II — надпочечник.

Отхаркивающее действие

Основные точки: AT55X — шэнь-мэнь; AT101XVI — легкое; AT13II — надпочечник; AT15II — горло и гортань; AT29VI — затылок.

Вспомогательная точка: AT22IV — железы внутренней секреции.

Противоаллергическое действие

Основные точки: AT55X — шэнь-мэнь; AT22IV — железы внутренней секреции; AT13II — надпочечник; AT34VI — кора головного мозга.

Вспомогательные точки: AT31VI — регулирующая дыхание; AT101XVI — легкие; AT91XIV — толстая кишка.

Противовоспалительное действие

Основные точки: AT29VI — затылок; AT22IV — железы внутренней секреции; AT13II — надпочечник; AT34VI — кора головного мозга.

Вспомогательная точка: AT78XII — верхушка уха.

Жаропонижающее действие

Основные точки: AT34VI — кора головного мозга; AT91XIV — толстая кишка; AT78XII — верхушка уха; AT13II — надпочечник; AT97XV — печень.

Вспомогательные точки: AT13II — надпочечник; AT55X — шэнь-мэнь.

Стимулирующее действие при тугоухости

Основные точки: AT95XV — почка; AT9I — внутреннее ухо; AT20III — наружное ухо.

Стимулирующее действие при родах

Основные точки: AT58X — матка; AT43VII — живот; AT34VI — кора головного мозга; AT40VII — поясничный отдел позвоночника.

Нормализующие менструальный цикл

Основные точки: AT58X — матка; AT22IV — железы внутренней секреции; AT23IV — яичник.

Вспомогательная точка: AT95XV — почка.

Сочетание точек,
используемых для иглоаналгезии
при оперативных вмешательствах

Основные точки: а) в области шеи: AT15II — горло и гортань; AT41VII — шея; AT22IV — железы внутренней секреции; AT34VI — кора головного мозга, а также точка, соответствующая месту операции;

б) в области груди: AT55X — шэнь-мэнь; AT101XVI — легкое; AT51IX — симпатическая нервная система, AT107XVII — верхний отдел

спины; АТ31VI — регулирующая дыхание, а также точка, соответствующая месту операции;

в) в области брюшной полости: АТ55X — шэнь-мэнь; АТ101XVI — легкие; АТ104XVI — три части туловища; АТ511X — симпатическая нервная система, а также точка, соответствующая месту операции;

г) в области костей: АТ95XV — почка; АТ91XIV — толстая кишка; АТ89XIV — тонкая кишка, а также точка, соответствующая месту операции;

д) в области ротовой полости: АТ84XIV — рот; АТ61 — нижняя челюсть; АТ51 — верхняя челюсть, а также точка, соответствующая месту операции;

е) в области мочеполовых органов: АТ79XII — наружные половые органы; АТ43VII — живот; АТ80XII — мочеиспускательный канал, АТ34VI — кора головного мозга и точка, соответствующая месту операции;

ж) в области черепа: АТ55X — шэнь-мэнь; АТ29VI — затылок; АТ33VI — лоб; АТ34VI — кора головного мозга; АТ95XV — почка; АТ101XVI — легкое и точка, соответствующая месту операции.

**Рекомендуемые сочетания
аурикулярных точек для терапии
некоторых синдромов и заболеваний**

Заболевания нервной системы

Рефлекторные мышечно-тонические и нейродистрофические синдромы шейного остеохондроза.

Основные точки: АТ41VII — шея; АТ37VII — шейный отдел позвоночника; АТ63XI — ключица; АТ13II — надпочечник; АТ121XII — малый затылочный нерв; АТ55X — шэнь-мэнь.

Вспомогательные точки: АТ29VI — затылок; АТ33VI — лоб; АТ35VI — тай-ян.

Рефлекторные мышечно-тонические и нейродистрофические синдромы поясничного остеохондроза.

Основные точки: АТ52IX — седалищный нерв; АТ55X — шэнь-мэнь; АТ95XV — почка. При синдромах выпадения к указанному сочетанию следует добавлять точки АТ29VI — затылок и АТ13II — надпочечник.

Невралгия тройничного нерва

Основные точки: АТ1II — скула — щека; АТ51 — верхняя челюсть; АТ61 — нижняя челюсть; АТ55X — шэнь-мэнь; АТ29VI — затылок.

Вспомогательные точки: АТ20III — наружное ухо; АТ121XII — малый затылочный нерв.

Невралгия межреберных нервов

Основные точки: АТ42VII — грудь; АТ29VI — затылок; АТ55X — шэнь-мэнь и точка, соответствующая месту заболевания.

Невралгия затылочного нерва

Основные точки: АТ29VI — затылок; АТ37VII — шейный отдел позвоночника; АТ41VII — шея; АТ55X — шэнь-мэнь; АТ79XII — наружные половые органы.

Неврит слуховых нервов

Основные точки: АТ95ХV — почка; АТ29VI — затылок; АТ9I — внутреннее ухо, АТ20III — наружное ухо; АТ13II — надпочечник.

Периферический парез лицевого нерва

Основные точки: АТ1I — скула (щека); АТ125ХVI — глаза; АТ121ХII — малый затылочный нерв; АТ8I — глаза, АТ84ХIV — рот; АТ34VI — кора головного мозга; АТ33VI — лоб.

Вспомогательные точки: АТ97ХV — печень; АТ29VI — затылок.

Примечания: при тике и контрактуре мышц лица, иннервируемых лицевым нервом, нужно использовать сочетания следующих точек: АТ1I — скула — щека; АТ55Х — шэнь-мэнь; АТ34VI — кора головного мозга; АТ35VI — тай-ян; АТ97ХV — печень; АТ121ХII — малый затылочный нерв.

Полиневрит

Основные точки: соответствующая области нарушения двигательной и чувствительной функции; АТ55Х — шэнь-мэнь; АТ13II — надпочечник; АТ22IV — железы внутренней секреции.

Начальные проявления
недостаточности кровоснабжения мозга
(при ранних стадиях атеросклероза)

Основные точки: АТ95ХV — почка; АТ29VI — затылок, АТ25V — ствол мозга; АТ55Х — шэнь-мэнь; АТ34VI — кора головного мозга; АТ22IV — железы внутренней секреции; АТ33VI — лоб.

Последствия нарушения
церебрального кровообращения с двигательными,
чувствительными и речевыми расстройствами

Основные точки: соответствующая области нарушения двигательной и чувствительной функции; АТ55Х — шэнь-мэнь; АТ13II — надпочечник; АТ22IV — железы внутренней секреции; АТ34VI — кора головного мозга; АТ29VI — затылок.

Последствия сотрясения головного мозга

Основные точки: АТ95ХV — почка; АТ25V — ствол мозга; АТ29VI — затылок; АТ55Х — шэнь-мэнь; АТ100ХVI — сердце, первая; АТ87ХIV — желудок; АТ34VI — кора головного мозга.

Последствия менингита

Основные точки: АТ95ХV — почка; АТ25V — ствол мозга; АТ29VI — затылок; АТ55Х — шэнь-мэнь; АТ100ХVI — сердце, первая; АТ87ХIV — желудок; АТ34VI — кора головного мозга.

Последствия перинатальных
повреждений головного мозга

Основные точки: соответствующая области нарушения двигательной и чувствительной функции; АТ55Х — шэнь-мэнь; АТ13II — надпочечник, АТ22IV — железы внутренней секреции; АТ34VI — кора головного мозга; АТ29VI — затылок.

Эпилепсия с резкими генерализованными
и парциальными припадками

Основные точки: АТ55Х — шэнь-мэнь; АТ95ХV — почка; АТ29VI — затылок; АТ100ХVI — сердце, первая; АТ87ХIV — желудок; АТ34VI — кора головного мозга.

Вегетативно-сосудистые синдромы

Синдром Меньера

Основные точки: АТ95ХV — почка; АТ55Х — шэнь-мэнь; АТ29VI — затылок, АТ9I — внутреннее ухо; АТ34VI — кора головного мозга; АТ87ХIV — желудок.

Вспомогательные точки: АТ87ХIV — желудок; АТ121ХII — малый затылочный нерв.

Мигрень

Основные точки: АТ35VI — тай-ян; АТ121ХII — малый затылочный нерв; АТ55Х — шэнь-мэнь; АТ95ХV — почка; АТ34VI — кора головного мозга.

Вспомогательные точки: АТ33VI — лоб; АТ29VI — затылок.

Синдром вегетативно-сосудистой дистонии

Основные точки: АТ511Х — симпатическая нервная система; АТ34VI — кора головного мозга; АТ32VI — яичко или АТ23IV — яичник.

Вспомогательные точки: АТ95ХV — почки; АТ79ХII — наружные половые органы.

Отдельные невротические синдромы

Сочетание точек зависит от ведущих симптомов заболевания и общего состояния организма больного.

Чрезмерная возбудимость
и вазомоторная лабильность

Основные точки: АТ95ХV — почка; АТ55Х — шэнь-мэнь; АТ29VI — затылок; АТ100ХVI — сердце, первая; АТ87ХIV — желудок.

Вспомогательная точка: АТ34VI — кора головного мозга.

Головная боль

Основные точки: АТ29VI — затылок; АТ33VI — лоб; АТ55Х — шэнь-мэнь; АТ34VI — кора головного мозга; АТ121ХII — малый затылочный нерв; АТ35VI — тай-ян; АТ112VII — укачивания.

Нарушение сна

Основные точки: АТ55Х — шэнь-мэнь; АТ95ХV — почка; АТ29VI — затылок; АТ33VI — лоб; АТ100ХVI — сердце; АТ87ХIV — желудок.

Чрезмерные сновидения

Основные точки: АТ55Х — шэнь-мэнь; АТ29VI — затылок; АТ100ХVI — сердце; АТ87ХIV — желудок; АТ25V — ствол мозга.

Вспомогательная точка: АТ34VI — кора головного мозга.

*Сексуальные расстройства
психогенной природы у мужчин*

Импотенция

Основные точки: AT58X — матка (сексуальная), AT79XII — наружные половые органы; AT32VI — яичко; AT22IV — железы внутренней секреции; AT95XV — почка.

Преждевременная эякуляция

Основные точки: AT58X — сексуальная, AT79XII — наружные половые органы; AT32VI — яичко; AT22IV — железы внутренней секреции; AT55X — шэнь-мэнь.

Поллюции

Основные точки: AT79XII — наружные половые органы, AT32VI — яичко; AT22IV — железы внутренней секреции; AT34V1 — кора головного мозга; AT55X — шэнь-мэнь.

Ночной энурез

Основные точки: AT92XV — мочевого пузыря; AT83XIII — разветвление; AT113VI — возбуждение; AT29VI — затылок; AT95XV — почка; AT35VI — тай-ян.

Вспомогательная точка: AT28VI — гипофиз (мозг).

*Психогенные расстройства
функции желудочно-кишечного тракта*

Основные точки: AT87XIV — желудок; AT97XV — печень; AT511X — симпатическая нервная система; AT55X — шэнь-мэнь + AT88XIV — двенадцатиперстная кишка; AT109XVIII — нижняя часть живота; AT110XVIII — верхняя часть живота.

Сильное сердцебиение

Основные точки: AT100XVI — сердце, первая; AT89XIV — тонкая кишка; AT55X — шэнь-мэнь.

Чувство стеснения, давления в груди

Основные точки: AT511X — симпатическая; AT100XVI — сердце, первая; AT42VII — грудь, AT29VI — затылок; AT101XVI — легкие.

Спазмы диафрагмы

Основные точки: AT82XIII — диафрагма; AT55X — шэнь-мэнь; AT34VI — кора головного мозга.

Кожный зуд

Основные точки: точка, соответствующая области зуда; AT101XVI — легкие; AT29VI — затылок; AT22IV — железы внутренней секреции; AT13II — надпочечник.

Психогенный дерматит

Основные точки: точка, соответствующая области дерматита; AT101XVI — легкое; AT29VI — затылок; AT22IV — железы внутренней секреции; AT13II — надпочечник.

Истерическая гемиплегия

Основные точки: AT55X — шэнь-мэнь; AT29VI — затылок; AT100XVI — сердце, первая; AT34VI — кора головного мозга; AT121XII — малый затылочный нерв.

Истерический мутизм и афония

Основные точки: AT28VI — гипофиз (мозг); AT29VI — затылок; AT100XVI — сердце, первая; AT55X — шэнь-мэнь, AT95XV — почка.
Вспомогательная точка: AT34VI — кора головного мозга.

Истерическая икота

Основные точки: AT82XIII — диафрагма; AT97XV — печень; AT55X — шэнь-мэнь.

Вспомогательная точка: AT34VI — кора головного мозга.

Заболевания внутренних органов

*Сердечно-сосудистая система*Гипертоническая болезнь I—II стадии,
цереброкардиальная форма

Основные точки: AT59X — снижающая артериальное давление, первая; AT511X — симпатическая нервная система; AT100XVI — сердце, первая; AT55X — шэнь-мэнь + AT105XVII — снижающая артериальное давление, вторая; AT19II — гипертония; или AT13II — надпочечник; AT97XV — печень; AT95XV — почка.

Стенокардия напряжения

Основные точки: AT511X — симпатическая нервная система; AT100XVI — сердце, первая; AT42VII — грудь.

Вспомогательные точки: AT29VI — затылок, AT101XVI — легкое.

Нарушения сердечного ритма

(пароксизмальная тахикардия, экстрасистолия),
не связанные с тяжелой патологией сердечной мышцы

Основные точки: AT100XVI — сердце, первая; AT511X — симпатическая нервная система; AT55X — шэнь-мэнь.

Вспомогательные точки: AT34VI — кора головного мозга; AT89XIV — тонкая кишка.

Эндартериит

Основные точки: AT511X — симпатическая нервная система; AT95XV — почка; AT100XVI — сердце, первая; AT13II — надпочечник; AT97XV — печень + AT98XV — селезенка.

Вспомогательные точки: AT22IV — железы внутренней секреции; AT34VI — кора головного мозга; AT29VI — затылок.

Органы дыхания

Затяжной и хронический бронхит

Основные точки: AT102XVI — бронхи; AT55X — шэнь-мэнь; AT31VI — регулирующая дыхание; AT13II — надпочечник.

Вспомогательные точки: AT511X — симпатическая нервная система; AT29VI — затылок.

Хроническая пневмония I—II степени

Основные точки: AT101XVI — легкое; AT102XVI — бронхи; AT511X — симпатическая нервная система; AT55X — шэнь-мэнь; AT31VI — регулирующая дыхание + AT13II — надпочечник.

Вспомогательные точки: AT29VI — затылок; AT22IV — железы внутренней секреции.

Бронхиальная астма

Основные точки: AT511X — симпатическая нервная система; AT55X — шэнь-мэнь; AT31VI — регулирующая дыхание; AT13II — надпочечник + AT101XVI — легкое.

Вспомогательные точки: AT29VI — затылок; AT22IV — железы внутренней секреции; AT60X — астма.

Органы пищеварения

Хронический гастрит

Основные точки: AT87XIV — желудок; AT98XV — селезенка; AT511X — симпатическая нервная система; AT91XIV — толстая кишка; AT89XIV — тонкая кишка; AT96XV — поджелудочная железа и желчный пузырь.

Язвенная болезнь желудка

Основные точки: AT87XIV — желудок; AT511X — симпатическая нервная система; AT55X — шэнь-мэнь + AT34VI — кора головного мозга.

Вспомогательная точка: AT88XIV — двенадцатиперстная кишка.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

Основные точки: AT88XIV — двенадцатиперстная кишка; AT511X — симпатическая нервная система; AT55X — шэнь-мэнь + AT34VI — кора головного мозга.

Вспомогательная точка: AT87XIV — желудок.

Хронический пилородуоденит

Основные точки: AT87XIV — желудок; AT511X — симпатическая нервная система; AT55X — шэнь-мэнь + AT98XV — селезенка; AT43VII — живот.

Гастроптоз

Основные точки: AT87XIV — желудок; AT511X — симпатическая нервная система; AT34VI — кора головного мозга.

Вспомогательные точки: AT55X — шэнь-мэнь; AT97XV — печень.

Кардиоспазм

Основные точки: АТ82ХІІІ — диафрагма; АТ55Х — шэнь-мэнь; АТ34VІ — кора головного мозга.

Хронический некалькулезный холецистит
и дискинезии желчевыводящих путей

Основные точки: АТ96ХV — желчный пузырь; АТ96ХV — поджелудочная железа; АТ97ХV — печень; АТ55Х — шэнь-мэнь.

Энтероколит хронический

Основные точки: АТ91ХIV — толстая кишка; АТ81ХII — прямая кишка; АТ511Х — симпатическая нервная система; АТ55Х — шэнь-мэнь + АТ89ХIV — тонкая кишка; АТ98ХV — селезенка.

Дискинезии кишечника

Основные точки: АТ87ХIV — желудок; АТ97ХV — печень; АТ91ХIV — толстая кишка; АТ89ХIV — тонкая кишка; АТ55Х — шэнь-мэнь; АТ67ХI — кисть.

Вспомогательные точки: АТ88ХIV — двенадцатиперстная кишка; АТ121ХII — малый затылочный нерв; АТ104ХVI — три части туловища.

Энтероколит аллергический

Основные точки: АТ91ХIV — толстая кишка; АТ221V — железы внутренней секреции; АТ511Х — симпатическая нервная система + АТ55Х — шэнь-мэнь; АТ89ХIV — тонкая кишка.

Колит спастический

Основные точки: АТ89ХIV — тонкая кишка; АТ511Х — симпатическая нервная система; АТ55Х — шэнь-мэнь + АТ110ХVIII — верхняя часть живота; АТ109ХVIII — нижняя часть живота.

Запор

Основные точки: АТ91ХIV — толстая кишка; АТ81ХII — прямая кишка; АТ34VІ — кора головного мозга + АТ511Х — симпатическая нервная система.

Мочеполовая система

Цистит

Основные точки: АТ92ХV — мочевой пузырь; АТ95ХV — почка; АТ511Х — симпатическая нервная система; АТ55Х — шэнь-мэнь + АТ29VІ — затылок; АТ13II — надпочечник.

Аллергические заболевания

Вазомоторный ринит

Основные точки: АТ16II — полость носа; АТ13II — надпочечник; АТ33VІ — лоб; АТ22IV — железы внутренней секреции.

Крапивница

Основные точки: AT101XVI — легкое; AT55X — шэнь-мэнь; AT29VI — затылок; AT22IV — железы внутренней секреции; AT13II — надпочечник.

Нейродермит

Основные точки: соответствующая области, где выражены патологические явления; AT101XVI — легкое; AT29VI — затылок; AT22IV — железы внутренней секреции; AT13II — надпочечник.

Аллергический дерматит

Основные точки: соответствующая области, где выражены патологические явления; AT101XVI — легкое; AT29VI — затылок; AT22IV — железы внутренней секреции; AT13II — надпочечник.

Заболевания полости рта

Хронический гингивит

Основные точки: AT5I — верхняя челюсть; AT6I — нижняя челюсть, AT84XIV — рот; AT13II — надпочечник + AT95XV почка.

Стоматит

Основные точки: AT84XIV — рот; AT22IV — железы внутренней секреции; AT55X — шэнь-мэнь; AT4I — язык.

Глоссит

Основные точки: AT4I — язык; AT84XIV — рот; AT22IV — железы внутренней секреции; AT100XVI — сердце, первая.

Пародонтит

Основные точки: AT5I — верхняя челюсть; AT6I — нижняя челюсть; AT84XIV — рот; AT13II — надпочечник + AT95XV — почка.

Заболевания опорно-двигательного аппарата

Заболевания суставов

Ревматоидный полиартрит

Основные точки: AT55X — шэнь-мэнь; AT95XV — почка; AT22IV — железы внутренней секреции, AT29VI — затылок; точка, соответствующая области заболевания + AT34VI — кора головного мозга.

Артропатии

Основные точки: точки: соответствующие области патологических проявлений; AT22IV — железы внутренней секреции; AT13II — надпочечник; AT34VI — кора головного мозга + AT95XV — почка; AT55X — шэнь-мэнь.

Травматические повреждения
опорно-двигательного аппарата и прилегающих мышц

Основные точки: точка, соответствующая области повреждения, АТ55Х — шэнь-мэнь; АТ95ХV — почка; АТ34VІ — кора головного мозга + АТ13II — надпочечник.

Периартрит плечелопаточный

Основные точки: АТ64ХI — плечевой сустав; АТ65ХI — плечо; АТ55Х — шэнь-мэнь + АТ63ХI — ключица; АТ13II — надпочечник.

Гинекологические заболевания

Хронический эндометрит

Основные точки: АТ58Х — матка; АТ23IV — яичник; АТ22IV — железы внутренней секреции; АТ13II — надпочечник + АТ79ХII — наружные половые органы.

Хронический сальпингит, оофорит

Основные точки: АТ23IV — яичник; АТ22IV — железы внутренней секреции; АТ55Х — шэнь-мэнь + АТ13II — надпочечник.

Цервицит

Основные точки: АТ58Х — матка; АТ23IV — яичник; АТ22IV — железы внутренней секреции; АТ56Х — полость таза.

Аменорея

Основные точки: АТ58Х — матка; АТ22IV — железы внутренней секреции; АТ23IV — яичник; АТ13II — надпочечник; АТ95ХV — почка.

Меноррагия дисрегуляторная

Основные точки: АТ58Х — матка; АТ28VI — гипофиз; АТ22IV — железы внутренней секреции; АТ97ХV — печень; АТ95ХV — почка; АТ98ХV — селезенка.

Альгоменорея

Основные точки: АТ58Х — матка, АТ22IV — железы внутренней секреции, АТ51IX — симпатическая нервная система; АТ55Х — шэнь-мэнь.

Гипогалактия

Основные точки: АТ22IV — железы внутренней секреции; АТ44VII — грудные железы; АТ89ХIV — тонкая кишка; АТ95ХV — почка; АТ98ХV — селезенка.

Матки опущение

Основные точки: АТ58Х — матка; АТ34VI — кора головного мозга + АТ79ХII — наружные половые органы.

Климактерический синдром

Основные точки: AT22IV — железы внутренней секреции; AT23IV — яичник; AT95XV — почка; AT97XV — печень.

Болезни ЛОР-органов

Ринит

Основные точки: AT16II — полость носа; AT13II — надпочечник; AT33VI — лоб + AT101XVI — легкое.

Ринит атрофический

Основные точки: AT16II — полость носа; AT13II — надпочечник; AT33VI — лоб.

Ринит аллергический

Основные точки: AT16II — полость носа; AT13II — надпочечник; AT33VI — лоб; AT22IV — железы внутренней секреции.

Фарингит хронический

Основные точки: AT15II — горло и гортань; AT55X — шэнь-мэнь; AT100XVI — сердце, первая; AT22VI — железы внутренней секреции + AT101XVI — легкое, AT27V — гортань и зубы.

Болезнь Меньера

Основные точки: AT95XV — почка; AT55X — шэнь-мэнь; AT29VI — затылок; AT9I — внутреннее ухо + AT34VI — кора головного мозга; AT87XIV — желудок.

Дегенерация (неврит) слухового нерва

Основные точки: AT95XV — почка; AT29VI — затылок; AT9I — внутреннее ухо; AT20III — наружное ухо.

Ларингит хронический

Основные точки: AT15II — горло и гортань; AT55X — шэнь-мэнь; AT100XVI — сердце, первая; AT22IV — железы внутренней секреции.

Глазные болезни

Конъюнктивит аллергический

Основные точки: AT8I — глаза, первая; AT97XV — печень; AT29VI — затылок; AT22IV — железы внутренней секреции.

Конъюнктивит катаральный

Основные точки: AT8I — глаза, первая; AT97XV — печень.

Глаукома

Основные точки: AT95XV — почка; AT97XV — печень; AT246IV — зрение, первая; AT81 — глаза, первая.

Неврит зрительного нерва

Основные точки; AT95XV — почка; AT97XV — печень; AT98XV — селезенка.

Болезни кожи и подкожной клетчатки

Чешуйчатый лишай

Основные точки: AT101XVI — легкое; AT29VI — затылок; AT55X — шэнь-мэнь, а также точка, соответствующая пораженной области.

Экзема

Основные точки: AT101XVI — легкое; AT22IV — железы внутренней секреции; AT29VI — затылок; AT13II — надпочечник; AT91XIV — толстая кишка.

Себорейный дерматит

Основные точки: AT101XVI — легкое; AT22IV — железы внутренней секреции; AT98XV — селезенка; AT29VI — затылок; AT13II — надпочечник.

Фурункулез

Основные точки: точка, соответствующая области поражения; AT101XVI — легкое; AT22IV — железы внутренней секреции; AT29VI — затылок; AT13II — надпочечник.

Потница

Основные точки: AT101XVI — легкое; AT22IV — железы внутренней секреции; AT29VI — затылок; AT13II — надпочечник; AT51IX — симпатическая нервная система.

Фолликулит

Основные точки: точка, соответствующая пораженной области; AT101XVI — легкое; AT29VI — затылок; AT22IV — железы внутренней секреции; AT13II — надпочечник.

Зуд половых органов

Основные точки: AT79XII — наружные половые органы; AT55X — шэнь-мэнь; AT101XVI — легкое; AT22IV — железы внутренней секреции; AT29VI — затылок.

Вспомогательная точка: AT13II — надпочечник.

Болезни эндокринной системы

Тиреотоксикоз (легкая форма)

Основные точки: AT45VII — щитовидная железа; AT22IV — железы внутренней секреции; AT28VI — гипофиз; AT55X — шэнь-мэнь.

Диабет несахарный

Основные точки: AT28VI — гипофиз; AT22IV — железы внутренней секреции; AT51IX — симпатическая нервная система; AT55X — шэнь-мэнь.
Вспомогательные точки: AT95XV — почка; AT92XV — мочевого пузыря.

Эндокринная дисрегуляция

Основные точки: AT22IV — железы внутренней секреции; AT28VI — гипофиз; AT34VI — кора головного мозга; AT95XV — почка + AT32VI — яичко (у мужчин), AT23IV — яичник (у женщин).

*Болезнь передвижения**(симптомокомплекс «укачивания»)*

Ухоиглоукалывание при этом проводится не только с лечебной но и с профилактической целью.

Основные точки: AT112VII — укачивания; AT29VI — затылок; AT87XIV — желудок; AT91 — внутреннее ухо; AT55X — шэнь-мэнь; AT121XII — малый затылочный нерв.

Вспомогательная точка: AT20III — наружное ухо.

Наркомании

Алкоголизм

Основные точки: AT29VI — затылок; AT33VI — лоб; AT34VI — кора головного мозга; AT121XII — малый затылочный нерв; AT55X — шэнь-мэнь.

Рекомендуемые сочетания**аурикулярных точек по симптомам**

306¹ Специфические симптомы, неклассифицированные где-либо в других рубриках.

306.4. Специфические нарушения сна. Гиперсомния: AT35VI — тай-ян, AT113VI — возбуждение.

306.5. Нарушение питания. Неврогенное отсутствие аппетита: AT87XIV — желудок; AT95XV — почка; AT104XVI — три части туловища.

306.6. Головная боль (цефалгия) неорганического происхождения: AT92XV — мочевого пузыря; AT121XII — малый затылочный нерв;

¹ Указанные цифровые индексы соответствуют цифровым обозначениям, приводимым в «Руководстве по международной статистической классификации болезней, травм и причин смертей». Т. 1.—М., 1968.

АТ34VI — кора головного мозга; АТ29VI — затылок; АТ36VI — вершина черепа; АТ33VI — лоб; АТ35VI — тай-ян; АТ55X — шэнь-мэнь. Боли в лобной части головы: АТ87XIV — желудок; АТ33VI — лоб.

Симптомы и не точно обозначенные состояния

780. Некоторые симптомы, относящиеся к нервной системе и органам чувств.

780.3. Патологические произвольные движения.

Гемиспазм лицевой: АТ111 — скула (щека); АТ55X — шэнь-мэнь, АТ34VI — кора головного мозга; АТ35VI — тай-ян.

Спазмы диафрагмы: АТ55X — шэнь-мэнь; АТ34VI — кора головного мозга; АТ82XIII — диафрагма.

Спазм сосудистый: АТ115VII — тепла; АТ100XVI — сердце, первая; АТ511X — симпатическая нервная система; АТ34VI — кора головного мозга; АТ29VI — затылок; АТ101XVI — легкое; АТ55X — шэнь-мэнь; АТ511X — симпатическая нервная система.

780.5. Расстройство слуха (шум, звон в ушах), кроме глухоты: АТ29VI — затылок; АТ91 — внутреннее ухо; АТ20III — наружное ухо; АТ95XV — почка.

782. Симптомы, относящиеся к сердечно-сосудистой и лимфатической системе.

782.1. Сердцебиение: АТ34VI — кора головного мозга; АТ511X — симпатическая нервная система; АТ100XVI — сердце, первая; АТ55X — шэнь-мэнь; АТ89XIV — тонкая кишка.

782.2. Тахикардия: АТ100XVI — сердце, первая; АТ55X — шэнь-мэнь; АТ34VI — кора головного мозга; АТ511X — симпатическая нервная система; АТ89XIV — тонкая кишка.

782.9. Шок без упоминания о травме: АТ13II — надпочечник; АТ25V — ствол мозга; АТ34VI — кора головного мозга. Недостаточность периферического кровообращения: АТ22IV — железы внутренней секреции; АТ13II — надпочечник; точка, соответствующая области поражения.

783. Симптомы, относящиеся к органам дыхания.

783.0 Носовое кровотечение: АТ16II — полость носа; АТ13II — надпочечник; АТ33VI — лоб; АТ78XII — верхушка уха (надавливать на эту точку).

783.1. Кровохарканье: АТ82XIII — диафрагма; АТ83XIII — разветвление.

783.2. Одышка: АТ55X — шэнь-мэнь, АТ100XVI — сердце, первая; АТ42VII — грудь; АТ29VI — затылок; АТ101XVI — легкое.

783.3. Кашель: АТ31VI — регулирующая дыхание; АТ13II — надпочечник; АТ29VI — затылок; АТ101XVI — легкое; АТ55X — шэнь-мэнь.

783.5. Нарушение фонации (афония, хрипота): АТ15II — горло и гортань; АТ100XVI — сердце, первая; АТ101XVI — легкое; АТ55X — шэнь-мэнь + АТ22IV — железы внутренней секреции.

784. Симптомы, относящиеся к верхнему отделу пищеварительного тракта.

784.1. Тошнота и рвота: АТ87XIV — желудок; АТ55X — шэнь-мэнь; АТ29VI — затылок; АТ511X — симпатическая + АТ34VI — кора головного мозга; АТ85XIV — пищевод или АТ98XV — селезенка; АТ87XIV — желудок, 29VI — затылок; АТ511X — симпатическая нервная система + АТ34VI — кора головного мозга; АТ35VI — тай-ян.

785. Симптомы, относящиеся к органам живота и нижнему отделу пищеварительного тракта.

785.4. Метеоризм: АТ99ХV — асцит; АТ89ХIV — тонкая кишка; АТ91ХIV — толстая кишка; АТ87ХIV — желудок; АТ511Х — симпатическая нервная система + 43VII — живот; АТ104ХVI — три части туловища; АТ83ХIII — разветвление.

786. Симптомы, относящиеся к мочеполовой системе.

786.0. Боли, относящиеся к мочевой системе (колики): АТ34УI — кора головного мозга; АТ109ХVIII — нижняя часть живота; АТ55Х — шэнь-мэнь; АТ80ХII — мочеиспускательный канал; АТ92ХV — мочевой пузырь; АТ95ХV — почка; АТ114VII — внешний живот.

786.1. Задержка мочи: АТ95ХV — почка; АТ92ХV — мочевой пузырь; АТ511Х — симпатическая нервная система; АТ79ХII — наружные половые органы + АТ34VI кора головного мозга.

786.3. Учащенное мочеиспускание: АТ55Х — шэнь-мэнь; АТ80ХII — мочеиспускательный канал; АТ95ХV — почка.

787.3. Боль в суставе (артралгия).

Боли в локтевом суставе: АТ66ХI — локоть.

Боли в плечевом суставе: АТ63ХI — ключица; АТ64ХI — плечевой сустав; АТ65ХI — плечо; АТ83 ХIII — разветвление.

Боли в тазобедренном суставе: АТ50VIII — тазобедренный сустав.

Боли в коленном суставе: АТ49VIII — коленный сустав; АТ116VIII — колено.

Боли в голеностопном суставе и стопе: АТ46VIII — пальцы ноги; АТ47VIII — пятка; АТ48VIII — голеностопный сустав.

788. Другие общие симптомы.

788.1. Гипергидроз: АТ511Х — симпатическая нервная система; АТ101ХVI — легкое; АТ22IV — железы внутренней секреции; АТ29VI — затылок; АТ13II — надпочечник.

790. Нервозность и астения.

790.1. Астения и чрезмерная утомляемость: АТ95ХV — почка.

Глава

Х

Иглоаналгезия

§ 1 История вопроса и общая характеристика иглоанальгезии

Иглоанальгезия возникла на базе традиционной иглотерапии. Уже давно было известно, что уколы в некоторые точки, например, в точку 16II цзюй-гу, позволяли значительно снизить дозы наркотического анальгетика при экстракции зубов, причем введение игл в точки и постоянные повороты их вызывали снижение болевой чувствительности на определенном участке тела. Было высказано предположение, что можно достигнуть «анестезии» не только кожи, но и внутренних органов. В 1958 г. в КНР была произведена первая хирургическая операция с применением иглоукальвания в качестве операционной анестезии.

Развитию иглоанальгезии на Западе способствовали научные командировки анестезиологов и врачей других специальностей из различных стран Европы и Америки в КНР, где они познакомились с практическим использованием иглоанальгезии в хирургической практике и опубликовали в медицинской печати подробные отчеты о результатах своих наблюдений.

23 октября 1971 г. в Марсельском госпитале была произведена первая в Европе хирургическая операция (удаление синовиальной кисты пальца) с применением иглоанальгезии, которую осуществил известный специалист в области иглорефлексотерапии Nguen Van Nghi. По его данным, к маю 1973 г. во Франции было произведено 50 оперативных вмешательств с применением иглоанальгезии.

§ 2 Предоперационная подготовка больного

Применение иглоанальгезии требует специальной подготовки больного. Эта подготовка ставит своей целью по мере возможности уменьшить беспокойство, которое испытывает больной перед хирургическим вмешательством. Большинство специалистов считают целесообразным информировать больного о реальных возможностях иглоанальгезии, убедить его в том, что риск болевых ощущений невелик и компенсируется уменьшением операционного риска, исключением возможных осложнений фармакологической анестезии и благоприятным течением послеоперационного периода.

Большое внимание предоперационной подготовке больных уделяет французская школа анестезиологов. Е. Н. Niboyet (1973) отмечает необходимость сообщить больному, что все будет подготовлено для немедленного перехода к классической анестезии в случае непереносимой боли или даже при слишком большом страхе и других эмоциональных реакциях в ходе операции. Важно предупредить больного об ощущениях, которые будут возникать во время операции. Например, в результате электрического стимулирования точек акупунктуры (электроиглоанальгезия) больной испытывает неприятные, слегка болезненные ощущения распирания, подергивания, что является показателем начала обезболивания. Детально

описываются естественные ощущения больного, чаще всего неприятные, но не слишком болезненные. Так, ощущение ожога возникает во время насечки, а при операциях на брюшной полости — ощущение рези в желудке. По мнению Е. Н. Nibojet (1973), необходимо рассказать о явлениях, которые могут иметь место, несмотря на опыт хирурга, и объяснить, как они будут ликвидированы. Например, если ощущение рези становится болезненным и вызывает тошноту, вводят небольшую дозу новокаина, что бывает обычно достаточно эффективным.

Чрезмерное беспокойство, волнение больного могут явиться противопоказанием для иглоанальгезии. Для уменьшения общего беспокойства больного в предоперационном периоде и в процессе самой операции применяется акупунктура в соответствующие точки.

Китайские специалисты рекомендуют для этого следующие точки:

H28 — 27XIII,
27XIII — дуй-дуань — введение иглы косое, в направлении головы;
26XIII — жэнь-чжун — иглу вводят глубоко в направлении лба;
AT55X — шэнь-мэнь — полагают, что эта точка имеет эффективное психотропное действие.

Имеются указания о целесообразности проведения пробной иглоанальгезии и проверки ее эффективности определением болевой чувствительности в зоне предстоящего хирургического вмешательства. Необходимость такой пробы обусловлена тем, что у определенной части больных иглоанальгезия оказывается неэффективной. Кроме того, есть мнение о целесообразности пробной иглоанальгезии в связи с возможностью уменьшения анальгетического действия в день операции.

При проведении предоперационной подготовки учитывается «физиологическая предрасположенность» к иглоанальгезии.

Изучение «физиологической предрасположенности» проводится тестом, называемым «тхи». Это название принято и используется также для обозначения ощущения набухания, неприятного онемения, которое чувствуется на месте укола и распространяется вдоль более или менее значительной части линии (меридиана).

У больного, которого будут оперировать с обезболиванием иглоукалыванием, за несколько дней до операции выбирают точку, обладающую таким же действием, что и точка воздействия, предполагаемая для использования во время операции, но которая анатомически не связана с областью операции. Например, больному, у которого собираются удалить мениск коленного сустава, проводят тест на точке 4II хэ-гу. В этой точке исследуют наличие или отсутствие «тхи». Если «тхи» легко возникает у больного, то очень вероятно, что у него будет достигнута удовлетворительная анальгезия. Если, напротив, больной не испытывает «тхи», то иглоанальгезия вероятнее всего окажется неэффективной.

В случае применения иглоанальгезии «в чистом виде», т. е. когда она является основным и самостоятельным методом анестезии, важно добиться сотрудничества с больным. Больной в период операции сохраняет ясное сознание и может характеризовать испытываемые ощущения и выполнять инструкции хирурга. К этому больного надо подготовить. При операциях на грудной клетке для уменьшения ощущения удушья больного переводят на брюшное дыхание. В этих случаях в предоперационную подготовку должно быть включено обучение этому виду дыхания. За несколько дней до операции больного учат выполнять упражнения, близкие к восточной дыхательной гимнастике, называемой чи-кун. Они состоят в следующем. Сначала

глубокое брюшное дыхание производится с частотой около 10 раз в 1 мин и продолжается в течение 5 мин, а затем в последующие дни время упражнений увеличивается. Затем продолжают те же тренировки с мешком песка на груди; массу песка ежедневно увеличивают, постепенно доводя ее до 10 кг и более.

В момент вскрытия грудной полости больной ощущает выраженное чувство тяжести — «расплющивание». Натренированный вышеописанным методом больной меньше ощущает «расплющивание» и продолжает глубокое брюшное дыхание.

В зависимости от вида оперативного вмешательства контакт с больным носит различный характер, но больной должен быть заранее информирован о действиях, которые ему может предложить выполнить в процессе операции хирург (шевелить пальцами рук во время операции, производить движения глазами яблоками и др.).

Помимо психологической подготовки больного, в ряде случаев в зависимости от объема оперативного вмешательства, состояния больного и опыта специалистов может применяться медикаментозная подготовка. Речь идет не о классической медикаментозной подготовке к операции, а преимущественно о назначении средств, снимающих эмоциональное напряжение и чувство беспокойства.

В ряде европейских клиник изучается и обсуждается вопрос о целесообразности и характере медикаментозной подготовки. Е. Н. Nibouet (1973), например, считает, что нет разницы в эффективности иглоанальгезии с предшествующей медикаментозной подготовкой и без нее. Некоторые специалисты отмечают даже снижение эффективности иглоанальгезии при дополнительном применении медикаментов, в связи с чем считают премедикацию излишней.

При использовании иглоанальгезии больной остается в сознании в течение всей операции и физиологические функции при достаточной аналгезии не должны выходить за нормальные пределы. Большая часть ощущений, кроме болезненных, сохранена — одни полностью, другие несколько изменены. Тактильная чувствительность всегда сохранена и не кажется измененной. Ощущение давления также сохраняется и воспринимается иногда обостренно. Растяжение становится слегка болезненным. Тепловые ощущения сохраняются, но в измененном виде. Мышечный тонус не уменьшается, а в ряде случаев возрастает, что может становиться помехой при внутрибрюшных операциях.

Эффект иглоанальгезии наступает через некоторый латентный период после начала раздражения точек акупунктуры. Судя по данным литературы, этот период длится от 20 до 40 мин.

Размеры анатомической области, где происходит обезболивание, вероятно, зависят главным образом от сочетания используемых точек воздействия. В одной и той же зоне обезболивание может быть вызвано воздействием на разные акупунктурные точки и разными способами. Некоторые точки, как, например, 4 II хэ-гу, имеют общее действие и широко применяются, другие, как 5 III да-ин, применяются значительно реже. Степень обезболивания зависит не только от использования точек, но и от ряда других факторов. При прочих равных условиях в разных тканях эффект иглоанальгезии неодинаков. Наиболее рефрактерными являются надкостница, брюшина и кожа.

Точность предоперационного выбора точек для воздействия при иглоанальгезии в чистом виде приобретает особенно важное значение, так как хирург не сможет изменить тактику во время операции. Акупунктура в другие

точки потребует определенного временного промежутка, и анестезиолог должен в этих случаях переходить на медикаментозный наркоз.

Хирургические клиники нашей страны и некоторых европейских стран негативно оценивают факт полного сохранения сознания оперируемого больного при использовании иглоанальгезии. Принципиальные противники «присутствия больного на собственной операции» применяют и продолжают изучать иглоанальгезию в качестве компонента комбинированной анестезии.

С определенной уверенностью можно предположить дальнейшее распространение и развитие иглоанальгезии. Основанием для подобных предположений служат все еще существующие недостатки различных способов анестезии, при которых на центральную нервную систему и паренхиматозные органы оказывается нежелательное токсическое воздействие наркотических средств. Все сказанное объясняет многочисленные поиски эффективных и безопасных методов анестезии. Практически не вызывающая осложнений иглоанальгезия представляется перспективным методом анестезии в хирургической клинике.

§ 3. Методика проведения и оценка эффективности иглоанальгезии

Иглоанальгезия может быть выполнена несколькими приемами, в связи с чем может быть выделена ручная акупунктура, пунктурная и «инъекторная» иглоанальгезия и электроиглоанальгезия.

Ручная иглоанальгезия

Традиционная процедура иглоанальгезии — манипуляция иглой вручную. Применяются несколько типов игл: короткие, для ушной раковины (диаметр 0,2 мм, длина 30 мм), средние (диаметр 0,2—0,3 мм, длина около 50—70 мм) и длинные (диаметр 0,3 мм, длина 130—150 мм). Применяются, как правило, посеребренные иглы из гибкой нержавеющей стали, которые стерилизуют кипячением.

Иглу держат I, II и III пальцами, опираясь на IV согнутый палец у места предполагаемого введения иглы; II и III пальцы придают игле восходящие и нисходящие движения (вверх-вниз), I палец — вращательное движение.

Комбинация вращательного, восходящего и нисходящего движений иглы не только позволяет поддерживать необходимое состояние, но и предотвращает появление геморрагии из места укола.

Размах движений иглы вверх-вниз варьируется от 0,5 до 1 см. Если необходима более сильная стимуляция, то амплитуду увеличивают до больших размеров и наоборот.

Степень поворота иглы от 90 до 360°, частота движений — от 120 до 150 в минуту.

Глубина введения иглы зависит от толщины кожных покровов больного, его индивидуальной чувствительности и типа хирургического вмешательства. Направление иглы также определяется главным образом характером хирургического вмешательства.

Иглы могут быть введены перпендикулярно к коже или под углом. Таким образом иглу вводят в точки, расположенные на спине и конечностях. В точки, расположенные вблизи паховой области, иглы вводят почти горизонтально. Параллельно разрезу кожи, обозначенному хирургом обычно заранее, иглы вводят всегда подкожно. Эти подкожные иглы остаются, как и все другие, на месте до полного окончания операции. Иногда приходится извлекать иглы раньше, если они расположены на конечностях и могут помешать хирургу. Как и во всех случаях лечения иглоукальванием, после введения иглы производят движения вверх—вниз и обратно, чередуя их с поворотами до тех пор, пока иглы не будут крепко «схвачены» кожей. Если они легко поворачиваются в коже (восточная медицина образно называет это «колоть в творог») и больной не чувствует «набухания» или «онемения», эффект иглоанальгезии не наступит.

Длительность манипуляций следующая: от начала введения иглы до начала операции в среднем 20—30 мин. Общая длительность манипуляции с иглой — от начала до конца операции зависит от характера, объема оперативного вмешательства и индивидуальной чувствительности больного. Если операция не сопровождается сильными болевыми ощущениями, то манипуляции с иглой можно периодически прекращать. Анестезиолог оставляет иглы в точке укальвания с тем, чтобы в ходе операции в нужные для хирурга моменты продолжать обезболивающий эффект.

Сила, с которой производятся манипуляции иглой, зависит как от особенностей организма больного, так и от характера хирургического вмешательства. Однако не отмечено прямой зависимости между движениями иглы и эффектом анестезии.

Следует подчеркнуть, что в начале развития иглоанальгезии использовали много точек акупунктуры и требовался многочисленный персонал, который должен был манипулировать этими иглами. Затем число точек, (а следовательно, и игл) было значительно уменьшено — до четырех и даже одной. Е. Н. Nibouet подчеркивает, что параллельно с уменьшением количества точек, проникновение игл в ткань стало более глубоким.

Электроиглоанальгезия

Иглоанальгезия для манипуляции руками довольно утомительна. Анестезиолог должен, как указано выше, в течение всей операции стимулировать точки путем пунктирования и поворота игл. Кроме того, высказывалась точка зрения, что повороты игл в течение длительного времени могут травмировать окружающие ткани, в частности нервные стволы, вызывать воспалительные процессы. Были предложены приспособления и аппараты, заменяющие ручное раздражение. Наиболее распространенными являются аппараты для электрической стимуляции точек акупунктуры в процессе иглоанальгезии. Так возникла электроиглоанальгезия, которая получила наибольшее распространение.

Манипуляции с иглами производятся так же, как и при иглотерапии: добиваются предусмотренных ощущений в виде «набухания» и «онемения». У игл, которые могут гнуться в зависимости от положения больного и места их имплантации, следует изолировать ту часть иглы, которая не проникает в кожу больного. На кожу наклеивают липкий пластырь длиной, равной длине свободной части иглы. На пластыре фиксируют электрод, и наклоняют иглу к пластырю. Затем ее накрывают другим кусочком пластыря, что обеспечивает удовлетворительную изоляцию иглы от кожи.

После того как все иглы будут введены и при необходимости изолированы от кожи, их соединяют попарно с одним из выходов стимулятора. Для этого фиксируют на их ручках специальный зажим, и заботятся от том, чтобы провода не были натянуты. Ток подают одновременно ко всем иглам. Начинают с очень слабого напряжения и очень низкой частоты. Практически едва поворачивают ручки потенциометров. Понемногу увеличивают вольтаж и частоту до появления у больного неприятного ощущения. Некоторое время выдерживают уровень. После привыкания больного к этим ощущениям снова начинают увеличивать вольтаж и частоту. При операциях на конечностях таким образом достигают частоты в несколько герц (до 60 Гц для подкожных игл) и напряжения приблизительно 160 В. Надо отметить, что если при постоянном токе больной с большим трудом выдерживает напряжение более 15 В, то совсем иная картина наблюдается, когда применяют ток очень короткими импульсами.

Обычно больной продолжает чувствовать в месте имплантации игл (а не в зоне, которая должна быть анальгезирована) ощущение набухания, напряжения, болезненного онемения, которое распространяется более или менее далеко вдоль меридиана, на котором помещается игла. Это предвещающее анальгезию ощущение «тхи» должно быть отмечено у больного до начала операции. Примерно через полчаса обычно наступает достаточная анальгезия, в чем, однако, необходимо убедиться.

После подхода к глубоким областям, следует снизить вольтаж и частоту. Их оставляют минимальными, но быстро увеличивают, если больной ощущает дискомфорт.

Во время операции анестезиолог при необходимости может быть в постоянном контакте с больным, контролировать его эмоциональные реакции. Следует также массировать некоторые точки головы, особенно когда операция длительная: например, ВМЗ или 23(21)Х сы-чжу-кун и другие точки.

Когда операция подходит к концу, анестезиолог должен снова увеличить показатели частоты и напряжения до той же величины, что была вначале, поскольку наложение кожного шва также весьма болезненно.

Эта «стандартная» техника иногда изменяется. Некоторые анестезиологи в течение операции используют для стимуляции импульсы одинаковой частоты, считая, что такой метод лучше всего переносится больными и наиболее эффективен.

Есть и другое мнение. Считается, что больной относительно быстро привыкает к току, со временем степень анальгезии уменьшается или может уменьшиться. При длительных операциях, чтобы избежать этой «адаптации» больного, нужно через 1 или 1 1/2 ч сменить «постоянную модуляцию» «прерывистой»; серию импульсов подают с различной частотой и приостановками. Такая «прерывистая модуляция» рекомендуется для коротких операций.

Описанные методические различия свидетельствуют о том, что вопрос метода стимуляции находится в стадии изучения.

Игнъекторная иглоанальгезия

Этот вид иглоанальгезии находит небольшое практическое использование. В определенные промежутки времени для стимуляции точек акупунктуры вводят от 2 до 5 мл жидкости. Одновременно в каждую точку вводят 0,1—0,2 мл жидкости (дистиллированная вода, 5% раствор глюкозы,

растворы новокаина, витамина В₁₂, экстракты растений). Анестезия продолжается около 20 мин. Обезболивающий эффект продолжается около 1 ч. Такой способ иглоанальгезии может быть использован при операциях на ухе. В литературе имеются указания об инъекции морфия в точку АТ55Х — шэнь-мэнь.

Можно добиться некоторого временного обезболивания сильным нажатием пальца в определенные точки акупунктуры, например, 4П хэ-гу. Е. Н. Niboyet отмечает возможность использования этого приема лишь при экстракции зубов. В этом случае, однако, более правильно говорить о «прессопунктуре», а не об акупунктуре.

Оценка эффективности иглоанальгезии

Для оценки показателей эффективности иглоанальгезии разработана шкала четырех степеней. Высокий показатель эффективности аналгезии находится в пределах I—III степеней.

I степень соответствует отличному эффекту аналгезии. Больной спокоен и обычно не чувствует боли, за исключением небольшой боли в отдельные моменты операции. Артериальное давление, пульс и дыхание нормальны или только слегка изменены, никакого дополнительного местного обезболивания обычно не требуется.

II степень обозначает хороший эффект аналгезии. Критерии такие же, как и при I степени, но больной может тихо стонать от боли, и у него наблюдаются небольшие изменения артериального давления, частоты пульса и дыхания. Время от времени применяется местное обезболивание.

III степень оценивает эффект аналгезии как удовлетворительный. Больной чувствует обычно некоторую боль, но операция все же может быть закончена без дополнительной дозы аналгетиков. При этом требуется более интенсивное местное обезболивание.

IV степень указывает на слабый эффект аналгезии. Больной чувствует значительную боль, у него наблюдаются выраженные изменения артериального давления, пульса и дыхания, что требует переключения на обычные методы анестезии.

Следует отметить, что в различных лечебных учреждениях, даже в пределах одной страны, используют разные сочетания точек акупунктуры при одних и тех же операциях.

§4. Принципы выбора

точек акупунктуры для иглоанальгезии

Выбор точек может проводиться в соответствии с древневосточными концепциями, клиническими наблюдениями или, как отмечает Е. Н. Niboyet, с учетом данных статистического анализа эффективности отдельных точек акупунктуры.

Выбор точек в соответствии

с традиционными древневосточными теориями

Обязательным условием эффективного проведения иглоанальгезии является правильный выбор точки воздействия. Точки могут быть выбраны на меридианах, путь которых проходит через область, где должен

производиться разрез, или рядом с ней. Можно также использовать точки, расположенные на меридианах, которые имеют связь с местом операции. Так, для легочных операций часто используют точки, расположенные на меридиане I (легких), 71 ле-цзюе. Для гастроэктомии используют точку 12XIV чжун-вань, так как она точка-глашатай меридиана III (желудка) и обладает специфическим действием в эпигастральной области.

Можно также использовать свойства поверхностных ходов меридианов (ян), которые пересекаются глубокими ходами меридианов (инь). Так, при легочных операциях можно использовать 4II хэ-гу, поскольку меридиан толстого кишечника, на котором она находится, пересекается с меридианом легких.

Можно воздействовать и на точки акупунктуры, приносящие облегчение болей, расположенные в области предстоящей операции.

Выбранные таким образом точки чаще всего дают эффективную аналгезию. Нельзя недооценивать эти методы, которые привели к открытию аналгезии иглоукалыванием. Однако использование данных точек акупунктуры дает анестезию не во всех случаях.

Выбор точек с учетом данных статистического анализа их эффективности

Этот метод заключается в клинико-экспериментальном изучении аналгетического действия отдельных точек. Только после этого каждая точка применяется в операции.

Аналгезия иглоукалыванием может быть достигнута при выборе только аурикулярных точек или одновременно аурикулярных и корпоральных либо только корпоральных точек.

Из 525 операций, проведенных в Пекинской ветеринарной больнице с 1970 г. (на голове, шее, груди, брюшной полости), анестезия I степени была достигнута в 30%, II степени в 40%, III степени — в 25% и IV степени — в 5% случаев.

Эти исследования подтверждают мнение большинства специалистов о том, что эффект иглоанальгезии не может быть объяснен только внушением. Е. Н. Niboyet рассматривает иглоанальгезию как новое физиологическое явление. И с этих позиций можно рассматривать факторы, обуславливающие эффективность иглоанальгезии.

§ 5. Электроиглоанальгезия — компонент общей комбинированной анестезии

Необходимо еще раз подчеркнуть, что все изложенное выше касается обезболивания иглоукалыванием в так называемом чистом виде, т. е. в условиях сохраненного сознания больного. Разумеется, иглоанальгезия может быть применена в таком виде при наличии показаний.

В отечественной литературе имеются сведения об использовании электроиглоанальгезии при 12 тиреоидэктомиях и 40 операциях на брюшной полости (Трещинский А. И., Басманов С. Н., 1977, 1978), 16 тонзиллэктомиях (Заславский С. Я., Аснес С. В., Толчинский В. В., 1977) и

12 случаях применения иглоанальгезии при стоматологических вмешательствах (Бургонский В. Г., 1977).

Наиболее подробно методика электроиглоанальгезии представлена С. Н. Басмановым (1978). Он описывает методики, примененные у больных с сохранением сознания, которым выполняли тиреоидэктомию, аппендэктомию и грыжесечения. Электроиглоанальгезия была использована в сочетании с местной анестезией. Накануне операции больному объясняли сущность предстоящей методики обезболивания. Совершенно необходима, подчеркивает автор, атмосфера полного доверия, дружеского контакта. Иногда имеет смысл предварительно (за день, два) ввести иглы в те точки акупунктуры, которые будут использованы, вызвать у больного те специфические ощущения, которые он будет испытывать во время операции.

Премедикация не стандартная — морфин, аминазин противопоказаны. Может быть применен анальгин в дозе 8 мг/кг массы тела.

При тиреоидэктомиях иглы вводят в аурикулярные точки АТ22IV — железы внутренней секреции, АТ34VI — кора головного мозга, АТ51IX — симпатическая, АТ55X шэнь-мэнь и соединяют с электрическим генератором следующим образом: АТ22IV — железы внутренней секреции и АТ34VI — кора головного мозга с одним выходом генератора, а АТ51IX — симпатическая и АТ55X — шэнь-мэнь — с другим. Таким же образом соединяют с генератором и иглы, введенные в точки другой ушной раковины.

При аппендэктомиях и паховых грыжесечениях справа иглы вводят в точки 21VII вэй-шу и 22VII сань-цзяо-шу, 6IV сань-инь-цзяо и 9IV инь-линь-цюань правой стороны тела, в аурикулярные точки АТ51IX — симпатическая и АТ55X — шэнь-мэнь обеих ушных раковин. Соответственно попарно они соединяются с выходами генератора.

Если больному предстоит операция по поводу паховой грыжи слева, то следует применять электроиглоанальгезию одноименных точек тоже слева.

Иглы, введенные в корпоральные точки, фиксируют к коже липким пластырем, затем включают генератор электрических импульсов. Амплитуду и частоту импульсов повышают постепенно, чтобы электрическое воздействие было достаточно интенсивным на всем протяжении индукции.

Индукция — введение в анальгезию — длится не менее 30 мин. К ее окончанию хирурги производят обработку операционного поля. Больные ощущают ритмичную пульсацию в местах введения игл. В большей или меньшей степени наблюдается сокращение мышц, в которые введены иглы.

Амплитуду импульсов повышают до возникновения у больного неприятных ощущений. При их появлении амплитуду несколько уменьшают так, чтобы ощущения перестали быть болезненными, однако оставались достаточно интенсивными. Через некоторое время амплитуду приходится увеличивать вновь, так как ощущения больного ослабевают. Таким же образом следует увеличивать и частоту импульсов.

Через 5—10 мин после начала электрического воздействия у больных появляется чувство «ползания мурашек», онемения, тепла в местах введения игл. В большей части случаев перед кожным разрезом требуется инфильтрация кожи местным анестетиком. Если в ходе операции больной испытывает значительную боль, хирург дополнительно вводит в ткань местный анестетик.

Интенсивность воздействия (амплитуда и частоты импульсов) несколько снижают в менее травматические моменты оперативного вмешательства и повышают снова, когда это требуется.

Проведение электроглоанальгезии в послеоперационном периоде не имеет принципиальных отличий от операционного обезбоживания. Для лечения болевого синдрома у больных после оперативных вмешательств на органах грудной клетки С. Н. Басманов (1978) рекомендует использовать аурикулярные точки AT51X — симпатическая, AT55X — шэнь-мэнь, AT87XIV — желудок, AT101XVI — легкое. Большинство западных анестезиологов не разделяют оптимизма восточных исследователей традиционного толка.

Работы последних лет направлены на изучение возможности использования электроглоанальгезии как компонента общей комбинированной анестезии.

В нашей стране над этой проблемой успешно работают в отделении иглоанальгезии (руководитель Цибуляк В. Н.) ВНИИ клинической и экспериментальной хирургии (директор — академик Петровский Б. В.). Судя по большинству публикаций 1973—1977 гг., западноевропейские, американские и японские авторы также отдают предпочтение применению иглоукальвания в сочетании с общим обезбоживанием.

Как уже указывалось выше, для проведения обезбоживания в разных городах Китая, равно как и в разных странах Европы и Америки, применяют существенно отличающиеся друг от друга рецепты точек воздействия. Любопытен тот факт, что эффективность их приблизительно одинакова. Очевидно, в настоящее время не существует единого принципа формирования рецепта. При подборе точек Nguen Van Nghi выделяет два способа, обозначая их как «неврологический» и «энергетический». Первый метод основан на выборе точек, лежащих по ходу нервных стволов, иннервирующих оперируемую зону, второй — включает точки, расположенные на основных меридианах, пересекающих область операции, т. е. основывается на концепции традиционной медицины о циркуляции энергии. Так, согласно классической концепции, регуляторами гипотетической «энергии» в области кожи являются меридианы I (легкого) и IV (селезенки). Следовательно, воздействие на аналгетические точки этих меридианов должно вызвать гипоальгезию кожного покрова.

В работе С. Г. Кочиняна (1978) дается оценка эффективности применения электроакупунктуры в качестве аналгетического компонента общей комбинированной анестезии и проводятся усредненные композиции сочетания точек для большинства хирургических вмешательств. При этом был избран так называемый новый подход к составлению «набора БАТ», который заключается в том, «что из множества рецептов набора БАТ, предлагаемых для обезбоживания необходимой области, выбраны наиболее часто встречающиеся точки» (Кочинян С. Г., 1978).

С целью электроглоанальгезии применяли прибор «Элита-4»; величина силы тока не превышала 200 мкА; частота наведенной электростимуляции была от 2 до 20 Гц; воздействие отрицательной полярности длительностью 50 с, положительной — 1 с, что позволяло избежать электролиза иглы и возникновения вокруг нее «точечных ожогов».

Методика общей комбинированной анестезии заключается в следующем:

а) в палате за 40 мин до операции в точки 4V лин-дао, 61X нэй-гуань, 6X чжи-гоу, 8X сань-ян-ло, 41X си-мэнь вводят иглы, которые затем подключают к аппарату «Элита-4» и устанавливают значения силы и частоты тока, не вызывающие болезненных ощущений. Не прекращая воздействия тока на иглы, больного перевозят в операционную и продолжают стимуляцию в течение всего периода операции;

б) кроме электроиглоанальгезии, проводят общую анестезию, отличающуюся от повседневно проводимой сбалансированной анестезии тем, что вместо фракционного введения фентанила анальгезию поддерживают «электростимуляцией БАТ».

Критерием эффективности электроиглоанальгезии служат показатели гемодинамики, стабильно сохраняющиеся в пределах физиологической нормы в течение всего периода операции. О степени анальгетического эффекта судят по количеству дополнительно вводимого (по показаниям артериального давления и пульса) фентанила.

Эффективность анальгетического действия электроиглоанальгезии не зависела от пола, возраста, вида применяемого оперативного доступа.

Не вдаваясь в детали сбалансированного применения иглоанальгезии и средств общего обезболивания, отметим, что в настоящее время удается благодаря этому в 4 раза сократить дозу наркотического анальгетика. Большинство исследователей подчеркивают, что методика общей комбинированной анестезии с использованием электроиглоанальгезии обеспечивает стабильную гемодинамику, не нарушает кислотно-щелочного состояния организма, не оказывает влияния на функциональную активность клеточных структур.

§ 6. Иглоанальгезия в послеоперационном периоде

Иглоанальгезия применяется не только в качестве единственного или вспомогательного средства обезболивания во время выполнения оперативного вмешательства, но используется также для послеоперационного обезболивания.

Советские специалисты, занимающиеся вопросами рефлексотерапии, в настоящее время располагают уже значительным опытом иглоанальгезии для послеоперационного обезболивания.

Анализ многочисленных наблюдений проведенных в отделении иглоанальгезии ВНИИ клинической и экспериментальной хирургии Министерства здравоохранения СССР, позволил выработать определенную методику подготовки и процедуры иглоанальгезии в послеоперационном периоде (Бунятян А. А., Цибуляк В. Н., Лувсан Г., 1975, и др.).

Получив согласие больного на проведение процедуры, специалисты объясняют ему процесс акупунктуры и возможности метода. Первичному больному рекомендуется введение минимального количества игл.

Надо стремиться придать больному наиболее удобное положение в соответствии с его общим состоянием и возможностями функциональной кровати. Затем проводят идентификацию основных и вспомогательных точек воздействия, выбирают необходимые иглы с учетом конституциональных особенностей больного, топографии участка и глубины введения игл. Для иглоукалывания симметричных точек нужно пользоваться иглами одинакового размера. Очередность введения игл соблюдается в соответствии с общими правилами: в первую очередь вводят иглы в верхнюю часть тела, затем в нижнюю, сначала в область спины, затем в область живота, вначале более поверхностно, затем более глубоко.

В повседневной работе можно применять стандартные иглы для акупунктуры, выпускаемые промышленностью, диаметром от 0,2 до 0,5 мм из нержавеющей стали или серебра. Глубину укола, а соответственно и размер иглы варьируют в зависимости от расположения точки, толщины подкожной жировой клетчатки, направления укола, субъективных ощущений. Направление введения иглы выбирают с учетом хода меридиана и положения большого. При лечении болевого синдрома иглы вводят быстрыми вращательными движениями с небольшим наклоном против хода соответствующего меридиана. По мере возникновения предусмотренного ощущения постепенно усиливают раздражение. Добившись своеобразного ощущения нарастающей ломоты, иглу оставляют на 30—40 мин.

Продолжительность процедуры, как правило, регламентируется клиническим эффектом. Количество вводимых игл варьирует от 4 до 10.

Иглоанальгезия обычно производится через 2—4 ч после окончания оперативного вмешательства. В последующие часы для пролонгированного действия при необходимости акупунктуру повторяют либо после извлечения игл на те же точки накладывают пластины из серебра или нержавеющей стали сроком на 1—3 сут.

Иглы вводят в точки, расположенные вдоль меридианов, пересекающих область операционного шва. Кроме того, целесообразно проводить стимуляцию так называемых точек общего воздействия: после операций на органах грудной клетки иглы вводят в точки 4II хэ-гу, 6IX нэй-гуань или 5X вай-гуань; после операций на органах брюшной полости — в точки 36III цзу-сань-ли и 6IV сань-инь-цзяо.

Для усиления эффекта в ряде случаев показана электрическая стимуляция точек воздействия при помощи аппаратов.

В зависимости от вида вмешательства, оперативного доступа можно применять определенные сочетания точек (Бунятян А. А., Цибуляк В. Н., Лувсан Г., 1976).

После торакотомии (операции на легких, сердце и др.) рекомендуют использовать следующие точки: 7I ле-цюе, 1I чжун-фу, 13VII фэй-шу, 43(38)VII гао-хуан, 5X вай-гуань, 36III цзу-сань-ли, 4II хэ-гу, 6IX нэй-гуань, 8X сань-ян-ло.

После стернотомии (операции на сердце, переднем средостении) болевой синдром купируют, применяя точки: 22XIV тянь-ту, 7V шэнь-мэнь, 1I чжун-фу, 15VII синь-шу, 17VII гэ-шу, 6IX нэй-гуань.

После срединной лапаротомии (операции на желудке, пищеводе, двенадцатиперстной кишке и др.) раздражение можно осуществлять в точках: 4IV гунь-сунь, 12XIV чжун-вань, 15XIV цю-вэй, 25III тянь-шу, 20VII пи-шу, 21VII вэй-шу, 36III цзу-сань-ли, 4II хэ-гу.

После боковой лапаротомии (операции на печени, желчевыводящих путях) воздействуют на точки: 13XII чжан-мэнь, 63VII цзинь-мэнь, 3XII тай-чун, 24XI жи-юе, 21XI цзянь-цин, 36III цзу-сань-ли, 6IV сань-инь-цзяо, 4II хэ-гу, 34XI ян-лин-цюань.

При боковом внебрюшном доступе (операции на почках) иглы вводят в следующие точки: 13XII чжан-мэнь, 6VIII чжао-хай, 7VIII фу-лю, 23VII шэнь-шу или 24VII ци-хай-шу, 36III цзу-сань-ли, 6IV сань-инь-цзяо.

После аппендэктомии болевой синдром можно купировать, воздействуя на точки: 6VIII чжао-хай, 12XIV чжун-вань, 4XIV гуань-юань, 28XI вэй-дао, 25III тянь-шу, 36III цзу-сань-ли, 6IV сань-инь-цзяо.

После грыжесечения (паховая грыжа) применяются следующие точки: 22VII сань-цзяо-шу, 23VII шэнь-шу, 24VII ци-хай-шу, 4XIV гуань-юань, 6IV сань-инь-цзяо.

§ 7. Рекомендуемые сочетания точек акупунктуры для иглоанальгезии при некоторых операциях

В последние годы в связи со значительным ростом интереса к иглоукальванию, наблюдается широкое внедрение иглоанальгезии в самые различные клиники. Расширился перечень показаний к иглоанальгезии. Если в первые годы этот метод применялся лишь у лиц, страдающих непереносимостью к фармакопрепаратам, применяемым для аналгезии, и с сопутствующей сердечной патологией, то в последующем объем оперативных вмешательств с применением иглоанальгезии расширился. В настоящее время иглоанальгезия используется при сложных торакальных операциях, операциях на открытом сердце с искусственным кровообращением.

Представленные ниже сведения далеко не исчерпывающи, но они свидетельствуют о все более широком внедрении в хирургические клиники методов иглоанальгезии.

Рекомендуемые ниже сочетания точек воздействия представляют собой сводные данные, собранные из ряда руководств различных авторов.

Иглоанальгезия

при некоторых операциях на шее.

Тиреоидэктомия. Большинство специалистов отмечают эффективность иглоанальгезии при тиреоидэктомии при сочетании аурикулярных точек с корпоральными.

AT55X—шэнь-мэнь, AT511X—симпатическая; AT34VI—кора головного мозга; AT22IV—железы внутренней секреции; 4II хэ-гу, 20XI фэн-чи.

Отмечают, что самая важная точка, используемая для получения аналгезии при большинстве операций на шее, — 4II хэ-гу. Затем (по частоте применения): 6IX нэй-гуань, 36III цзу-сань-ли, 40III фэн-лун.

В КНР для тех же целей наиболее часто применяются следующие точки: 18II фу-ту или 4II хэ-гу, 6IX нэй-гуань, BM112 или 4II хэ-гу 6III цзя-чэ, 17X и-фэн, 20XI фэн-чи или AT55X—шэнь-мэнь, AT101XVI—легкое, AT15II—горло, AT41VII—шея.

Вьетнамские специалисты перечисляют следующие точки: 9III жэнь-ин, 17X и-фэн, 8X сань-ян-ло, 6IX нэй-гуань, 18II фу-ту.

Тонзиллэктомия. Эффективность иглоанальгезии в этих случаях признается большинством авторов, применяющих данный метод, которые рекомендуют точки: AT55X—шэнь-мэнь, AT101XVI—легкое, AT73XII—миндалина, первая, AT74XII—миндалина, вторая, AT75XII—миндалина, третья, AT10I—миндалина, четвертая, 4II хэ-гу, 1II шан-ян.

Nguen Van Nghi (1973) рекомендует при тонзиллэктомии использовать следующие точки: 4II хэ-гу, 44III нэй-тин, к которым добавляются или AT10I—миндалина, четвертая или 6III цзя-чэ.

Иглоанальгезия при удалении

доли или всего легкого (торакопластика)

При операциях этого вида используют аурикулярные точки: AT55X—шэнь-мэнь, AT511X симпатическая, AT101XVI—легкое, AT60X—астма, AT95XV почка, AT42VII—грудь;

— корпоральные точки: 4II хэ-гу, 6IX нэй-гуань; 8X сань-ян-ло и направление ее к точке 4IX си-мэнь; VM13; введение иглы в 5X вай-гуань и направление ее к 6IX нэй-гуань; введение иглы в 14II би-нао и направление ее к 14X цзянь-ляо. При этом в точку VM13 иглу вводят на глубину 1—1,5 см. Направление кончика иглы изменяется в зависимости от места разреза. Если разрез расположен на передней части грудной клетки, иглу следует направлять вперед вниз, но нельзя ее продвигать слишком сильно вперед, так как в противном случае будет возникать чрезмерная фибрилляция лицевых мышц и у больного появятся неприятные ощущения. Если надрез делается на дорсолатеральной стороне, кончик иглы должен направляться наклонно дорсально вниз с такой степенью, чтобы начали сокращаться мышцы спины (Nguyen Van Nghi, 1975).

Имеются однако, указания, что большинство хирургических больных в той или иной степени ощущают боль, когда пересекается костная ткань и плевра. Кроме того, после вскрытия грудной клетки в результате изменения внутригрудного давления появляется поверхностное дыхание и одышка.

При операциях на пищеводе рекомендуются следующие корпоральные точки: 4II хэ-гу, 6IX нэй-гуань (обе с левой стороны); 4II хэ-гу, 5X вай-гуань, 14II би-нао, 17X и-фэн (с левой стороны).

Иглоанальгезия

при некоторых абдоминальных операциях

В ряде случаев иглоанальгезия дает менее удовлетворительные результаты при операциях на брюшной полости. Брюшные мышцы часто недостаточно расслаблены, отмечается боль, когда сокращение мышц вызывает давление на внутренние органы, болезненное подтягивание за брыжейку.

Имеются сообщения о проведении гастроэктомии, аппендэктомии, холецистэктомии, грыжесечения и других вмешательств с использованием иглоанальгезии. В КНР применяется следующая методика обезболивания.

При верхней лапаротомии и резекции $\frac{2}{3}$ желудка четыре иглы располагаются следующим образом: 1-я на левой руке — 4II хэ-гу, 2-я по передней поверхности левого предплечья — 6IX нэй-гуань; 3-я на правой голени — 9IV инь-лин-цюань, 4-я на правой голени — 36III цзу-сань-ли.

Гастроэктомия. Аурикулярные точки (двустороннее введение) — AT55X шэнь-мэнь, AT101XVI легкое, AT51IX симпатическая, AT87XIV — желудок; корпоральные точки — 27XI у-шу, 25III тянь-шу, 36III цзу-сань-ли, 28XI вэй-дао, 6IX нэй-гуань.

Вьетнамский рецепт: 36III цзу-сань-ли, 37III шан-цзюй-суй, 6IV сань-инь-цзяо, 3VII тай-си, 7IV лоу-гу, 4IV гунь-сунь, 36III цзу-сань-ли, 44III нэй-тин.

Румынские авторы рекомендуют при гастроэктомии использовать следующие точки: 25III тянь-шу, 6IV сань-инь-цзяо, 7IV лоу-гу, 8IV ди-ци, 9IV инь-лин-цюань, 10IV сюе-хай, 32VII цы-ляо, 9XII инь-бао, 2XIV цюй-гу, 3XIV чжун-ци, 4XIV гуань-юань.

В КНР дается следующая пропись корпоральных точек для анестезии иглоукалыванием: 36III цзу-сань-ли, 6IV сань-инь-цзяо, 16IV да-хэн, 27XI у-шу, 4II хэ-гу, 15XIV цзю-вэй, а также точки «разреза». Точки разреза при операции в брюшной полости: вводится пара игл по обе стороны разреза на расстоянии 4—6 см друг от друга. Используется электрическое раздражение.

Грыжесечение. В литературе имеются описания хирургического лечения паховых грыж. Во всех случаях отмечено гладкое течение послеоперационно-

го периода, раннее и спонтанное восстановление кишечной проходимости, прием пищи — непосредственно после операции.

Корпоральные точки: 27XI у-шу, 25III тянь-шу, 36III цзу-сань-ли, 28XI вэй-дао.

Можно применять следующий рецепт: 22VII сань-цзяо-шу, 23VII шэнь-шу, 6IV сань-инь-цзяо, 24VII ци-хай-шу.

Холецистэктомия: аурикулярные точки — AT96XV — поджелудочная железа, AT87XIV — желудок, AT55X — шэнь-мэнь, AT51IX — симпатическая, AT101XVI — легкое (все точки с обеих сторон);

корпоральные точки: 36III цзу-сань-ли, 6IV сань-инь-цзяо.

Приводим корпоральные и аурикулярные точки, которые могут сочетаться:

корпоральные — 4II хэ-гу, 6IX нэй-гуань,

аурикулярные — введение иглы в AT55X — шэнь-мэнь и направление ее к AT96XV — желчный пузырь; AT51IX — симпатическая; AT101XVI — легкое и в точку мышечной напряженности, которая находится в центре трех точек — AT87XIV — желудок, AT97XV — печень и AT98XV — селезенка, при этом иглу направлять в AT82XIII — диафрагма.

Спленэктомия: рекомендуемые корпоральные точки:

а) 35XI ян-цзяо, 24XI жи-юе, 5XII ли-гоу, 13XII чжан-мэнь, 22VIII бу-лан, 18III жу-гэнь, 21IV да-бао, 12XIV чжун-вань;

б) 36III цзу-сань-ли, 6IV сань-инь-цзяо, 15IV да-хэн, 14XII ци-мэнь, 4II хэ-гу, 15XIV цю-вэй.

Резекция тонкой кишки: аурикулярные точки — AT55X шэнь-мэнь, направление иглы к AT43VII — живот;

корпоральные точки: 36III цзу-сань-ли, 4II хэ-гу, 4IV гунь-сунь, 6IX нэй-гуань (все точки с обеих сторон).

Аппендэктомия. Иглоанальгезия применяется чаще в случаях хронического аппендицита.

Корпоральные точки: 27XI у-шу, 25III тянь-шу, 36III цзу-сань-ли, 28XI вэй-дао — одностороннее введение.

Согласно данным Е. Н. Niboyet, эффект иглоанальгезии может быть достигнут при использовании следующих точек: 6IV сань-инь-цзяо, 9IV инь-лин-цюань, 22VII сань-цзяо-шу, 20VII пи-шу гомолатерально в сочетании с двумя подкожными иглами на каждую сторону разреза.

Румынские специалисты предлагают следующий рецепт: 25III тянь-шу, 36III цзу-сань-ли, 4II хэ-гу, 6XIV ци-хай, причем лучший эффект был достигнут в случаях отказа от премедикации.

В КНР чаще рекомендуются аурикулярные точки: AT68XI, AT69XI, AT70XI, AT90XIV — точки аппендикса в сочетании с а) AT84XIV — рот и б) AT43VII — живот, AT55X — шэнь-мэнь, AT101XVI — легкое.

Корпоральные точки:

6IV сань-инь-цзяо, 36III цзу-сань-ли, 25III тянь-шу, 27XI у-шу, 26XI дай-май, 4II хэ-гу.

Иглоанальгезия в акушерской практике

Обезболивание родов. Электроакупунктура применяется для обезболивания родов в специализированных учреждениях ряда стран.

В Японии в госпитале Киото успешные результаты иглоанальгезии при родах отмечены в 84% случаев. Примерно аналогичные результаты получили J. Darras, J. M. Kespi (1973), которые, помимо обезболивания, при отдельных показаниях успешно стимулировали родовую деятельность, воздействуя

на соответствующие точки акупунктуры. Положительный эффект иглоанальгезии при родах отмечен также австралийскими врачами.

Наиболее эффективными оказываются точки 2XIV цюй-гу, 5XIV ши-мэнь. В Японии электроакупунктуру применяют при родах на уровне двух промежутков апофизов. Использование акупунктуры в целях обезболивания родов, безусловно, перспективно. Метод достаточно прост (5—7 игл) и не сопряжен с опасностью для женщины и плода. Важно подчеркнуть, что иглоанальгезия позволяет избежать всяких медикаментозных средств, отрицательно влияющих на плод.

Кесарево сечение. В случаях использования общей анестезии при кесаревом сечении фармакологические агенты в определенной степени проникают через плацентарный барьер, оказывая в ряде случаев неблагоприятное воздействие на сердечную деятельность и функцию дыхания плода. Иглоанальгезия не оказывает отрицательного влияния на плод. Послеоперационный период у женщин в этих случаях протекает легко: к вечеру первого дня после операции возможен прием пищи. На 2-е сутки после операции больные уже могут ходить.

Иглоанальгезия, судя по данным Е. Н. Niboyet, осуществима даже в случаях повторной операции. Для этого применяют следующие точки:

аурикулярные — АТ55Х—шэнь-мэнь, АТ1—легкое;
АТ58Х—матка, АТ56Х—шейка матки, АТ51Х—симпатическая;
АТ25V—ствол мозга, АТ43VII—живот;
корпоральные точки — 25III тянь-шу, 6IV сань-инь-цзяо, 3XII тай-чун, 27XI у-шу, 14XII ци-мэнь, 6IX нэй-гуань и 12XIV чжун-вань дополнительно;
4XIII мин-мэнь — пункция перпендикулярная;
2XIII яо-шу — пункция подкожная косая.

Однако метод имеет свои ограничения: он оказывается эффективным не у всех, требует определенной психологической подготовки. Кроме того, применение иглоанальгезии невозможно в неотложной акушерской хирургии, т. е. латентный период обезболивания достаточно продолжителен.

Выскабливание полости матки. Достаточно ввести две иглы на 15 мин. Полную аналгезию удается получить без электрической стимуляции.

АТ58Х—матка, АТ56Х—шейка матки — пункция подкожная;
АТ51Х—симпатическая.

Иглоанальгезия

при операциях на конечностях

Применяются следующие аурикулярные точки:

АТ55Х—шэнь-мэнь, АТ95XV—почка (эта точка особенно важна для аналгезии при операциях на костях);

АТ51Х—симпатическая, АТ66XI—локоть или АТ116VIII—колени.

Корпоральные точки:

при удалении мениска: 23VII шэнь-шу;

при операции на бедре: 36III цзу-сань-ли, 6IV сань-инь-цзяо, или 36III цзу-сань-ли, 60VII кунь-лунь;

при операции на ладонной стороне предплечья и на передней поверхности руки: 7IX да-лин, 8IX лао-гун;

при операциях на дорсальной стороне предплечья или наружной стороне бицепса: 3X чжун-чжу, 14VI цзянь-вай-шу;

при операции на плече: 4II хэ-гу, 7V шэнь-мэнь, 6IX нэй-гуань, 6X чжи-гоу, 8X сань-ян-ло, 2IX тянь-цюань, 1V цзи-цюань, 21VIII ю-мэнь, 9VI цзянь-чжэнь, 14II би-нао, 13X нао-хуэй;

при операции на спине, ноге: 6IV сан-инь-цзяо, 7IV лоу-гу, 36III цзу-сань-ли, 60VII кунь-лунь, 43III нэй-тин, 4IV гунь-сунь, 36VII чэн-фу, 40VII вэй-чжун, 57VII чэн-шань.

Иглоанальгезия при амбулаторных операциях

Применение иглоанальгезии в этих условиях продолжает обсуждаться. Иглы вводят на участке, где производится местное обезболивание. Можно вводить иглы с каждой стороны раны; расстояние между двумя иглами должно составлять 4—6 см:

- вскрытие абсцесса на I пальце руки — 4II хэ-гу, 7I ле-цюе;
- вскрытие абсцесса на II пальце руки — 4II хэ-гу, 2II эр-цзянь;
- вскрытие абсцесса на тыльной стороне кисти — 11II цюй-чи, 6X чжи-гоу, 7I ле-цюе;
- удаление бородавки на запястье — 4II хэ-гу, 6IX нэй-гуань, 5V тун-ли;
- удаление липомы на предплечье: 4II хэ-гу, 14II би-нао, 5X вай-гуань, 1III шой-чи;
- вскрытие абсцесса на предплечье: 4II хэ-гу, 7I ле-цюе, 6I кун-цзуэй, 11II шой-чи;
- вскрытие абсцесса на локте: 4II хэ-гу, 6X чжи-гоу, 11II цюй-чи, 5I чи-цзе;
- вскрытие абсцесса на плече: 15VI цзянь-чжун-шу, 14II би-нао, 15II цзянь-юй;
- наложение швов на рану пальца ноги: 36III цзу-сань-ли, 37XI гуан-мин, 3VII тай-си, 3XII тай-чун, 34XI ян-лин-цюань;
- вскрытие абсцесса на подошвенной поверхности стопы: 1VIII юн-цюань, 60VII кунь-лунь, 57VII чэн-шань, 3XII тай-чун;
- удаление опухоли сухожилия разгибателя на стопе: 36III цзу-сань-ли, 6IV сань-инь-цзяо, 60VII кунь-лунь, 3VIII тай-си, 3XII тай-чун;
- вскрытие абсцесса на пятке: 57VII чэн-шань, 6VIII чжао-хай, 1VIII юн-цюань, 4II хэ-гу, 60VII кунь-лунь;
- удаление фибромы на передней поверхности голени над большеберцовой костью: 41III цзе-си, 40XI цю-суй, 40III фэн-лун, 34XI ян-лин-цюань, 6IV сань-инь-цзяо;
- ушивание раны голени: 36III цзу-сань-ли, 3XII тай-чун, 60VII кунь-лунь, 34XI ян-лин-цюань;
- вскрытие абсцесса в паху: 43XI ся-си, 6IV сань-инь-цзяо, 60VII кунь-лунь, 65VII шу-гу, 38(52)VII фу-си;
- операция на голове: 4II хэ-гу, 8III тоу-вэй, 20XI фэн-чи;
- операция на затылке: 4II хэ-гу, 6IX нэй-гуань, 20XI фэн-чи;
- операция в области лба: 4II хэ-гу, 9M9 тай-ян, 14XI ян-бай, 4VII шой-ча, 6M6 юй-яо;
- операция в области щеки: 4II хэ-гу, 9M9 тай-ян, 6M6 юй-яо, 7III ся-гуань;
- операция в области уха: 4II хэ-гу, 5X вай-гуань; 6IX нэй-гуань, 9M13, 20XI фэн-чи, 3VI хоу-си.

§ 8. Преимущества и недостатки иглоанальгезии

Одним из преимуществ иглоанальгезии является то обстоятельство, что она может выполняться у большинства больных с патологией сердечно-сосудистой системы, при нарушениях функции печени и почек и у других лиц, которым противопоказаны фармакологические агенты общей анестезии.

Во время операции отмечается лучший гемостаз, чем при фармакоанестезии. Заживление ран происходит значительно быстрее. Послеоперационный период сокращается. Основные функции организма восстанавливаются быстрее. Перистальтика кишечника мало нарушается, не возникают метеоризм и задержка стула.

Анальгезия сохраняется длительное время после операции. Послеоперационные боли полностью отсутствуют либо бывают незначительными.

Основной недостаток иглоанальгезии в том, что она в ряде случаев оказывается неэффективной или неполной. Эта гипоанальгезия может быть обусловлена ошибкой в выборе точек, неточно проведенной стимуляцией их, неправильным подбором больных для иглоанальгезии и другими, не изученными еще факторами.

§ 9. Противопоказания к иглоанальгезии

Срочные операции являются пока частым противопоказанием для иглоанальгезии. Во-первых, потому, что нельзя провести предварительную пробу «тхи» и решить вопрос о «физиологической предрасположенности» больного к анальгезии. Во-вторых, из-за длительного латентного периода анальгезии.

Иглоанальгезия не может применяться у лиц, имеющих значительные рубцы, которые смещают точки и в ряде случаев не дают возможность точного определения нужной их локализации.

Противопоказанием для иглоанальгезии в чистом виде являются оперативные вмешательства при злокачественных новообразованиях. Распространенность опухолей не всегда может быть точно установлена до операции, и одно из основных условий в онкологии — радикализм оперативного вмешательства — в случае применения иглоанальгезии не может быть выполнено, так как заранее неизвестны области, которые надо обезболить.

Противопоказанием для иглоанальгезии является стойкая высокая артериальная гипертония.

Что касается использования электроиглоанальгетического компонента при проведении общей комбинированной анестезии, то все эти противопоказания следует рассматривать как относительные. Конечно, метод иглоанальгезии обладает рядом несомненных достоинств, однако в ряде случаев возможности его преувеличиваются, что не способствует правильному его применению и отрицательно влияет на результаты.

Приложения

Алфавитный указатель точек акупунктуры 14 меридианов, их цифровое и буквенно-цифровое обозначение

| Название точки | Цифровое обозначение | Французское | Немецкое | Английское |
|----------------|----------------------|-------------|----------|------------|
| бай-хуань-шу | 30VII | 30V | 30B | 30BI |
| бай-хуэй | 20(19)XIII | 20(19)VG | 20(19)TM | 20GV |
| бао-хуан | 53(48)VII | 53(48)V | 53(48)B | 53BI |
| би-гуань | 31III | 31E | 31M | 31St |
| би-нао | 14II | 14GI | 14Di | 14LI |
| бин-фэн | 12VI | 12IG | 12Dü | 12SI |
| бу-жун | 19III | 19E | 19M | 19St |
| бу-лан | 22VIII | 22R | 22N | 22K |
| бэнь-шэнь | 13XI | 13VB | 13G | 13GB |
| вай-гуань | 5X | 5TR | 5-3E | 5TH |
| вай-лин | 26III | 26E | 26M | 26St |
| вай-цю | 36XI | 36VB | 36G | 36GB |
| вань-гу | 4VI | 4IG | 4Dü | 4SI |
| вань-гу | 12XI | 12VB | 12G | 12GB |
| вэй-дао | 28XI | 28VB | 28G | 28GB |
| вэй-цан | 50(45)VII | 50(45)V | 50(45)B | 50(45)BI |
| вэй-чжун | 40(54)VII | 40(54)V | 40(54)B | 40(54)BI |
| вэй-цю | 21VII | 21V | 21B | 21BI |
| вэй-ян | 39(53)VII | 39(53)V | 39(53)B | 39BI |
| вэнь-лю | 7II | 7GI | 7Di | 7LI |
| гань-шу | 18VII | 18V | 18B | 18BI |
| гао-хуан | 43(38)VII | 43(38)V | 43(38)B | 43(38)BI |
| гуан-мин | 37XI | 37VB | 37G | 37GB |
| гуань-мэнь | 22III | 22E | 22M | 22St |
| гуань-чун | 1X | 1TR | 13E | 1TH |
| гуань-юань | 4XIV | 4VC | 4JM | 4CV |
| гуань-юань-шу | 26VII | 26V | 26B | 26BI |
| гуй-лай | 29III | 29E | 29M | 29St |
| гунь-сунь | 41V | 4RP | 4MP | 4SP |
| гэ-гуань | 46(41)VII | 46(41)V | 46(41)B | 46(41)BI |
| гэ-шу | 17VII | 17V | 17B | 17BI |
| да-бао | 21IV | 21RP | 21MP | 21SP |
| да-ду | 2IV | 2RP | 2MP | 2SP |
| да-дунь | 1XII | 1F | 1Le | 1Liv |
| да-ин | 5(8)III | 5(8)E | 5(8)M | 5(8)St |
| да-лин | 7IX | 7MC | 7KS | 7HC |
| да-хэ | 12VIII | 12R | 12N | 12K |
| да-хэн | 15IV | 15RP | 15MP | 15SP |
| да-цзюй | 27III | 27E | 27M | 27St |
| да-чан-шу | 25VII | 25V | 25B | 25BI |
| да-чжу | 11VII | 11V | 11B | 11BI |
| да-чжуй | 14(13)XIII | 14(13)VG | 14(13)TM | 14(13)GV |
| да-чжун | 4(6)VIII | 4(6)R | 4(6)N | 4(6)K |
| дай-май | 26XI | 26VB | 26G | 26GB |
| дань-шу | 19VII | 19V | 19B | 19BI |
| ди-у-хуэй | 42XI | 42VB | 42G | 42GB |
| ди-цан | 4(6)III | 4(6)E | 4(6)M | 4(6)St |
| ди-ци | 8IV | 8RP | 8MP | 8SP |
| ду-би | 35III | 35E | 35M | 35St |
| ду-шу | 16VII | 16V | 16B | 16BI |
| дуй-дуань | 27(26)XIII | 27(26)VG | 27(26)TM | 27(26)GV |

Продолжение

| Название точки | Цифровое обозначение | Французское | Немецкое | Английское |
|----------------|----------------------|-------------|----------|------------|
| е-мэнь | 2X | 2TR | 23E | 2TH |
| жань-гу | 2VIII | 2R | 2N | 2K |
| жи-юе | 24XI | 24VB | 24G | 24GB |
| жу-гэнь | 18III | 18E | 18M | 18St |
| жу-чжун | 17III | 17E | 17M | 17St |
| жэнь-ин | 9III | 9E | 9M | 9St |
| жэнь-чжун | 26(25)XIII | 26(25)VG | 26(25)TM | 26(25)GV |
| и-си | 45(40)VII | 45(40)V | 45(40)B | 45(40)BI |
| и-фэн | 17X | 17TR | 173E | 17TH |
| и-шэ | 49(44)VII | 49(44)V | 49(44)B | 49(44)BI |
| ин-сян | 20II | 20GI | 20Di | 20LI |
| ин-чуан | 16III | 16E | 16M | 16St |
| инь-бай | 1IV | 1RP | 1MP | 1SP |
| инь-бао | 9XII | 9F | 9Le | 9Liv |
| инь-гу | 10VIII | 10R | 10N | 10K |
| инь-ду | 19VIII | 19R | 19N | 19K |
| инь-лин-цзоань | 9IV | 9RP | 9MP | 9SP |
| инь-лянь | 11XII | 11E | 11Le | 11Liv |
| инь-мэнь | 37(51)VII | 37(51)V | 37(51)B | 37(51)BI |
| инь-си | 6V | 6C | 6H | 6Ht |
| инь-цзяо | 7XIV | 7VC | 7JM | 7CV |
| инь-цзяо | 28(27)XIII | 28(27)VG | 28(27)TM | 28(27)GV |
| инь-ши | 33III | 33E | 33M | 33St |
| ку-фан | 14III | 14E | 14M | 14St |
| кун-цзуй | 6I | 6P | 6Lu | 6LU |
| кунь-лунь | 60VII | 60V | 60B | 60BI |
| лао-гун | 8IX | 8MC | 8KS | 8HC |
| лоу-гу | 7IV | 7RP | 7MP | 7SP |
| ле-цвое | 7I | 7P | 6Lu | 7LU |
| ли-гоу | 5XII | 5F | 5Le | 5Liv |
| ли-дуй | 45III | 45E | 45M | 45St |
| лин-дао | 4V | 4C | 4H | 4HT |
| лин-суй | 24VIII | 24R | 24N | 24K |
| лин-тай | 10(9)XIII | 10(9)VG | 10(9)TM | 10(9)GV |
| ло-цвое | 8VII | 8V | 8B | 8BI |
| лу-си | 19X | 19TR | 193E | 19TH |
| лян-мэнь | 21III | 21E | 21M | 21St |
| лян-цзо | 34III | 34E | 34M | 34St |
| лянь-цзоань | 23XIV | 23VC | 23JM | 23CV |
| мян-мэнь | 4XIII | 4VG | 4TM | 4GV |
| му-чуан | 16XI | 16VB | 16G | 16GB |
| мэй-чун | 3VII | 3V | 3B | 3BI |
| нао-кун | 19XI | 19VB | 19G | 19GB |
| нао-ху | 17(16)XIII | 17(16)VG | 17(16)TM | 17(16)GV |
| нао-хуэй | 13X | 13TR | 133E | 13TH |
| нао-шу | 10VI | 10IG | 10Dü | 10SI |
| нэй-гуань | 6IX | 6MC | 6KS | 6HC |
| нэй-тин | 44III | 44E | 44M | 44St |
| пан-гуань-шу | 28VII | 28V | 28B | 28BI |
| пи-цу | 20VII | 20V | 20B | 20BI |
| по-ху | 42(37)VII | 42(37)V | 42(37)B | 42(37)BI |
| пу-шэнь | 61VII | 61V | 61B | 61BI |
| пянь-ли | 6II | 6GI | 6Di | 6LI |
| сань-инь-цзяо | 6IV | 6RP | 6MP | 6SP |
| сань-цзянь | 3II | 3GI | 3Di | 3LI |

Продолжение

| Название точки | Цифровое обозначение | Французское | Немецкое | Английское |
|----------------|----------------------|-------------|----------|------------|
| сань-цзяо-шу | 22VII | 22V | 22B | 22Bl |
| сань-ян-ло | 8X | 8TR | 83E | 8TH |
| си-мэнь | 4IX | 4MC | 4KS | 4HC |
| синь-хуэй | 22(21)XIII | 22(21)VG | 22(21)TM | 22(21)GV |
| син-цзянь | 2XII | 2F | 2Le | 2Liv |
| синь-шу | 15VII | 15V | 15B | 15Bl |
| су-ляо | 25(24)XIII | 25(24)VG | 25(24)TM | 25(24)GV |
| сы-бай | 2(3)III | 2(3)E | 2(3)M | 2(3)St |
| сы-ду | 9X | 9TR | 93E | 9TH |
| сы-мэнь | 14VIII | 14R | 14N | 14K |
| сы-чжу-кун | 23(21)X | 23(21)TR | 23(21)3E | 23(21)TH |
| сюань-ли | 6XI | 6VB | 6G | 6GB |
| сюань-лу | 5XI | 5VB | 5G | 5GB |
| сюань-ци | 21XIV | 21VC | 21JM | 21CV |
| сюань-чжун | 39XI | 39VB | 39G | 39GB |
| сюань-шу | 5XIII | 5VG | 5TM | 5GV |
| сюе-хай | 10IV | 10RP | 10MP | 10SP |
| сюн-сян | 19IV | 19RP | 19MP | 19SP |
| ся-бай | 4I | 4P | 4Lu | 4LU |
| ся-вань | 10XIV | 10VC | 101M | 10CV |
| ся-гуань | 7(5)III | 7(5)E | 7(5)M | 7(5)St |
| ся-лянь | 8II | 8GI | 8Di | 8LI |
| ся-ляо | 34VII | 34V | 34B | 34Bl |
| ся-си | 43XI | 43VB | 43G | 43GB |
| ся-цзюй-сюй | 39III | 39E | 39M | 39St |
| сянь-гу | 43III | 43E | 43M | 43St |
| сяо-лэ | 12X | 12TR | 123E | 12TH |
| сяо-хай | 8VI | 8IG | 8Dü | 8SI |
| сяо-чан-шу | 27VII | 27V | 27B | 27Bl |
| тай-бай | 3IV | 3RP | 3MP | 3Sp |
| тай-и | 23III | 23E | 23M | 23St |
| тай-си | 3(5)VIII | 3(5)R | 3(5)N | 3(5)K |
| тай-чун | 3XII | 3F | 3Le | 3Liv |
| тай-юань | 9I | 9P | 9LU | 9LU |
| тань-чжун | 17XIV | 17VC | 17JM | 17CV |
| тао-дао | 13(12)XIII | 13(12)VG | 13(12)TM | 13GV |
| тин-гун | 19VI | 19IG | 19Dü | 19SI |
| тин-хуэй | 2XI | 2VB | 2G | 2GB |
| тоу-вэй | 8(1)III | 8(1)E | 8(1)M | 8(1)St |
| тоу-лин-ци | 15XI | 15VB | 15G | 15GB |
| тоу-цяо-инь | 11XI | 11VB | 11G | 11GB |
| тун-ли | 5V | 5C | 5H | 5Ht |
| тун-тянь | 7VII | 7V | 7B | 7Bl |
| тун-цзы-ляо | 1XI | 1VB | 1G | 1GB |
| тянь-дин | 17II | 17GI | 17Di | 17LI |
| тянь-жун | 17VI | 17IG | 17Dü | 17SI |
| тянь-ляо | 15X | 15TR | 153E | 15TH |
| тянь-си | 18IV | 18RP | 18MP | 18SP |
| тянь-ту | 22XIV | 22VC | 22IM | 22CV |
| тянь-фу | 3I | 3P | 3Lu | 3LU |
| тянь-цзин | 10X | 10TR | 103E | 10TH |
| тянь-цзун | 11VI | 11IG | 11Dü | 11SI |
| тянь-шоань | 2IX | 2MC | 2KS | 2HC |
| тянь-чжу | 10VII | 10V | 10B | 10Bl |
| тянь-чи | 1IX | 1MC | 1KS | 1HC |
| тянь-чуан | 16VI | 16IG | 16Dü | 16SI |
| тянь-чун | 9XI | 9VB | 9G | 9GB |
| тянь-шу | 25III | 25E | 25M | 25St |
| тянь-ю | 16X | 16TR | 163E | 16TH |
| тяо-коу | 38III | 38E | 38M | 38St |

Продолжение

| Название точки | Цифровое обозначение | Французское | Немецкое | Английское |
|----------------|----------------------|-------------|----------|------------|
| у-и | 15III | 15E | 15M | 15St |
| у-чу | 5VII | 5V | 5B | 5Bl |
| у-шу | 27XI | 27VB | 27G | 27GB |
| фу-ай | 16IV | 16RP | 16MP | 16SP |
| фу-бай | 10XI | 10VB | 10G | 10GB |
| фу-лю | 7VIII | 7R | 7N | 7K |
| фу-си | 38(52)VII | 38(52)V | 38(52)B | 38(52)Bl |
| фу-ту (шейная) | 18II | 18GI | 18Di | 18LI |
| фу-ту | 32III | 32E | 32M | 32St |
| фу-гун-гу | 20VIII | 20R | 20N | 20K |
| фу-фэнь | 41(36)VII | 41(36)V | 41(36)B | 41(36)Bl |
| фу-цзе | 14IV | 14RP | 14MP | 14SP |
| фу-шэ | 13IV | 13RP | 13MP | 13SP |
| фу-ян | 59VII | 59V | 59B | 59Bl |
| фэй-шу | 13VII | 13V | 13B | 13Bl |
| фэй-ян | 58VII | 58V | 58B | 58Bl |
| фэн-лун | 40III | 40E | 40M | 40St |
| фэн-мэнь | 12VII | 12V | 12B | 12Bl |
| фэн-фу | 16(15)XIII | 16(15)VG | 16(15)TM | 16(15)GV |
| фэн-чи | 20XI | 20VB | 20G | 20GB |
| фэн-ши | 31XI | 31VB | 31G | 31GB |
| хань-янь | 4XI | 4VB | 4G | 4GB |
| хоу-дин | 19(18)XIII | 19(18)VG | 19(18)TM | 19(18)GV |
| хоу-си | 3VI | 3IG | 3Dü | 3SI |
| хуа-гай | 20XIV | 20VC | 20IM | 20CV |
| хуа-жоу-мэнь | 24III | 24E | 24M | 24St |
| хуань-мэнь | 51(46)VII | 51(46)V | 51(46)B | 51(46)Bl |
| хуань-тяо | 30XI | 30VB | 30G | 30GB |
| хуан-шу | 16VIII | 16R | 16N | 16K |
| хунь-мэнь | 47(42)VII | 47(42)V | 47(42)B | 47(42)Bl |
| хуэй-инь | 1XIV | 1VC | 1IM | 1CV |
| хуэй-цзун | 7X | 7TR | 73E | 7TH |
| хуэй-ян | 35VII | 35V | 35B | 35Bl |
| хэ-гу | 4II | 4GI | 4Di | 4LI |
| хэ-ляо | 22X | 22TR | 223E | 22TH |
| хэ-ляо | 19II | 19GI | 19Di | 19LI |
| хэ-ян | 55VII | 55V | 55B | 55Bl |
| хэн-гу | 11VIII | 11R | 11N | 11K |
| цзе-си | 4III | 4IE | 4IM | 41St |
| ци-май | 12XII | 12F | 12Le | 12Liv |
| ци-мэнь | 11IV | 11RP | 11MP | 11SP |
| ци-цзоань | IV | IC | IH | IH |
| ци-чжун | 6XIII | 6VG | 6TM | 6GV |
| цин-гу | 64VII | 64V | 64B | 64Bl |
| цин-цхой | 8I | 8P | 8Lu | 8LU |
| цинъ-мэнь | 63VII | 63V | 63B | 63Bl |
| цин-мэнь | 25XI | 25VB | 25G | 25GB |
| цинъ-со | 8(7)XIII | 8(7)VG | 8(7)TM | 8(7)GV |
| цзу-линь-ци | 41XI | 41VB | 41G | 41GB |
| цзу-сань-ли | 36III | 36E | 36M | 36St |
| цзу-сяо-инь | 44XI | 44VB | 44G | 44GB |
| цзу-тун-гу | 66VII | 66V | 66B | 66Bl |
| цзу-у-ли | 10XII | 10F | 10Le | 10Liv |
| цзу-ян-гуань | 33XI | 33VB | 33G | 33GB |
| цзю-вэй | 15XIV | 15VC | 15IM | 15CV |
| цзюй-гу | 16II | 16GI | 16Di | 16LI |
| цзюе-инь-шу | 14VII | 14V | 14B | 14Bl |

Продолжение

| Название точки | Цифровое обозначение | Французское | Немецкое | Английское |
|----------------|----------------------|-------------|----------|------------|
| цзюй-ляо | 29XI | 29VB | 29G | 29GB |
| цзюй-ляо | 3(6)Ш | 3(6)E | 3(6)M | 3(6)St |
| цзюй-цюе | 14XIV | 14VC | 14IM | 14CV |
| цзя-чэ | 6(7)Ш | 6(7)E | 6(7)M | 6(7)St |
| цзянь-вай-шу | 14VI | 14IG | 14Dü | 14SI |
| цзянь-ли | 11XIV | 11VC | 11IM | 11CV |
| цзянь-ляо | 14X | 14TR | 143E | 14TH |
| цзянь-цзин | 21XI | 21VB | 21G | 21GB |
| цзянь-чжун-шу | 15VI | 15IG | 15Dü | 15SI |
| цзянь-чжэнь | 9VI | 9IG | 9Dü | 9SI |
| цзянь-ши | 5IX | 5MC | 5KS | 5HC |
| цзянь-юй | 15II | 15GI | 15Di | 15LI |
| цзяо-синь | 8VIII | 8R | 8N | 8K |
| цзяо-сунь | 20X | 20TR | 203E | 20TH |
| цзы-гун | 19XIV | 19VC | 19IM | 19CV |
| ци-гуань | 7XI | 7F | 7Le | 7LiV |
| ци-май | 18X | 18TR | 183E | 18TH |
| ци-мэнь | 14XII | 14F | 14Le | 14LiV |
| ци-сюе | 13VIII | 13R | 13N | 13K |
| ци-хай | 6XIV | 6VC | 6IM | 6CV |
| ци-хай-шу | 24VII | 24V | 24B | 24BI |
| ци-ху | 13II | 13E | 13M | 13St |
| ци-чун | 30III | 30E | 30M | 30St |
| ци-шэ | 11II | 11E | 11M | 11St |
| цин-лин | 2V | 2C | 2H | 2Ht |
| цин-лэн-юань | 11X | 11TR | 113E | 11TH |
| цин-мин | 1VII | 1V | 1B | 1BI |
| цюань-чжу | 2VII | 2V | 2B | 2BI |
| цю-ляо | 32VII | 32V | 32B | 32BI |
| цю-сюй | 40XI | 40VB | 40G | 40GB |
| цюань-ляо | 18VI | 18IG | 18Dü | 18SI |
| цюэ-пэнь | 12III | 12E | 12M | 12St |
| цюй-бинь | 7XI | 7VB | 7G | 7GB |
| цюй-гу | 2XIV | 2VC | 2IM | 2CV |
| цюй-цзе | 31X | 3MC | 3KS | 3HC |
| цюй-цюань | 8XII | 8F | 8Le | 8LiV |
| цюй-ча | 4VII | 4V | 4B | 4BI |
| цюй-чи | 11II | 11GI | 11Di | 11LI |
| цюй-юань | 13VI | 13IG | 13Dü | 13SI |
| цянь-гу | 2VI | 2IG | 2Dü | 2SI |
| цянь-дин | 21(20)XIII | 21(20)VG | 21(20)TM | 21(20)GV |
| цянь-цзянь | 18(17)XIII | 18(17)VG | 18(17)TM | 18(17)GV |
| чан-цян | 1XIII | 1VG | 1TM | 1GV |
| чжань-мэнь | 13XII | 13F | 13Le | 13Liv |
| чжао-хай | 6(3)VIII | 6(3)R | 6(3)N | 6(3)K |
| чжи-бянь | 54(49)VII | 54(49)V | 53(49)B | 54(49)BI |
| чжи-гоу | 6X | 6TR | 63E | 6TH |
| чжи-инь | 67VII | 67V | 67B | 67BI |
| чжи-чжэн | 7VI | 7IG | 7Dü | 7SI |
| чжи-ши | 52(47)VII | 52(47)V | 52(47)B | 52(47)BI |
| чжи-ян | 9(8)XIII | 9(8)VG | 9(8)TM | 9(8)GV |
| чжоу-жун | 20IV | 20RP | 20MP | 20SP |
| чжоу-ляо | 12II | 12GI | 12Di | 12LI |
| чжу-бинь | 9VIII | 9R | 9N | 9K |
| чжун-вань | 12XIV | 12VC | 12IM | 12CV |
| чжун-ду | 32XI | 32VB | 32G | 32GB |
| чжун-ду | 6XII | 6F | 6Le | 6Liv |
| чжун-люй-шу | 29VII | 29V | 29B | 29BI |
| чжун-ляо | 33VII | 33V | 33B | 33BI |
| чжун-тин | 16XIV | 16VC | 16IM | 16CV |

Продолжение

| Название точки | Цифровое обозначение | Французское | Немецкое | Английское |
|----------------|----------------------|-------------|----------|------------|
| чжун-фу | 11 | 1P | 1Lu | 1LU |
| чжун-фэн | 4XII | 4F | 4Le | 4Liv |
| чжун-цзи | 3XIV | 3VC | 3IM | 3CV |
| чжун-чжу | 15VIII | 15R | 15N | 15K |
| чжун-чжу | 3X | 3TR | 33E | 3TH |
| чжун-чун | 9IX | 9MC | 9KS | 9HC |
| чжун-шу | 7XIII | 7VG | 7IM | 7GV |
| чжэ-цзинь | 23XI | 23VB | 23G | 23GB |
| чжэн-ин | 17XI | 17VB | 17G | 17GB |
| чи-цзе | 5I | 5P | 5Lu | 5LU |
| чун-мэнь | 12IV | 12RP | 12MP | 12SP |
| чун-ян | 42III | 42E | 42M | 42St |
| чэн-гуан | 6VII | 6V | 6B | 6Bl |
| чэн-лин | 18XI | 18VB | 18G | 18GB |
| чэн-мань | 20III | 20E | 20M | 20St |
| чэн-фу | 36(50)VII | 36(50)V | 36(50)B | 36(50)Bl |
| чэн-цзинь | 56VII | 56V | 56B | 56Bl |
| чэн-цзянь | 24XIV | 24VC | 24IM | 24CV |
| чэн-ци | 1(2)III | 1(2)E | 1(2)M | 1(2)St |
| чэн-шань | 57VII | 57V | 57B | 57Bl |
| шан-вань | 13XIV | 13VC | 13IM | 13CV |
| шан-гуань | 3XI | 3VB | 3G | 3GB |
| шан-лянь | 9II | 9GI | 9Di | 9LI |
| шан-ляо | 31VII | 31V | 31B | 31Bl |
| шан-син | 23(22)XIII | 23(22)VG | 23(22)TM | 23(22)GV |
| шан-цзюй-суй | 37III | 37E | 37M | 37St |
| шан-цзо | 5IV | 5RP | 5MP | 5SP |
| шан-црой | 17VIII | 17R | 17N | 17K |
| шан-ян | III | 1GI | 1Di | 1LI |
| шао-фу | 8V | 8C | 8H | 8Ht |
| шао-хай | 3V | 3C | 3H | 3Ht |
| шао-цзэ | 1VI | 1IG | 1Dü | 1SI |
| шао-чун | 9V | 9C | 9H | 9Ht |
| шао-шан | 11I | 11P | 11Lu | 11LU |
| ши-гуань | 18VIII | 18R | 18N | 18K |
| ши-доу | 17IV | 17RP | 17MP | 17SP |
| ши-мэнь | 5XIV | 5VC | 5IM | 5CV |
| шоу-сань-ли | 10II | 10GI | 10Di | 10LI |
| шоу-у-ли | 13II | 13GI | 13Di | 13LI |
| шу-гу | 65VII | 65V | 65B | 65Bl |
| шу-фу | 27VIII | 27R | 27N | 27K |
| шуй-гу | 8XI | 8VB | 8G | 8GB |
| шуй-дао | 28III | 28E | 28M | 28St |
| шуй-ту | 10III | 10E | 10M | 10St |
| шуй-фэнь | 9XIV | 9VC | 9IM | 9CV |
| шуй-цзоань | 5(4)VIII | 5(4)R | 5(4)N | 5(4)K |
| шэнь-дао | 11(10)XIII | 11(10)VG | 11(10)TM | 11(10)GV |
| шэнь-май | 62VII | 62V | 62B | 62Bl |
| шэнь-мэнь | 7V | 7C | 7H | 7Ht |
| шэнь-тан | 44(39)VII | 44(39)V | 44(39)B | 44(39)Bl |
| шэнь-тин | 24(23)XIII | 24(23)VG | 24(23)TM | 24(23)GV |
| шэнь-фэн | 23VIII | 23R | 23N | 23K |
| шэнь-цан | 25VIII | 25R | 25N | 25K |
| шэнь-цюе | 8XIV | 8VC | 8IM | 8CV |
| шэнь-чжу | 12(11)XIII | 12(11)VG | 12(11)TM | 12(11)GV |
| шэнь-шу | 23VII | 23V | 23B | 23Bl |
| эр-мэнь | 21(23)X | 21(23)TR | 21(23)3E | 21(23)TH |
| эр-цзянь | 2II | 2GI | 2Di | 2LI |

Продолжение

| Название точки | Цифровое обозначение | Французское | Немецкое | Английское |
|----------------|----------------------|-------------|----------|------------|
| ю-мэнь | 21VIII | 21R | 21N | 21K |
| юань-е | 22XI | 22VB | 22G | 22GB |
| юй-ган | 18XIV | 18VC | 18IM | 18CV |
| юй-цзи | 10I | 10P | 10Lu | 10LU |
| юй-чжэнь | 9VII | 9V | 9B | 9BI |
| юй-чжун | 26VIII | 26R | 26N | 26K |
| юн-цюань | 1VIII | 1R | 1N | 1K |
| юнь-мэнь | 2I | 2P | 2Lu | 2LU |
| я-мэнь | 15(14)XIII | 15(14)VG | 15(14)TM | 15GV |
| ян-бай | 14XI | 14VB | 14G | 14GB |
| ян-ган | 48(43)VII | 48(43)V | 48(43)B | 48(43)BI |
| ян-гу | 5VI | 5IG | 5Dü | 5SI |
| ян-лао | 6VI | 6IG | 6Dü | 6SI |
| ян-лин-цюань | 34XI | 34VB | 34G | 34GB |
| ян-си | 5II | 5GI | 5Di | 5LI |
| ян-фу | 38XI | 38VB | 38G | 38GB |
| ян-цзяо | 35XI | 35VB | 35G | 35GB |
| ян-чи | 4X | 4TR | 43E | 4TH |
| яо-шу | 2XIII | 2VG | 2TM | 2GV |
| яо-ян-гуань | 3XIII | 3VG | 3TM | 3GV |

Алфавитный указатель

аурикулярных точек (АТ) и их обозначение

(порядковый номер и принадлежность к определенной зоне)

| | | | |
|--------------------------|------------|----------------------------|-----------------------|
| Анальное отверстие | АТ119XII | Гепатит первая | АТ61X |
| Аппендикс первая | АТ68XI | — вторая | АТ124XV |
| — вторая | АТ69XI | Гипертония | АТ19II |
| — третья | АТ70XI | Гипофиз (мозг) | АТ28VI |
| — четвертая | АТ90XIV | Глаза первая | АТ8I |
| Астма | АТ60X | — вторая | АТ125XVI |
| Асцит | АТ99XV | Голеностопный сустав | АТ48VIII |
| Бедро | АТ57X | Голод | АТ18II |
| Бронхи | АТ102XVI | Горло и гортань | АТ15II |
| Бронхоэктазия | АТ123XVI | Гортань и зубы | АТ27V |
| | | Грудной отдел позвоночника | АТ39VII |
| | | Грудь | АТ42VII |
| Верхний отдел спины | АТ107XVII | Двенадцатиперстная кишка | АТ88XIV |
| Верхняя точка анальгезии | | Диафрагма | АТ82XIII |
| при экстракции зубов | АТII | Дно ротовой полости | АТ3I |
| Верхняя часть живота | АТ110XVIII | | |
| — челюсть | АТ5I | Жажда | АТ17II |
| Верхушка уха | АТ78XII | Железы внутренней секреции | АТ22IV |
| Вершина козелка | АТ12II | Желудок | АТ87XIV |
| Вершина черепа | АТ36VI | Желчный пузырь (справа) | АТ96XV |
| Внешний живот | АТ114VII | Живот | АТ43VII |
| Внутреннее ухо | АТ9I | | |
| Возбуждение | АТ113VI | Завиток первая | АТ72, XII |
| Геморрой | АТ120XII | — вторая | АТ72 ₂ XII |

| | | | |
|--|-----------------------|--|-----------|
| — третья | AT72 ₃ XII | Поджелудочная железа (слева) и желчный пузырь (справа) | AT96XV |
| — четвертая | AT72 ₄ XII | Полость носа | AT16II |
| — пятая | AT72 ₅ XII | Полость таза (шейка матки) | AT56X |
| — шестая | AT72 ₆ XII | Почка | AT95XV |
| Запор | AT117X | Поясничный отдел позвоночника | AT40VII |
| Затылок | AT29VI | Придаток мозга | AT26aVI |
| Зрение первая | AT24IV | Простата | AT93XV |
| » вторая | AT24aIV | Прямая кишка | AT81XII |
| Зубная боль | AT26V | Пятка | AT47VIII |
| Кардиальная | AT86XIV | Разветвление | AT83XIII |
| Кисть | AT67XI | Регулирующая дыхание | AT31VI |
| Ключица | AT63XI | Рот | AT84XIV |
| Коленный сустав | AT49VIII | Седлистый нерв | AT52IX |
| Колено | AT116VIII | Селезенка | AT98XV |
| Кора головного мозга | AT34VI | Сердце первая | AT100XVI |
| Крапивница | AT71XI | — вторая | AT21III |
| Крестцовый отдел позвоночника | AT38VII | Симпатическая нервная система | AT51IX |
| Легкое | AT101XVI | Синдром ян печени первая | AT76XII |
| Лоб | AT33VI | Синдром ян печени вторая | AT77XII |
| Локоть | AT66XI | Скула (щека) | AT1II |
| Люмбагия | AT54IX | Снижающая артериальное давление первая | AT59X |
| Малый затылочный нерв | AT121XII | Снижающая артериальное давление вторая | AT105XVII |
| Матка (сексуальная) | AT58X | Спинальный мозг первая | AT129XVII |
| Миндалины первая | AT73XII | — вторая | AT130XVII |
| » вторая | AT74XII | Средний отдел спины | AT108XVII |
| » третья | AT75XII | Столб мозга | AT25V |
| » четвертая | AT10I | Тай-ян (висок) | AT35VI |
| Молочная железа | AT44VII | Тазобедренный сустав | AT50VIII |
| Мочевой пузырь | AT92XV | Тепло | AT115IX |
| Мочепускающий канал | AT80XII | Толстая кишка | AT91XIV |
| Мочеточник | AT94XV | Тонкая » | AT89XIV |
| Надпочечник | AT13II | Трахея | AT103XVI |
| Наружное ухо | AT20III | Три части туловища | AT104XVI |
| Наружные половые органы | AT79XII | Туберкулез | AT126XVI |
| Наружный нос | AT14II | Увеличенная печень | AT127XV |
| Небо | AT2I | Укачивание | AT112VII |
| Нефрит | AT118XI | Цирроз печени | AT128XV |
| Нижний отдел спины | AT106XVII | Шейка матки (полость таза) | AT56X |
| Нижняя точка анальгезии при экстракции зубов | AT7I | Шейный отдел позвоночника | AT37VII |
| Нижняя часть живота | AT109XVIII | Шея | AT41VII |
| Нижняя челюсть | AT6I | Шэнь-мэнь | AT55X |
| Носоглазная | AT111III | Щитовидная железа | AT45VII |
| Околоушная слюнная железа | AT30VI | Ягодица | AT53IX |
| Пальцы кисти | AT62XI | Язык | AT4I |
| — ноги | AT46VIII | Яичко | AT32VI |
| Панкреатит | AT122XV | Яичник | AT23IV |
| Печень | AT97XV | | |
| Пищевод | AT85XIV | | |
| Плечевой сустав | AT64XI | | |
| Плечо | AT65XI | | |

Список литературы¹

- Адаменко В. Г.* Об электроэнергетическом потенциале организма в состоянии гипноза. (Измерение проводимости точек акупунктуры).—В кн.: Вопросы биоэнергетики. (Материалы научно-методического семинара).—Алма-Ата: Каз. гос. ун-т, 1969.—82 с.
- Аладжалова Н. А.* Медленные электрические процессы в головном мозге.—М.: Изд-во АН СССР, 1962.—240 с.
- Аствацатуров М. И.* О реперкуссии и ее значении для объяснения некоторых клинических явлений.—В кн. Сб. избр. трудов М. И. Аствацатурова. — Л., 1939, с. 215—220.
- Баевский Р. М.* Саморегуляция биологических ритмов как один из механизмов адаптации организма к изменениям внешней среды.— В кн.: Адаптивная саморегуляция функции.—М.: 1977, с. 49—67.
- Балабан Я. М., Гохман А. С.* Рефлексотерапия методом иглоукальвания в ушную раковину.—Киев; Здоров'я, 1976.—30 с.
- Баранов О. П., Качан А. Т., Запольская В. П.* Исследование возможности объективной индикации (обнаружения) точек акупунктуры методом изучения электрокожного сопротивления.—В кн.: Игло-рефлексотерапия.—Горький, 1974, с. 32—33.
- Басманов С. Н.* Экспериментально-клиническое изучение электроакупунктурной анальгезии. Дис. канд.—М., 1978.
- Беллер Н. Н.* Роль лимбической коры в регуляции моторной функции желудочно-кишечного тракта.—Киев, 1965, с. 3—11.
- Беницинский А. Г., Лебединский А. В.* Курс нормальной физиологии.—М.; Медгиз, 1956, 535 с.
- Бехтерева Н. П. и др.* Болезнь Рейно. Клинико-нейроанатомофизиологическое исследование в центральных механизмах.—Л.: Медицина, 1965, 190 с.
- Булыгин И. А.* Рефлекторная функция вегетативных ганглиев.—Минск: Наука и техника, 1976.—265 с.
- Бунятян А. А., Цибуляк В. Н., Мещеряков А. В., Луванс Г.* Иглоукальвание в хирургической клинике. Хирургия, 1975, № 12, с. 70—74.
- Бургонский В. Г.* Акупунктура — как метод обезболивания в стоматологии.—В кн.: Материалы второго Всесоюзного съезда анестезиологов и реаниматологов.—Ташкент, 1977, с.408—409.
- Вайсфельд И. Л.* Обмен гистамина при лечении иглоукальванием некоторых форм нервной патологии.—В кн: Игло-терапия.—М.: 1959, с. 104—112.
- Вейн А. М., Соловьева А. Д.* Лимбико-ретикулярный комплекс и вегетативная регуляция.—М.: Наука, 1973.—268 с.
- Вельховер Е. С.* Экстерорецепторы лица и некоторые аспекты локальной диагностики и терапии. Автореф. дис. докт.—М., 1973, 32 с.
- Вогралик В. Г.* Основы китайского лечебного метода чжэнь-цзю. Горький; Горьковск. кн. изд., 1961—320 с.
- Гавриков Н. А.* Сравнительная оценка результатов лечения бронхиальной астмы иглоукальванием, кварцеоблучением по китайским точкам.—В кн.: Вопросы нейро-эндокринной патологии и рефлекторной терапии.—Горький, 1960, с. 90—92.
- Гаркави Л. Х., Квакина Е. Б., Уколова М. А.* Адаптационные реакции организма и резистентность организма.—Ростов-на-Дону, 1972.
- Гейкин М. К.* Иглоукальвание при лечении пародонтоза и стоматозов.—Стоматология, 1968, № 6, с. 23—30.
- Гойденко В. С., Плоцкий Л. С.* Эффективность иглотерапии при гиперкинезах лица.—В кн.: Теоретическое обоснование и клиническое применение метода иглоукальвания.—Л., 1972, с. 15—16.
- Граценков Н. И., Кассиль Г. Н., Усова М. К., Вейн А. М. и др.* Опыт применения иглотерапии при некоторых заболеваниях.—Журн. невропат. и психиатр., 1959, т. 59, № 10, с. 1159—1166.
- Гуревич Э. Е.* Опыт фокусной ирритатерапии бронхиальной астмы безыгольным внутрикожным введением малых доз хлорида кальция.—В кн.: Теоретическое обоснование и клиническое применение метода иглоукальвания.—Л., 1972, с. 23—24.
- Ермолаева В. Ю.* О связующих волокнах I и II зон коркового представительства чревного нерва в коре больших полушарий кошки.—Бюлл. экп. биол. и мед., 1963а, т. 55, вып. 3, с. 114—117.
- Домогарова О. В., Гейкин М. К.* Реакция отдельных звеньев сосудистой системы на иглоукальвание.—Тр. Ленинградск. научно-исслед. психоневрол. ин-та им. В. М. Бехтерева, 1961, т. 26, с. 95—100.
- Дурилян Р. А.* Коровый контроль неспецифических систем мозга.—М.: Медицина, 1975.—203 с.
- Захаров Л. В.* Об особенностях гемодинамики в ночное время у больных гипертонической болезнью.—Тер. арх., 1961, № 9, с. 205.
- Зулькарнаев Х. Е.* Игло-терапия при вибрационной болезни.—Методическое письмо.—Уфа: Башкиргоиздат, 1971, 31 с.
- Игло-рефлексотерапия.* Под ред. В. Г. Вогралика/МЗ СССР, Горький, 1974, 151 с.
- Ингамджанов Н. И.* Практическое руководство по иглотерапии.—Ташкент: Медгиз, УзССР, 1960, 140 с.

¹ Приведены основные источники.

- Инюшин В. М., Хрущев В. А.* «Активные точки» кожи как проявление сущности малозвестных свойств организма.—В кн.: Психическая саморегуляция.—Алма-Ата, 1973, с. 375—382.
- Кассиль Г. Н., Боева Е. М., Вейн А. М.* Лечение иглоукальванием.—М.: Знание, 1959.—32 с.
- Качан А. Т.* «Точечный» массаж при неврите лицевого нерва и его осложнениях.—В кн.: Учебное пособие по физиотерапии.—Л., 1977, с. 35—41.
- Квирцишвили В. И.* О проекции разных участков тела на поверхности ушной раковины человека и животных.—В кн.: Теоретическое обоснование и клиническое применение метода иглоукальвания.—Л., 1972, с. 47—48.
- Киричинский А. Р.* Вегетативно-сегментарная физиотерапия.—М.: Медгиз, 1949.—194 с.
- Климов П. К.* Функциональные взаимосвязи в пищеварительной системе.—Л.: Наука, 1976.—211 с.
- Кнорре А. Г., Лев И. Д.* Вегетативная нервная система.—Л.: Медгиз, 1963.—88 с.
- Кочинян С. Г., Лувсан Г., Цыбуляк В. Н.* Иглоаналгезия как компонент современного обезболивания.—В кн.: Актуальные вопросы хирургии.—Тбилиси, 1975 с. 148—151.
- Косицкий Г. И.* Аfferентные системы сердца.—М.: Медицина, 1975, 188 с.
- Лувсан Г., Попова Е. Б., Лаврентьев В. И., Цыбуляк В. Н.* Применение метода иглоаналгезии для лечения болевого синдрома у больных в послеоперационном периоде. В сб.: Клиническое и экспериментальное применение новых методик и аппаратуры. М., 1976, с. 32—33.
- Макаров Л. А.* Некоторые аспекты клинко-физиологического изучения влияния электростимуляции точек воздействия на восстановление двигательных функций у больных.—В кн.: Иглоукальвание.—Горький, 1974, с. 131—133.
- Мальцина В. С.* Влияние иглотерапии на гипоталамо-надпочечниковую систему. Рефлексотерапия методом чжэнь-цзю.—Сб. трудов Горьковск. мед. ин-та, 1962, вып. 9, с. 90—95.
- Меерзон А. А., Котляр А. Д.* Биофизические параметры в «активных точках» кожи (при иглотерапии бронхиальной астмы).—В кн.: Теоретическое обоснование и клиническое применение метода иглоукальвания.—Л., 1972, с. 69—70.
- Митрофанова Н. И., Загрядский В. А., Дурина Р. А.* Опыт применения аурикулотерапии при лечении бронхиальной астмы.—«Тер. архив», 1977, вып. 3, с. 127.
- Моендович М. Р., Темкин И. Б.* Анализаторы и внутренние органы.—М.: Высшая школа, 1971.—224 с.
- Мусяцкова С. С., Черниговский В. Н.* Кортикальное и субкортикальное представительство висцеральных систем.—Л.: Наука, 1973, 286 с.
- Нечушкин А. И., Оганесян О. В.* О роли энергетических кожных зон в процессах регулирования энергетического равновесия организма человека.—Ортопед. травматол., 1977, № 7, с. 91—96.
- Никифоров В. Г.* Электропунктура — метод изучения механизмов иглорефлексотерапии.—В кн.: Электропунктура и проблемы информационно-энергетической регуляции деятельности человека.—М., 1976, с. 11—43.
- Новинский Г. Д.* Некоторые предложения к конструированию аппаратуры для иглорефлексотерапии.—В кн.: Иглоукальвание.—Горький, 1974, с. 33—35.
- Ноздрачев А. Д.* Вегетативная рефлекторная дуга.—Л., Наука, 1978.—201 с.
- Пармененков Д. Л.* Изменение электропроводимости в низкокожных точках человека и животных (полупроводниковый эффект).—В кн.: Свет гелийнеоновых лазеров в биологии и медицине.—Алма-Ата, 1970, с. 67—68.
- Петелин Л. С., Усова М. К., Гойденко В. С.* и др. Состояние электросопротивляемости кожи в биологически активных точках как один из показателей кожно-висцеральных рефлексов в норме и при гиподинамии.—В кн.: Иглоукальвание.—Горький, 1974, с. 21—22.
- Подшибякин А. К.* Некоторые данные к экспериментальному выяснению механизмов рефлексотерапии.—В кн.: Иглоукальвание.—Горький, 1974, с. 10—13.
- Покалев Г. М., Камышева Е. П., Парохоняк З. М., Сорокина Л. И.* Новые материалы об изменении функции аппарата кровообращения при иглоукальвании.—В кн.: Вопросы нейроэндокринной патологии и рефлекторной терапии.—Горький, 1960, с. 78—79.
- Портнов Ф. Г.* Перспективы исследований и практического применения аппаратной акупунктуры.—В кн.: Иглоукальвание.—Горький, 1974, с. 38—39.
- Пушкин В. Н.* Механизмы акупунктуры и проблемы современной науки.—В кн.: Электропунктура и проблемы информационно-энергетической регуляции деятельности человека.—М., 1976, с. 5—7.
- Рабин А. Г., Дурина Р. А.* Центральные механизмы общей чувствительности.—Л.: Наука, 1975.—168 с.
- Руководство по международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти. Т. 2.*—М.: Медицина, 1974.—658 с.
- Русецкий И. И.* Вегетативные нервные нарушения.—М.: Медгиз, 1958.—352 с.
- Русецкий И. И.* Метод китайского иглоукальвания в неврологической практике.—Казанск. мед. журн., 1959, № 2, с. 11—18.
- Сергеев Г. А.* Биоритмы и биосфера.—М.: Знание, 1976.—104 с.
- Табеева Д. М.* Комбинированная игла для рефлексотерапии.—Казанск. мед. журн., 1978, № 5, с. 89.
- Табеева Д. М.* Методы подбора зон воздейст-

- вия при рефлексотерапии /Казанск. гос. ин-т усов. врачей.—Казань, 1978, 32 с.
- Табеева Д. М. Методические рекомендации по иглорефлексотерапии./Казан. гос. ин-т усов. врачей.—Казань, 1978, 24 с.
- Табеева Д. М. Точечный массаж/Казанск. гос. ин-т усов. врачей. Казань, 1978, 28 с.
- Табеева Д. М. Рефлексотерапия церебральных сосудистых вертеброгенных нарушений как один из методов профилактики церебральных ишемий.—В кн.: Мозговые инсульты — факторы риска. Материалы 1-го съезда невропатологов и психиатров Узбекистана, Ташкент, 1978, с. 176—178.
- Табеева Д. М., Клименко Л. М. Ухоиглотерапия.—Казань: Татар. кн. изд-во, 1976. 95с.
- Табеева Д. М., Буланков Ю. Н., Рыбакова Л. С. К обоснованию необходимости применения вазоактивных средств при лечении рассеянного склероза.—В кн.: Тимиколимфоцитарная система и вопросы нейрогуморальной регуляции при рассеянном склерозе.—Казань: 1975, с. 144—150.
- Трещинский А. И., Басманов С. Н. Первый опыт применения электроакупунктуры в качестве основного компонента обезболивания.—Клин. хирургия, 1977, № 1, с. 16—21.
- Тыкочинская Э. Д. Современное состояние вопроса о чжэнь-цзю терапии и задачи дальнейшего ее изучения.—В кн.: Иглоукальвание в лечебной практике.—Л., 1961, с. 7—16.
- Усова М. К., Морохов С. А. Краткое руководство по иглоукальванию и прижиганию.—М.; Медицина, 1974.—143 с.
- Фомберштейн К. Б., Маликова С. Ф. Влияние иглоукальвания на свертывающую и антисвертывающую систему крови.—В кн.: Теоретическое обоснование и клиническое применение метода иглоукальвания.—Л., 1972, с. 106—107.
- Ходос Х. Г. Нервные болезни.—М.: Медицина, 1974.—511 с.
- Хрущев В. А. Регистрация электропроводности точек акупунктуры.—В кн.: Некоторые вопросы биодинамики и биоэнергетики организма в норме и патологии, биостимуляция лазерным излучением.—Алма-Ата, 1973, с. 50—52.
- Хрущев В. А., Воробьев Н. А. К вопросу о природе точек акупунктуры.—В кн.: Некоторые вопросы биодинамики и биоэнергетики организма в норме и патологии, биостимуляция лазерным излучением.—Алма-Ата, 1972, с. 53—57.
- Цибуляк В. Н., Кочинян С. Г., Попова Е. Б., Лувсан Г. Опыт применения иглоаналгезии в анестезиологической практике.—В кн.: Анестезиология, реаниматология и интенсивная терапия. Саранск, 1975, с. 329—330.
- Цибуляк В. Н., Феноменов А. М., Богатихин М. М., Кочинян С. Г. Обезболивание иглоукальванием в анестезиологической практике.—Мед. реф. журн., раздел 1У, 1976, № 8, с. 1—4.
- Черниговский В. Н. Нейрофизиологический анализ кортико-висцеральной рефлекторной дуги.—Л.: Наука, 1967.—110 с.
- Чжу Лянь. Руководство по современной чжэнь-цзю-терапии./Пер. с китайского М.: Медгиз, 1959.—270 с.
- Abrams A. 1907. uut no Daniaud J., Malene J., 1957.
- Berlioz L. Mémoires sur les maladies chroniques les évacuations sanguines et l'acupuncture Paris, 1816, 343 p.
- Bischko J. Einführung in die Akupunktur. Ulm., 1970, 124 S.
- Bossey J. Akupunkturpunkte, die Meridiane u Nervensystem.—XX. Internationaler Kongress der Societe internationale d'Acupuncture Bad Hamburg, 1975 (Vortrag).
- Bratu I., Prodescu V. Experimentelle Versuche über die Relation der Organe in der Akupunktur. Dtsch. Z. Akup., 1962, Bd II, 66—70.
- Brodde A. Ratschläge für den Akupunkteur.—München, 1963, 62 S.
- Bossey J. Considérations neuroanatomiques et neuroembryologiques pouvant servir de bases aux réflexothérapies cutanées. In: Actes 7 Journées d'acupuncture d'auriculotherapie et de médecine manuelle. 1970. p.
- Hyodo M. D. Ryodoraku treatment and objective approach to acupuncture.—Osaka, Japan, 1975.
- Haight I. R. The general organization of somatotopic projections to sll cerebral neocortex in the cat.—Brain Res., 1972, v. 44, p. 483.
- (Haulice I.) Хауликэ И. Вегетативная нервная система, анатомия и физиология.—Бухарест; Мед. изд-во, 1978, с. 350.
- Jaricot H. L'auriculotherapie.—Extr. Méridiens 1973, N 21—22, p. 85—137.
- Kellner G. Über die glatte Muskulatur der Haut.—Ztschr. mikr. anat. Forsch., 1967, Bd 76, S. 538—545.
- Kespi J.—C., Darras J.—C. Experimentation sur l'accouchement par acupuncture.—Nouv. Rev. int Acupunct., 1973, v. 8, p. 9—11.
- König L., Wancura J. Neue chinesische Akupunktur. Wien, 1975, 301 S.
- Lanza U. Acupunctura analgesia.—Firenze, 1971.
- Lanza U. Acupunctura anesthesia, first communication control of the method.—Minerva med., 1973, v. 64, p. 2112—2115.
- Leither R. Die Entwicklung der Akupunktur in Deutschland. Akupunktur, 1973, H. 2, S. 42—45.
- Leiter R. Punkte zur Gewichtsreduzierung.—Akupunktur, 1974, H. 4, S. 161.
- Mann F. Acupuncture: the ancient chinese art of healing. London, 1971, 234 p.
- Nguyen Van Nghi. Hoang ti nei King so ouenn. T. 1, 1973.
- Nguyen Van Nghi, Maj Van Dong, Ulderica Lausa. Théorie et pratique de l'analgésie par l'acupuncture.—Marseille, 1974.
- Niboyet J. E. H. L'anesthésie par l'acupuncture.—Paris, 1973, 433 p.
- Quaglia-Senta A. L'acupuncture chinoise.—Paris, 1969, 303 p.